



HAL
open science

La dyspraxie contre l'ordre scolaire? : une enquête sociologique sur les implications scolaires d'un diagnostic neurocognitif

Morgane Delmas

► To cite this version:

Morgane Delmas. La dyspraxie contre l'ordre scolaire? : une enquête sociologique sur les implications scolaires d'un diagnostic neurocognitif. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2020. Français. NNT : 2020TOU20035 . tel-03463917

HAL Id: tel-03463917

<https://theses.hal.science/tel-03463917v1>

Submitted on 2 Dec 2021

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 l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Morgane DELMAS

Le 28 septembre 2020

La dyspraxie contre l'ordre scolaire ? Une enquête sociologique sur les implications scolaires d'un diagnostic neurocognitif

Ecole doctorale : **TESC - Temps, Espaces, Sociétés, Cultures**

Spécialité : **Sociologie**

Unité de recherche :

LISST - Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires

Thèse dirigée par

François SICOT et Sandrine GARCIA

Jury

M. Mathias MILLET, Rapporteur

M. Pierre PÉRIER, Rapporteur

Mme Christine MENNESSON, Examinatrice

Mme Gaële HENRI-PANABIÈRE, Examinatrice

M. François SICOT, Directeur de thèse

Mme Sandrine GARCIA, Directrice de thèse

Remerciements

À l'heure d'achever ce travail, je tiens à remercier les personnes qui m'ont guidée, inspirée, soutenue ou motivée tout au long du parcours doctoral. Je pense tout particulièrement :

À mes directeur.e.s de thèse, François Sicot et Sandrine Garcia, pour avoir accompagné cette recherche toutes ces années avec rigueur et enthousiasme. Leur goût pour la recherche, leur exigence, et la qualité de leurs travaux, ont été sans nul doute des inspirations pour mener à bien ce travail de thèse. Je suis aussi reconnaissante envers François Sicot pour m'avoir intégrée au programme de recherche sur les « Parcours de soin en psychiatrie » lorsque je débutais ma thèse, me donnant l'occasion d'apprécier tout l'intérêt d'une recherche collective.

Au Labex SMS et au département de sociologie de l'université Toulouse 2 – Le Mirail pour m'avoir fait bénéficier de contrats de travail tout au long de la thèse. Cela reste malheureusement une situation privilégiée dans les sciences sociales.

Aux parents d'enfants dyspraxiques qui ont accepté de partager avec moi un bout de leur histoire et se sont montrés intéressés à ce qu'une recherche sociologique sur le thème voit le jour. J'espère avec ce travail pouvoir leur apporter quelque chose, à défaut de solutions concrètes.

Aux professionnelles enseignantes, psychomotriciennes, psychologues et orthophonistes qui m'ont reçue en entretien, et m'ont parfois ouvert les portes de leur lieu de travail afin que je puisse voir en actes la façon dont il se produisait

Un grand merci également à mes collègues doctorant.e.s pour avoir constitué un appui scientifique, autant que moral et amical, aux différentes étapes de ce long travail ; c'est auprès d'eux que j'ai appris le métier. J'ai une pensée particulière pour les ancien.ne.s du bureau 338 et l'équipe du séminaire santé : Caterina, Fabien, Lise, Laurent, Simon, les Tristan, Véronique. Et pour mes camarades de bibliothèque, Bobine et Ben, qui ont couru le marathon final de l'écriture à mes côtés. Une pensée à celles et ceux qui suivent, et aux autres qui ont quitté l'aventure sans la « terminer ».

Aux camarades du collectif Précaires du Mirail pour la solidarité, la détermination et la créativité.

À Boujemaa Ait-Ali, Marie-Ange Parisot, Delphine Burnier-Granjoux, Dominique Deligny, et Marie Knibiehler, pour leur aide, l'amabilité et la disponibilité dont ils et elles font preuve au quotidien.

À Anaïs, Célia et Steve, mes compagnons de la première heure et réelles sources d'inspiration pour mener à bien ce travail. A Laura pour être restée si proche et me donner, même à 8000km, de la force et du courage.

À mes parents pour leurs relectures minutieuses et pour s'être adaptés à mes temporalités. A Campis pour son regard d'esthète, Sylvie pour l'appui technique et moral, Lulu pour la frise qui ne fut jamais intégrée au manuscrit...

À la famille et aux ami.es qui, bien que m'ayant demandé trop de fois « Quand est-ce que tu finis ta thèse ? » et « Combien de personnes vont te lire ? », ont été, chacun à leur manière, des soutiens nécessaires.

Aux Foteuses de m***, au Tropic FC, au Labège FC, et aux copains copines de grimpe pour le plaisir et la force, nécessaires pour tenir le coup dans cette longue entreprise.

Aux jaraner@s de tous bords, que siga la fiesta !

À Pierre qui, devant la masse de travail qui parfois m'abattait, m'a toujours encouragée à « attraper la prise d'après ».

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
PARTIE I	
DE L'ENFANT HORS-NORME A L'ENFANT DYSPRAXIQUE	49
CHAPITRE 1. L'ÉCOLE MATERNELLE ET LA DÉSIGNATION D'UNE ANORMALITÉ	57
1. Avant l'école : pas de « problème »	
2. « Mou », « étrange » ou « speed » : des enfants aux comportements peu adaptés	
3. Un graphisme pauvre : un nouvel argument de signalement	
4. La construction des jugements enseignants	
Conclusion du chapitre 1	
CHAPITRE 2. STRUCTURATION DE L'EXPERTISE NEUROCOGNITIVE ET DIFFÉRENCIATION DES PUBLICS	99
1. 1970-2000 : construire un nouveau territoire d'intervention grâce au trouble cognitif	
2. 2000-2010 : la structuration d'une offre de prise en charge parallèle	
3. Des rapports contrastés au travail scolaire selon l'orientation professionnelle. L'exemple des psychomotriciens	
Conclusion du chapitre 2	
CHAPITRE 3. LE CHOIX DE LA PRISE EN CHARGE	171
1. Un accès au diagnostic de dyspraxie plus ou moins sinueux	
2. Réduire l'incertitude : postures et ressources parentales	
3. Le choix du diagnostic et ses implications	
Conclusion du chapitre 3	

PARTIE II	
LES TRAJECTOIRES DE LA DYSPRAXIE	235
CHAPITRE 4. LE RETOUR À L'ÉCOLE DE SIMON. LE DIAGNOSTIC DE DYSPRAXIE CONTRE L'ORDRE SCOLAIRE ?	241
1. Les conditions de la relégation scolaire d'un « héritier »	
2. Les conditions de possibilité du retour en milieu ordinaire	
3. Un retour durable en milieu ordinaire et à l'« espérance rêveuse »	
Conclusion du chapitre 4	
CHAPITRE 5. NÉGOCIER LE STATUT DE L'ENFANT. APPROPRIATIONS, DISPOSITIFS, PARCOURS SCOLAIRES	289
1. La dyspraxie comme marqueur d'inclusion	
2. Faire reconnaître la dyspraxie « contre l'école »	
3. Des diagnostics peu effectifs pour des scolarités médiocres	
Conclusion du chapitre 5	
CONCLUSION GÉNÉRALE	371
BIBLIOGRAPHIE	389
TABLE DES MATIÈRES	409
RÉSUMÉ	419

INTRODUCTION GÉNÉRALE

LA DYSPRAXIE : UNE PATHOLOGIE SCOLAIRE ?

La dyspraxie développementale est une catégorie nosographique disponible depuis les années 1960¹, définie dans un premier temps par les médecins comme une pathologie motrice. Elle se manifeste par une maladresse dans les habiletés gestuelles, et se mêle alors à un ensemble de notions dérivant de la catégorie de débilité motrice en usage au début du 20^{ème} siècle : « apraxie », « maladresse congénitale », « idiotie motrice », « difficultés d'intégration sensorielle », « difficultés d'apprentissage moteur », « problèmes de coordination motrice », « coordination pauvre », « difficultés perceptivomotrices », etc². La définition de la dyspraxie va évoluer avec les décennies, et c'est le développement de la neuropsychologie et des sciences cognitives à partir des années 1980 qui va en modifier la compréhension en construisant une approche nouvelle de la motricité. L'approche cognitive de la motricité considère que le geste moteur adapté, rapide, précis et stable est permis par la mise en jeu de différentes fonctions cognitives³ : la perception visuelle, la vitesse de traitement de l'information, la planification, la mémoire de travail, l'inhibition de la réponse spontanée... Dans ce cadre, la maladresse motrice ne résulte souvent pas d'un problème strictement moteur sinon de dysfonctions cognitives et/ou sensori-motrices, et c'est le cerveau des enfants dyspraxiques qui sera l'objet de toutes les attentions (pour les comprendre autant que pour développer des remédiations).

Ces nouvelles expertises neurocognitives vont participer à réaménager les classifications internationales des maladies, et la dyspraxie y est aujourd'hui inscrite en tant que trouble cognitif ou cognitivo-moteur : elle est un trouble cognitif dans la CIM-11 (2019) et un trouble neurodéveloppemental dans le DSM-5 (2013)⁴. C'est ensuite en intégrant la catégorie de « trouble spécifique des apprentissages », aux côtés des troubles du langage (dyslexie, dysphasie, dysorthographe) puis du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), qu'elle devient en France au début des années 2000 une catégorie de

¹ La terminologie est apparue en Europe, d'abord dans les écrits du neurologue britannique W.R. Brain puis dans ceux de l'équipe travaillant autour du neuropsychiatre français J. de Ajuriaguerra. W.R. Brain, *Speech Disorders : Aphasia, Apraxia and Agnosia*, Londres, Cambridge University Press, 1961 ; J. de Ajuriaguerra, *Le cortex cérébral. Etude neuropsychopathologique*, Paris, Masson, 1964 ; M. Stambak et al., « Les dyspraxies chez l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, 1964, 7, 2, p. 381-496.

² C. Missiuna et H. Polatajko, « Developmental dyspraxia by any other name : are they all just clumsy children ? », *American journal of occupational therapy*, 1995, 49, 7, p. 619-627 ; L. Vaivre-Douret, « Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge », *Contraste*, 2008, 28-29, 1, p. 321-341.

³ *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations*, Paris, INSERM, 2019. Les auteurs du rapport définissent cette approche de la motricité comme dominante depuis les années 1990.

⁴ La Classification internationale des maladies (la CIM, dont la onzième version a été produite en 2019) est la classification proposée et recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à laquelle se réfèrent les institutions françaises. Le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM dont est publiée une cinquième édition en 2013) est lui produit par l'American psychiatric association et fait davantage référence dans les pays anglosaxons – ses publications sont néanmoins regardées de près dans l'hexagone.

l'action publique⁵. Ce déplacement nosographique délimite autrement la population concernée, d'autant que les critères diagnostiques s'élargissent pour décrire des enfants aux difficultés moins directement visibles et plus ciblées – les notions de maladresse, lenteur et imprécisions motrices sont très relatives. Ainsi, les enfants avec un trouble des apprentissages sont moins remarqués comme hors normes dans leur famille que par des professionnels de l'enfance, et c'est en particulier l'école qui attire l'attention sur les difficultés et décalages des enfants⁶.

Si les diagnostics de troubles des apprentissages sont socialement reconnus comme un problème médical ou médico-psychologique, les sociologues ayant travaillé sur ces diagnostics les considèrent aussi comme une nouvelle grille de lecture de l'échec scolaire, qui entre en concurrence avec d'autres interprétations du phénomène, notamment celles dominantes socio-psychologisantes, en termes de handicap socio-culturel ou encore de trouble psychoaffectif⁷. Les troubles spécifiques des apprentissages, aussi communément nommés « dys »⁸, offrent une lecture nouvelle de l'échec scolaire, en expliquant les difficultés scolaires des enfants par les spécificités de leur appareil cognitif. En dépit d'une intelligence normale préservée, les enfants « dys » donnent à voir des dysfonctionnements (ou différences) cognitifs spécifiques qui gênent le processus d'apprentissage, tels qu'une faible mémoire de travail, une faible capacité d'attention, des confusions de son, un trouble dans les fonctions exécutives permettant la concrétisation d'un geste... La dyspraxie a ceci de commun avec les autres troubles des apprentissages qu'elle se révèle à l'école, et qu'elle peut donc être analysée comme une forme particulière d'écart à la norme scolaire, que les professionnels interprètent dans des registres différents et concurrents, impliquant chacun des modes de prise en charge spécifiques. L'imputation de difficultés scolaires à un trouble cognitif induit un dispositif de prise en charge reposant sur des rééducations fonctionnelles (visant à maximiser les compétences de l'enfant) et un aménagement des conditions de scolarisation de sorte que l'enfant soit peu confronté à ses difficultés (allègement de tâche, aide humaine et technique...). Ces dispositifs appréhendent les enfants par leurs compétences, et visent à fournir une matière scolaire (souvent décrite dans les termes de la « nourriture ») spécifique à chacun en fonction de ses « moyens », préalablement définis par des tests de types psychométriques. C'est alors, davantage qu'un traitement alternatif, une autre conception de la justice scolaire et sociale qui se dessine, loin des préoccupations en termes d'inégalités sociales ou de bien-être psychoaffectif, qui avaient jusqu'alors constitué des paradigmes dominants de l'institution scolaire.

⁵ C'est-à-dire qu'ils vont faire l'objet de politiques et de dispositifs spécifiques construits ou validés par les pouvoirs publics. J.R. Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009 ; E. Neveu, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin, 2015.

⁶ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile. Une enquête de sociologie empirique : « certains naissent gauchers et bien toi, tu es hyperactif »*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes, France, 2010 ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?*, Paris, La Découverte, 2013.

⁷ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques, op. cit.* ; S. Morel, *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute, 2014.

⁸ Ils regroupent la « galaxie des dys » : dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie, ainsi que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

J'ai voulu avec ce travail de thèse proposer une enquête empirique sur ces dispositifs encore méconnus (et davantage étudiés d'un point de vue des politiques publiques⁹), leur construction en contexte controversé, et plus encore leurs effets sur les trajectoires scolaires et sociales des enfants, l'enjeu scolaire étant au cœur des dispositifs. C'est en particulier par une analyse des parcours d'enfants dyspraxiques, que j'ai voulu saisir les controverses et concurrences professionnelles autour de la difficulté scolaire précoce et l'impact des nouvelles expertises neurocognitives sur leurs trajectoires

Dans cette introduction, je reviens sur l'histoire de la reconnaissance des diagnostics de troubles des apprentissages (« Éléments de contexte »), qui aide à comprendre le traitement actuel réservé à ces enfants autant que les controverses professionnelles qui entourent ces diagnostics. Dans un deuxième temps (« Mise en problématique »), je cherche à comprendre en m'appuyant sur la littérature sociologique dans quelle mesure les troubles spécifiques des apprentissages et la dyspraxie sont des pathologies scolaires, ce qui va permettre d'élaborer la problématique de la thèse autour des enjeux scolaires des diagnostics. Enfin, je présenterai dans un troisième temps les méthodes employées pour produire des éléments de réponse aux questions posées (« Programme de recherche »).

1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE. LE SUCCÈS TARDIF DES « DYS », À LA FAVEUR D'UNE ÉVOLUTION DES POLITIQUES SCOLAIRES

Les années 1970 : une première tentative d'implantation avortée

L'imposition des interprétations neurocognitives des difficultés scolaires n'a rien d'une évidence, comme en témoignent les controverses sociales et professionnelles qui entourent les diagnostics¹⁰. D'ailleurs, dans les années 1970, c'est sans succès que les promoteurs de la dyslexie (des médecins issus de la pédiatrie et/ou psychiatrie¹¹) tentent d'imposer une lecture biomédicale des difficultés des élèves en lecture. À l'heure où le champ de l'échec scolaire se structure – avec la massification scolaire dans les années 1960, l'échec scolaire devient un problème social sur lequel de nombreux experts d'horizons divers vont se positionner¹² –, l'explication pédagogique domine, faisant des ratés scolaires le pendant de normes

⁹ Par des auteurs enquêtant sur les politiques scolaires et/ou du handicap. D. Frandji et J.-Y. Rochex, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », *Education et Formations*, 2011, 80, p. 95-108 ; S. Ebersold, *Education inclusive : privilège ou droit ?*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2017.

¹⁰ Ceux de « dys » comme d'hyperactivité. Les controverses sont d'ordre étiologique (quelles est la cause des difficultés ?), thérapeutique (comment peut-on aider l'enfant ?) et pronostique (les difficultés peuvent-elles se résorber ?). J. Jupille, « Hyperactivité et troubles des conduites : des diagnostics controversés », *L'information psychiatrique*, 2011, 87, 5, p. 409 ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Morel, *La médicalisation de l'échec scolaire*, op. cit.

¹¹ Parmi lesquels Pierre Debray-Ritzen médecin psychiatre, Barig Mélékian médecin pédiatre, Claude Bursztejn, professeur de pédopsychiatrie. P. Debray-Ritzen a été un fervent activiste de la cause durant toute sa carrière, fidèle opposant à la psychanalyse autant qu'au collège unique (et l'idée d'une même école pour tous).

¹² Des « constructeurs », qui vont produire des théories explicatives du phénomène, autant que des « réparateurs », qui vont chercher à remédier au problème (chercheurs de disciplines variées, médecins, psychologues, pédagogues, rééducateurs,

scolaires élitistes, les rythmes et exigences scolaires étant calqués sur les meilleurs élèves, qui sont aussi les plus dotés¹³. L'institution scolaire est mise en cause pour n'avoir pas su s'adapter aux nouveaux publics scolaires auxquels elle s'ouvrait, et c'est alors au moyen d'une rénovation pédagogique d'ampleur que les experts légitimes (psychopédagogues, chercheurs en sociologie et en psychologie, orthophonistes...) entendent résorber le phénomène d'échec scolaire. A cette époque, ce sont aussi les thèses psychanalytiques de l'échec scolaire qui se développent et rencontrent une certaine audience : les difficultés scolaires sont dans ce cadre considérées comme les symptômes de troubles d'ordre affectif ou relationnel, de carences familiales ou d'« erreurs maternelles »¹⁴. Bien que reposant sur des présupposés bien distincts des approches pédagogiques, les tenants de cette approche psychanalytique vont faire temporairement alliance avec ceux du pôle pédagogique pour repousser les thèses biologiques de la dyslexie, considérées alors comme politiquement régressives (par leur fatalisme biologique), scientistes, et menaçant le projet de démocratisation scolaire.

Bien que disponible, la catégorie nosographique dyslexie ne fait dans les années 1970 l'objet d'aucun dispositif spécifique, et ne se diffuse que peu dans le monde social.

Les années 1980 : échec de la rénovation pédagogique et développement des thèses psychologiques de l'échec scolaire

La rénovation pédagogique portée par le courant de l'Education nouvelle dans les années 1970-1980, et relayée plus tard par l'institutionnalisation de la didactique¹⁵, n'apportera pas les améliorations escomptées. Dans les années 1990, les inégalités scolaires restent fortes et étroitement corrélées à l'origine sociale des élèves¹⁶ : la massification de la fréquentation de l'école s'est finalement révélée plus ségrégative que démocratique. L'inefficacité des politiques scolaires égalitaristes a permis aux interprétations

hauts-fonctionnaires...). S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, Paris, 2010.

¹³ Cette thèse pédagogique de l'échec scolaire domine alors celles psychologiques et biomédicale. Pour un développement détaillé de ces trois pôles conceptuels et de leurs débats, se référer à l'ouvrage de Sandrine Gracia : S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit.

¹⁴ L'enfant en difficultés est considéré comme soit peu nourri dans son cadre familial, soit en conflit (défi à l'autorité, culpabilité de dépasser ses parents, résistance à leurs exigences), et il choisit la lecture comme terrain pour « livrer bataille » et s'opposer à ses parents (et à l'école) afin de se définir en tant qu'individu (voir les travaux de René Diatkine, ou encore Bruno Bettelheim). Ces thèses sont notamment portées par des psychiatres psychanalystes qui forment alors un groupe professionnel ascendant dans les années 1970. P. Pinell et M. Zafiroopoulos, *Un siècle d'échecs scolaires : 1882-1982*, Paris, Éditions ouvrières, 1983.

¹⁵ F. Ropé, « Sociologie du curriculum et didactique du français en France », *Revue française de pédagogie*, 2001, 135, 1, p. 35-44.

¹⁶ P. Merle, *La démocratisation de l'enseignement*, La Découverte, 2002 ; D. Goux et É. Maurin, « Démocratisation de l'école et persistance des inégalités », *Economie et Statistique*, 1997, 306, 1, p. 27-39 ; M. Duru-Bellat et A. Kieffer, « La démocratisation de l'enseignement en France : polémiques autour d'une question d'actualité », *Population*, 2000, 55, 1, p. 51-79.

psychologiques de gagner du terrain¹⁷, et c'est peu à peu une conception internaliste et individualisée de l'échec qui s'impose au sein de l'institution (parmi les agents de terrain, et les prescripteurs de normes¹⁸), dont les notions de « carences socio-éducatives » ou encore de « difficultés relationnelles » sont le signe. La diffusion de ces référentiels psychologiques psychanalytiques s'est faite de l'intérieur par le développement d'une offre de remédiation scolaire articulée autour d'interventions thérapeutiques et de resocialisation (psychologues scolaires, GAPP)¹⁹, ainsi que par la collaboration régulière de l'école avec des structures pionnières dans le développement d'une expertise psychanalytique : les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)²⁰.

A partir des années 1980, les politiques de lutte contre l'échec scolaire évoluent, avec des actions plus individualisées et axées sur les élèves, et s'écartent d'une lecture en termes d'inégalités sociales. « Le cadre de référence des PEP [politiques d'éducation prioritaire] et tendanciellement avec elles des politiques scolaires génériques a changé : il n'est plus guère celui du rapport des différents milieux sociaux au système éducatif, mais celui de l'adaptation à la diversité des individus, de leurs talents et autres caractéristiques qui semblent toujours de plus en plus considérés comme déjà ou de moins en moins pensés en rapport à une analyse des situations et actions sociales et scolaires qui les génèrent »²¹. L'Éducation Nationale transforme sa lutte contre les inégalités scolaires en soutien aux « enfants à besoins éducatifs particuliers », ce qui va favoriser l'essor des troubles des apprentissages²².

¹⁷ Dans divers domaines professionnels (scolaire, travail social...), la diffusion de la culture psychologique et des catégories psychiatriques a servi à interpréter et à rationaliser, de manière suffisamment satisfaisante pour les professionnels, des situations face auxquelles les possibilités de réponse sont affaiblies par les évolutions de l'institution. F. Sicot, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan, 2003 ; G. Raveneau, « Psychologisation et désobjectivation des rapports sociaux dans le travail social aujourd'hui. Le cas des Maisons d'enfants à caractère social », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 2009, 116-117, p. 443-466.. Dans les écoles plus spécifiquement, Stanislas Morel montre que l'usage de la psychologie permet aux enseignants d'agir sur des problèmes sur lesquels ils considèrent n'avoir que peu de prise. L'entrée psychologique dans l'échec scolaire permet d'identifier des causes (familiales) et ouvre une possibilité de résolution de difficultés : la consultation d'un CMPP, d'un psychologue, d'un maître G. S. Morel, « Les professeurs des écoles et la psychologie », *Sociétés contemporaines*, 2012, n° 85, 1, p. 133-159..

¹⁸ Inspecteurs, conseillers pédagogiques et formateurs.

¹⁹ C. Dorison, *Les métiers de l'échec. Face à l'échec scolaire la construction de nouvelles spécialités chez les enseignants de l'école primaire, en France : 1960-1990*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris 5, Paris, 2005 ; A.-E. Vélu, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris Dauphine, Paris, 2017.

²⁰ P. Pinell et M. Zafirooulos, *Un siècle d'échecs scolaires*, op. cit. ; S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

²¹ D. Frandji et J.-Y. Rochex, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », art cit, p. 103-104.

²² L'essor de la catégorie des troubles spécifiques des apprentissages, comme d'autres causes, doit en effet autant au militantisme des entrepreneurs de la cause (ici en l'occurrence des médecins, psychologues et familles regroupées en association) qu'aux effets de contextes qui vont faire résonner la cause. D. Fassin et R. Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007 ; J.R. Gusfield, *La culture des problèmes publics*, op. cit. Il apparaît que comme pour les enfants intellectuellement précoces (Lignier, 2010), l'évolution des politiques scolaires est une clé de compréhension du succès des troubles des apprentissages après qu'ils aient un temps été tenus à distance d'une reconnaissance par les pouvoirs publics.

Les années 1990 : d'une politique scolaire de lutte contre les inégalités à une politique de gestion des différences

La catégorie de *special educational needs* (enfants à besoin éducatifs particuliers) s'est constituée dans les débats anglais à la fin des années 1970, puis s'est rapidement étendue à l'international dont la France. La catégorie a vocation à prendre en compte l'ensemble des désavantages des élèves face à l'école comme l'indique la définition de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) produite en 1996 : « les élèves à besoins éducatifs spécifiques ou à besoins éducatifs particuliers regroupent une grande variété d'élèves qui ont, de manière significative, plus de mal à apprendre que la majorité des enfants du même âge quand ils sont dans une situation particulière ou qu'ils souffrent d'un handicap qui les empêche ou les gêne dans leurs apprentissages ». Sont concernés aussi bien les enfants handicapés physiques et mentaux, que les enfants malades, ceux en situation de précarité socio-économiques ou encore les enfants étrangers nouvellement arrivés en France²³. C'est en 2003 que la notion est actée dans le système éducatif français, et les enfants avec un trouble spécifique des apprentissages (les « dys » et hyperactifs) y sont inclus, ce qui implique qu'ils vont bénéficier de mesures de prise en charge dédiées, construites autour de leur spécificité.

L'enjeu de la désignation d'enfants à « besoins éducatifs particuliers » est dès le départ de produire des modes de prise en charge « particuliers », adaptés à chacun pour permettre l'inclusion des enfants en difficultés scolaires (de plus en plus considérés « handicapés ») dans l'école ordinaire, et ainsi rompre avec la logique scolaire ségrégative²⁴. La genèse des situations de difficulté scolaire n'est pas questionnée par ces nouvelles politiques, si bien qu'elles réintroduisent derrière l'atour inclusif une conception essentialiste des difficultés scolaires, en termes de dons, de talents, de besoins « déjà-là »²⁵. Lutter contre l'échec scolaire et les inégalités ne suppose plus de se référer à un idéal commun et universel (vers lequel il faut conduire chaque élève), mais bien de donner à chacun un enseignement sur-mesure en fonction de son potentiel –

²³ La catégorie d'enfants à besoins particuliers concerne plus précisément aujourd'hui : les enfants handicapés (physiques, sensoriels, mentaux), enfants avec des troubles des apprentissages, enfants en situation familiale ou sociale difficile, enfants intellectuellement précoces, enfants nouvellement arrivés en France, enfants allophones nouvellement arrivés, enfants malades, enfants du voyage., enfants mineurs en milieu carcéral. Par la suite, l'OCDE substituera à la notion de besoins particuliers celles de déficiences, difficultés et désavantages. *Elèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux : politiques, statistiques et indicateurs*, Paris, OCDE, 2008.

²⁴ « Elle (l'approche en termes de *special needs*) devait alors permettre de déjouer les risques de marginalisation constitués par l'existence de filières de l'éducation spécialisée. Il s'agissait de privilégier une analyse plus pédagogique et sociale, plutôt qu'uniquement médicale, du handicap, et de rompre avec le modèle « individuel déficitaire » contribuant à la mise à l'écart d'un nombre important d'enfants (Armstrong, 2000 ; Plaisance *et al.*, 2007). Mais la catégorie s'est depuis lors largement développée (...) et elle a progressivement pris une acceptation de plus en plus large et qualitativement différente ». D. Frandji et J.-Y. Rochex, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », art cit, p. 101-102.

²⁵ D. Frandji et J.-Y. Rochex, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », art cit ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. Une idéologie du don qui avait été tenue à l'écart dès les années 1960, entre autres par les travaux des sociologues de l'éducation. P. Bourdieu et J.-C. Passeron, *Les héritiers : les étudiants et la culture*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1964..

donner à chacun selon ses besoins. Au-delà de la question de l'échec scolaire, c'est un nouveau projet pour l'école qui se dessine à travers ces politiques, avec le dépassement d'une institution universelle qui doit produire des individus égaux pour une école capable de s'adapter aux individualités et de leur permettre de se réaliser en tant que telles. Ainsi, la critique de l'école et la conception de la justice scolaire se déplacent, de la dénonciation de la production des inégalités à la trop forte normativité de l'école qui ne saurait intégrer les différences (dont les bases ne sont plus questionnées sinon naturalisées). Christophe Roiné parle d'une « survalorisation des différences » dans les politiques scolaires à partir des années 1990²⁶, différences qui doivent désormais être prises en compte par les enseignants au sein même de la classe.

Les politiques scolaires nouées autour de l'idée de « besoins particuliers » s'articulent avec celles plus récentes du handicap (dont 2005 est une étape forte), les deux véhiculant une vision naturalisée et individualisée des (in)capacités infantiles autant qu'une logique inclusive de prise en charge des enfants²⁷. A la jonction des deux, les élèves porteurs d'un trouble spécifique des apprentissages émergent comme les clients idéaux des nouvelles politiques scolaires de gestion des différences et des prises en charge individualisées.

Les années 2000 : la reconnaissance des « dys » comme catégorie de l'action publique

Au début des années 2000, trente ans après l'échec de la première tentative de promotion de la dyslexie, les « dys » vont accéder à la reconnaissance d'Etat. C'est d'abord le « rapport Ringard »²⁸ (du nom de son auteur) remis au ministère de l'Education Nationale qui reconnaît l'existence des troubles spécifiques des apprentissages comme des pathologies cognitives, et qui va aboutir l'année suivante à la mise en place d'un plan d'action sur trois ans²⁹ – à destination cette fois du ministre de l'Éducation nationale, du ministre de la Santé et du secrétaire d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées

²⁶ C. Roiné, « L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2014, 66, p. 13-30. En opposition à la logique « d'indifférence aux différences ».

²⁷ La notion d'enfants à besoins éducatifs particuliers (EBEP) est certes plus large que la notion de « handicap », mais il existe des liens entre ces deux notions, puisque le handicap génère des « besoins particuliers » selon la loi 2005 (article 19) et que les « besoins particuliers » peuvent être plus ou moins inférés à des situations de handicap, sur la genèse desquelles la loi ne se prononce pas. A l'échelle internationale, les politiques du handicap comme celles à destination des EBEP mettent l'accent sur la situation handicapante et les mécanismes institutionnels qui placent des individus avec certaines spécificités (sociales, physiques, mentales...) en situation de difficulté. Cependant, en France comme dans d'autres pays où les systèmes sont peu intégratifs et cohésifs (Allemagne, Belgique...), l'approche essentialiste domine, qui envisage les élèves BEP et handicapés comme une forme d'exception engendrée par une déficience qui leur est propre. S. Ebersold, *L'éducation inclusive*, op. cit..

²⁸ J.-C. Ringard, *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, Paris, Ministère de l'Education nationale, 2000. Avant cela, le Haut comité à la santé publique avait en 1999 produit un dossier sur les troubles spécifiques des apprentissages les présentant comme un problème de santé publique – cette instance est une aide à la décision et à l'élaboration de politiques publiques de santé auprès du ministère de la santé.

²⁹ J.-C. Ringard et F. Veber, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, Paris, Ministère de l'Education nationale, Ministère de la Santé, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées et aux personnes handicapées, 2001. Le rapport comme le Plan d'action porte d'abord sur les seuls troubles spécifiques du langage (dyslexie et dysphasie), mais les dispositifs s'étendent vite aux troubles des apprentissages, dépistés et pris en charge par les mêmes acteurs.

– visant à dépister massivement ces troubles, et à développer des dispositifs de prise en charge. En 2005, les troubles des apprentissages peuvent donner lieu à une reconnaissance administrative de handicap au bénéfice de la nouvelle « loi handicap »³⁰ qui intègre désormais un ensemble de troubles cognitifs. Devenant ainsi une catégorie de l'action publique d'Etat, les troubles spécifiques des apprentissages se voient conférer une force sociale inédite³¹ : ils deviennent une cause légitime de l'échec scolaire pour lesquels vont être mis en place des dispositifs spécifiques. Leur succès n'en reste pas moins contrarié, étant donné la vivacité toujours actuelle des controverses « psy »³² et pédagogiques autour de ces nouveaux troubles cognitifs. Ces controverses vont marquer les parcours scolaires et de soins de nombreux enfants qui sont en difficultés dans le cadre scolaire, qui se verront proposer des interprétations et traitements différents au gré des professionnels consultés.

Cette thèse a voulu s'intéresser aux circulations des enfants entre les différents classements et dispositifs scolaires et médico-psychologiques : quels enfants en difficulté sont orientés vers quels dispositifs de la difficulté précoce, et comment se décident les orientations ? C'est plus encore les enjeux scolaires autour de ces nouveaux troubles cognitifs qui vont être traités dans la thèse. Les liens entre ces troubles et l'école sont constamment mis en évidence, par les experts des « dys » qui font de l'école le lieu de révélation des troubles autant que l'enjeu des prises en charge, et plus encore par les sociologues qui peuvent aller jusqu'à considérer l'école comme productrice des difficultés enfantines. C'est en tirant les fils des liens entretenus entre l'institution scolaire et les diagnostics médico-psychologiques que s'est construite la problématique de la thèse.

³⁰ De son nom complet : la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » promulguée le 11 février 2005 sous le gouvernement Raffarin.

³¹ P. Bourdieu, *Choses dites*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1987.

³² Elles ont rapidement émergé dans l'enquête de terrain, de la même manière qu'ont pu les observer les chercheurs à propos de la dyslexie (Garcia, 2013), de l'hyperactivité (Dupanloup 2004, Jupille, 2010) ou encore de l'autisme (Borelle, 2013, Chamak, 1999, Méadel, 2006).

2. MISE EN PROBLÉMATIQUE. LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES : DES PATHOLOGIES SCOLAIRES ?

La thématique scolaire saisie par les experts (médecins et psychologues) en sciences neurocognitives

Définitions savantes de la dyspraxie ou du trouble développemental de la coordination³³ : un intérêt aux manifestations du trouble davantage qu'à ses causes

Les enfants dyspraxiques sont communément décrits comme des enfants maladroits, lents et étourdis. L'INSERM, qui a récemment publié une expertise collective sur ce trouble³⁴ (2019), le définit comme suit :

Les enfants concernés ont des difficultés motrices, notamment pour planifier, programmer et coordonner des gestes complexes. Ils ne peuvent pas automatiser un certain nombre de gestes volontaires, notamment l'écriture (ce qui entraîne une dysgraphie). Ces enfants contrôlent laborieusement le dessin de chaque lettre, ce qui absorbe une grande partie de leur attention et les empêche de prêter attention aux autres aspects (orthographe, sens des mots...). Ce trouble est souvent associé à des anomalies de repérage et d'organisation spatiale et à des difficultés de motricité des yeux qui perturbent l'appréhension de l'environnement par l'enfant³⁵.

Les recherches scientifiques sur la dyspraxie sont récentes (bien plus que celles sur la dyslexie) et en pleine expansion, et les débats au sein de la communauté scientifique internationale sont nombreux autour de la définition de ce trouble, considérée comme une notion « fourre-tout »³⁶. La grande hétérogénéité des dyspraxies est liée à la pluralité des conceptions de la motricité et des praxies parmi les chercheurs et les praticiens³⁷, mais aussi au fait que le trouble serait sous-tendu par des mécanismes différents en fonction des cas : un déficit sensoriel et/ou mémoriel, et/ou d'attention, etc. Les scientifiques

³³ Il existe un consensus dans la recherche scientifique au niveau international pour employer la terminologie de « trouble développemental de la coordination », plutôt que celle de dyspraxie ou trouble de l'acquisition de la coordination. Cependant, le terme de dyspraxie est en France celui qui est le plus en usage, parmi les professionnels du soin comme dans les institutions concernées par la prise en charge de ces enfants (école, MDPH), c'est également celui mobilisé par les familles des enfants (notamment les associations qui contiennent toutes le terme de dyspraxie dans leur nom). C'est du fait de sa valeur d'usage que j'ai retenu l'appellation « dyspraxie » dans le cadre de la thèse.

³⁴ *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations, op. cit.* Ce rapport de l'INSERM comprend entre autres une synthèse des travaux internationaux produits sur la dyspraxie, décrits comme atomisés.

³⁵ Définition issue du site internet de l'INSERM, à la rubrique « Troubles spécifiques des apprentissages ». <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>

³⁶ L. Vaivre-Douret, « Le point sur la dyspraxie développementale », art cit ; *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations, op. cit.*

³⁷ Les auteurs du rapport de l'INSERM notent à ce propos que l'approche neurologique de la motricité est dominante depuis les années 1990, la considérant comme le fruit d'un ensemble de mécanismes cognitifs. Cependant, d'autres conceptions existent, dont celle dynamique et écologique montante à partir des années 2000.

français tendent actuellement à élaborer plusieurs sous-types de dyspraxie³⁸ afin de dégrossir la catégorie et aider au diagnostic plus ciblé, en vue de faciliter la mise en place d'une rééducation adaptée. Dans son rapport de 2019, l'INSERM se réfère à la définition du trouble produite dans le DSM, qui ne cherche pas tant à définir la nature du trouble qu'elle se présente comme une aide au repérage et au diagnostic : y sont décrites les manifestations probables et lieux d'expression de la dyspraxie, ainsi que les limitations d'activités qu'elle est susceptible d'entraîner – le manuel diagnostique américain ne propose pas de description des processus cognitifs et moteurs en jeu dans la dyspraxie et traite encore moins de leur origine.

Si la cause des troubles et les mécanismes en jeu font débat, les chercheurs s'accordent à dire que dans le cadre d'une dyspraxie, comme des autres troubles spécifiques des apprentissages, le retard ou la maladresse motrice de l'enfant, ses difficultés en lecture, en calcul, à se concentrer, etc., ne résultent pas d'une affection médicale, ni d'un milieu social carencé, d'un déficit mental global ou encore d'un trouble psychoaffectif. Cette assertion, rappelée à l'identique dans nombre de publications scientifiques comme de vulgarisation, témoigne de la diversité des interprétations posées sur les enfants maladroits et désorganisés (et mauvais lecteurs, déconcentrés...), et de la volonté d'asseoir le trouble cognitif comme un champ d'investigation et d'intervention propre, en dehors des territoires plus anciens de la santé mentale et de la psychothérapie.

Les difficultés scolaires : signes à repérer et enjeux des traitements

Ainsi définie comme un trouble de la gestuelle, la dyspraxie est susceptible d'occasionner une gêne dans un ensemble d'activités et de situations, et elle est pour cela parfois décrite comme moins directement liée aux acquisitions scolaires que d'autres troubles des apprentissages comme la dyslexie (trouble de la lecture), la dyscalculie (trouble de l'arithmétique) ou la dysorthographe (trouble de l'écriture)³⁹. Pour autant, la thématique scolaire occupe une certaine centralité dans les travaux scientifiques, et ce à différents niveaux : celui du repérage du trouble de dyspraxie, du diagnostic et de la prise en charge. D'abord, les comportements et réalisations scolaires à l'école participent de l'élaboration du diagnostic, puisque les difficultés scolaires sont définies dans les guides comme une manifestation de la pathologie : le diagnostic repose sur des tests neuropsychologiques et moteurs qui vont définir un niveau de compétences motrices (adresse, précision, vitesse d'exécution) en rapport avec une norme⁴⁰, et sur les difficultés éprouvées par l'enfant dans sa vie quotidienne et scolaire. Les experts vont même inciter au repérage en milieu scolaire

³⁸ Les auteurs évoquent régulièrement plusieurs dyspraxies telles que la dyspraxie visuo-constructive, la dyspraxie idéomotrice, la dyspraxie visuo-spatiale, la dyspraxie de l'habillage... J.-M. Albaret, « Troubles de l'acquisition de la coordination : perspectives actuelles des dyspraxies de développement », 1999, 11, p. 123-129 ; M. Mazeau, « La dyspraxie aujourd'hui », *Développements*, 2013, 16-17, p. 94-102 ; L. Vaire-Douret, « Le point sur la dyspraxie développementale », art cit.

³⁹ *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*, Paris, INSERM, 2007.

⁴⁰ Le niveau escompté pour l'âge chronologique, préalablement établi par des tests en population générale

en demandant la formation des acteurs scolaires autant que l'orientation précoce vers leurs services. Ensuite, la dyspraxie étant considérée comme affectant particulièrement la qualité de vie des enfants en milieu scolaire, l'école devient un enjeu central de la prise en charge, dans laquelle médecin et « psy » vont intervenir⁴¹.

L'espace scolaire est donc regardé avec acuité par les experts de la dyspraxie, et cette thèse est l'occasion de mieux saisir les raisons, enjeux et effets de leur investissement sur un domaine qui n'est originellement pas le leur.

Cette question du lien entre pathologies médico-psychologiques infantiles et école n'est pas récente, et les sociologues en ont fait un objet de recherche dès les années 1970. Au même titre que le monde du travail⁴², l'école produit-elle ses propres pathologies ? Dans quel sens peut-on parler de pathologie scolaire ? Les travaux sociologiques offrent des points de vue contrastés sur la question, notamment sur le rôle de l'école dans le processus de pathologisation des enfants. Leurs analyses, leurs discussions et leurs angles morts m'ont finalement incitée à me tourner vers les dispositifs de la dyspraxie (davantage que vers les processus d'élaboration) et les effets des classifications médico-psychologiques sur les trajectoires scolaires des enfants.

Le diagnostic médico-psychologique pour naturaliser l'échec scolaire des classes populaires et légitimer leur exclusion ?

École obligatoire et production de catégories médico-psychologiques

Les travaux pionniers sur les catégories de l'anormalité infantile sont des travaux sociohistoriques, cherchant à cerner la construction de l'« enfance anormale » (à la fin du 19^{ème} avec l'avènement de l'école obligatoire) et plus tard de l'« enfance inadaptée » (figure produite sous le régime de Vichy), dans l'idée de saisir les fondements et influences de la situation actuelle⁴³. Une partie d'entre eux, de tradition bourdieusienne et attentifs aux rapports de force entre les classes sociales, vont analyser les premières

⁴¹ L. Vaivre-Douret et A. Tursz, « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, 26. « L'avenir des jeunes qui préoccupent actuellement la société et les pouvoirs publics se joue dans la petite enfance. Les troubles d'apprentissage sont le prélude à des échecs scolaires parfois irrémédiables, responsables d'une insertion sociale impossible. Pourtant une telle situation peut être évitée si les difficultés rencontrées par les enfants dès l'âge préscolaire sont identifiées et prises en charge précocement et de façon adaptée. » p.23.

⁴² Marc Lorient, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2012. N. Aubert et V. De Gaulejac, *Le coût de l'excellence*, Paris, Éditions du Seuil, 1991.

⁴³ F. Muel-Dreyfus, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, 1, 1, p. 60-74 ; M. Chauvière, *Enfance inadaptée. L'héritage de Vichy*, Paris, Les Editions Ouvrières, 1980 ; P. Pinell et M. Zafirooulos, *Un siècle d'échecs scolaires, op. cit.* ; E. Plaisance, « Education "spéciale" », *L'Année sociologique*, 1988, 38, p. 449-457 ; M. Vial, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, Armand Colin, 1990 ; J. Roca, *De la ségrégation à l'intégration : l'éducation des enfants inadaptés de 1909 à 1975*, Vanves, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1992 ; J. Gateaux-Mennecier, *La débilite légère : une construction idéologique*, Paris, Éditions du CNRS, 2001.

catégories médico-psychologiques de l'« enfance anormale » (la débilité légère, l'idiotie, l'arriération...) comme des constructions idéologiques servant à masquer l'éviction des enfants de sous-prolétaires de l'école, devenue obligatoire⁴⁴. A l'heure où elle se doit d'accueillir tous les enfants, l'école va se saisir des catégories nosographiques produites par les médecins des asiles pour soustraire à l'instruction les enfants qu'elle ne parvient pas à gouverner, car trop éloignés des normes et exigences scolaires, notamment comportementales, nombreux parmi les classes laborieuses. Les enfants seront bientôt orientés vers des classes de perfectionnement, qui auront pour fonction de contrôler et moraliser ces enfants de sous-prolétaires, les soustrayant à la mission d'instruction qui est celle des classes ordinaires d'alors⁴⁵. « Il a fallu une quinzaine d'années pour que l'école primaire produise des déchets dont l'exclusion sera constitutive de l'élaboration d'un nouvel appareil idéologique, le médicopédagogique »⁴⁶. L'identification d'une pathologie mentale (défaut d'intelligence ou de caractère) légitime l'exclusion des enfants des classes ordinaires : elles naturalisent la norme scolaire, construite dans l'arbitraire culturel des classes bourgeoises dominantes, en même temps que les déviations scolaires des plus pauvres⁴⁷. Ce faisant, ces sociologues attribuent une grande responsabilité à l'école dans la production des pathologies, puisqu'ils vont d'une part définir les « anormalités » comme des écarts à l'ordre et à la discipline scolaire⁴⁸, et d'autre part expliquer leur diffusion par la demande scolaire, décrivant une école qui se saisit des catégories médico-psychologiques pour maintenir l'ordre scolaire et social. Ainsi, selon F. Muel Dreyfus, la construction du secteur médico-pédagogique dans le champ de l'enfance anormale est étroitement liée à l'institution scolaire, et il deviendra la caution scientifique des systèmes de classement scolaire.

Des auteurs qui leur sont contemporains, comme Michel Chauvière, Monique Vial et Éric Plaisance, vont proposer des analyses différentes de la construction de l'enfance anormale, et relativiser notamment le rôle de l'école dans la production de ces catégories médico-psychologiques⁴⁹. Tout en s'accordant sur l'effet masquant du dispositif technique scientifique⁵⁰, ils veulent mettre en valeur la « complexité institutionnelle du secteur de l'enfance inadaptée »⁵¹, en montrant par exemple que les

⁴⁴ J. Gateaux-Mennecier, *La débilité légère*, op. cit. ; J. Roca, *De la ségrégation à l'intégration*, op. cit. ; P. Pinell et M. Zafiropoulos, *Un siècle d'échecs scolaires*, op. cit.

⁴⁵ Les contenus d'enseignement sont peu portés sur l'instruction des savoirs scolaires (lire, écrire, compter) sinon sur l'apprentissage de pratiques techniques, de cours d'hygiène et de morale.

⁴⁶ F. Muel-Dreyfus, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », art cit, p. 69.

⁴⁷ J. Gateaux-Mennecier, *La débilité légère*, op. cit.

⁴⁸ Jacqueline Gateaux-Mennecier observe des modifications fondamentales de la notion d'arriération lorsqu'elle passe de l'asile à l'école : on ne la repère plus à partir de désordres anatomo-physiologiques (comme le faisaient les médecins aliénistes), mais bien à partir de l'indiscipline scolaire, et son atout moral supplante l'aspect intellectuel auquel s'intéressaient les aliénistes. Forte de ce constat, la sociologue abolit la distinction établie par les psychologues A. Binet et T. Simon entre « anormaux d'école » et « anormaux d'asile ».

⁴⁹ M. Chauvière, *Enfance inadaptée*, op. cit. ; E. Plaisance, « Education "spéciale" », art cit ; M. Vial, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, op. cit. ; M. Vial, « La création du perfectionnement en 1909 et les débilés des psychologues ou comment s'écrit l'histoire » dans *Intégration ou marginalisation ? Aspect de l'éducation spécialisée*, Paris, L'Harmattan-INRP, 1984.

⁵⁰ Michel Chauvière parle par exemple d'une naturalisation des phénomènes d'inadaptation sociale par la référence au vocabulaire médical et psychiatrique. M. Chauvière, *Enfance inadaptée*, op. cit.

⁵¹ E. Plaisance, « Education "spéciale" », art cit.

groupes (« l'école », « la bourgeoisie »...) ne sont pas des entités homogènes mues par un dessein pas toujours avouable (maintenir l'ordre social, imposer son arbitraire culturel), mais qu'ils connaissent en leur sein des lignes de fractures, et abritent des intérêts parfois divergents⁵². Ensuite, ils vont mettre en avant le rôle des « techniciens de l'enfance anormale »⁵³ (ceux qui produisent les catégories de l'anormalité) dans la diffusion des catégories, et leur lutte d'influence auprès des autorités scolaires et politiques : pour Monique Vial, la création de l'enseignement spécial autant que les diagnostics médico-psychologiques n'émanent pas des demandes de l'école, mais sont d'abord le fait de ces techniciens de l'enfance anormale et, surtout, de médecins aliénistes qui visent, en priorité, à désengorger les asiles en scolarisant une partie de leur population dans ces nouvelles structures.

L'ensemble de ces travaux fait référence dans la sociologie de l'éducation spéciale française et connaît une certaine actualité dans les travaux récents sur les classes spéciales et les qualifications médico-psychologiques de l'échec scolaire. Le phénomène récent de l'essor du trouble cognitif va cependant entraîner un renouvellement des grilles d'analyse sur le sujet.

Classements psychologiques et légitimation de l'ordre scolaire

Sans reprendre tous les présupposés des analyses portées sur les rapports sociaux de classe, une littérature sociologique récente sur les qualifications médico-psychologiques actuelles reconduit leurs conclusions, en montrant qu'elles légitiment les classements scolaires et naturalisent les difficultés scolaires des enfants de milieux populaires.

On peut par exemple citer les travaux d'Anne-Élise Vélou et d'Hugo Dupont sur les processus d'étiquetage des enfants vers les qualificatifs de « difficultés psychiques » et des « troubles du comportement », et sur leurs conséquences en termes d'inscriptions dans des circuits scolaires et sociaux spécifiques⁵⁴. L'école y est décrite comme l'acteur déterminant du processus de pathologisation (voire de « handicapisation »⁵⁵) des enfants, puisque les difficultés des enfants sont définies comme étroitement en lien avec les normes scolaires (enfants sous-performants, aux comportements ingérables en contexte

⁵² La bourgeoisie est par exemple divisée sur la création d'un enseignement spécial, des groupes professionnels sont en concurrence au sein de l'école, ainsi que des spécialités médicales entre elles...

⁵³ M. Vial, « La création du perfectionnement en 1909 et les débiles des psychologues ou comment s'écrit l'histoire », art cit. On trouve parmi ces techniciens les médecins aliénistes et le jeune groupe des psychologues en voie de légitimation.

⁵⁴ H. Dupont, « *Ni fou, ni gogol !* » *Ségrégation scolaire et réaction aux stigmates des jeunes orientés en Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique*, Thèse de doctorat de sociologie, Bordeaux 2, Bordeaux, 2013 ; A.-E. Vélou, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, op. cit.

⁵⁵ L'handicapisation est définie comme un processus au terme duquel une singularité individuelle est socialement et administrativement reconnue comme un handicap, et considérée comme à l'origine de la situation de handicap. I. Noël et T. Ogay, « Penser et gérer la tension entre les valeurs d'égalité et de diversité : point d'appui au développement d'une école plus inclusive », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2017, 78, p. 1-18 ; H. Benoit, « Société inclusive et accessibilité universelle : de la " handicapisation " à la situation capacitante », Vittel, France, Centre Hospitalier Ravenel en partenariat avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), 2017.

scolaire...), et, par ailleurs, ils observent que c'est la volonté de l'école de sortir les enfants de la classe ordinaire qui va justifier le détour par le diagnostic psychiatrique et le handicap : lorsque l'école veut une orientation en ITEP ou en CLIS, elle dirige les familles vers l'institution du handicap qui va traduire l'inadaptation scolaire en trouble psychique. Selon H. Dupont, l'école parvient à convaincre (et contraindre) les familles autant que les secteurs médico-pédagogique et du handicap, que le problème de l'enfant est psychique et doit être traité en dehors de l'école⁵⁶.

Ces sociologues et d'autres ayant enquêté sur les dispositifs de la relégation scolaire (SEGPA, classe-relais...)⁵⁷, constatent que ces classes regroupent des enfants aux profils cliniques et diagnostiques très variés, et qui ont comme principale caractéristique leur désajustement à la vie scolaire et au métier d'élève, ce qu'ils associent à leur appartenance aux classes populaires précaires (et leur distance culturelle à l'institution scolaire⁵⁸). Dans la lignée des travaux de Pierre Bourdieu et Robert Castel, ils définissent la désignation psychologique des enfants (qui accompagne l'intégration dans le dispositif) comme une « légitimation de second ordre qui vien[t] redoubler la légitimation scolaire comme discrimination légitime »⁵⁹ : les qualifications médico-psychologiques naturalisent les normes scolaires en même temps qu'elles masquent des rapports de classes, et légitiment la sortie des enfants des classes ordinaires.

Diagnostic médico-psychologique et dégradation des carrières scolaires ?

Ces auteurs décrivent les mécanismes du repérage et de l'étiquetage des enfants en difficulté, et ils s'intéressent aussi aux effets scolaires de la qualification psychologique et de l'intégration des enfants dans les dispositifs associés, et soulignent leur éloignement des exigences scolaires ordinaires. Anne-Élise Vélou montre par exemple comment la prise en charge en RASED et la nature de l'aide qui y est proposée (de type psychothérapeutique) participe d'une dégradation des carrières scolaires des enfants concernés⁶⁰. Elle l'explique par la lecture psychologique et non scolaire qui est faite des difficultés des élèves (empêchés,

⁵⁶ Il se base pour cela sur les expertises de la MDPH et observe que le jugement psychiatrique repose en large partie sur l'évaluation scolaire, et notamment le regard subjectif de l'enseignant quant à ce qui relève de l'adaptation comportementale. Le sociologue observe aussi un travail des inspecteurs de l'Éducation Nationale dans les commissions MDPH afin de faire accepter aux ITEP les enfants que l'équipe scolaire souhaite intégrer à ces structures. H. Dupont, *Ni fou, ni gogol !*, *op. cit.*

⁵⁷ C. Roiné, « L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social », art cit ; M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires : l'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Presses universitaires de France, 2005.

⁵⁸ Les jugements scolaires sont alors définis aussi comme des jugements de classe, porté par un groupe social (les acteurs scolaires issus des classes moyennes et supérieures dont les modes de vie épousent les normes scolaires) sur un autre (les familles des classes populaires éloignées des codes culturels scolaires).

⁵⁹ Bourdieu, *question de sociologie*, 268. C'est aussi Robert Castel qui est mobilisé, qui parle d'une « fonction légitimante » de la référence au savoir psychiatrique ou psychologique, « indispensable en tant qu'elle donne une caution scientifique à un jugement normatif ». H. Dupont qui cite R. Castel, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, les Éditions de Minuit, 1981, p.124.

⁶⁰ Constat qui avait été fait de façon quantitative dans une enquête antérieure : Claire Bonnard, Jean-François Giret et Céline Sauvageot ont observé qu'à difficultés scolaires semblables en CP, les élèves pris en charge par le RASED développent de moindres compétences dans les apprentissages scolaires en CE2 (d'après leurs résultats aux enquêtes nationales) et sont davantage par la suite confrontés au redoublement et à l'orientation vers la CLIS. C. Bonnard, J.-F. Giret et C. Sauvageot, « Quels effets du passage en Rased sur le parcours scolaire des élèves ? », 2017, p. 16.

notamment par leur vie familiale), et par le travail de remédiation proposé qui met à distance les apprentissages scolaires au profit d'un travail thérapeutique ou de resocialisation. Selon la sociologue, cet « évitement du scolaire » (qui amène à sous-exposer aux activités scolaires les élèves qui le sont déjà moins dans leur famille⁶¹) renforce les inégalités qu'il doit combattre, et l'aide devient une étape de la relégation scolaire qui conduit à un redoublement et/ou une orientation vers une CLIS ou un ITEP.

Cette moindre confrontation au travail scolaire pour des élèves au niveau faible est aussi observée dans les classes spéciales (CLIS, SEGPA, ITEP), où prime le travail thérapeutique et de normification comportementale⁶². H. Dupont observe que la thérapie est la priorité de l'accompagnement de ces jeunes, qualifiés de souffrant psychologiquement. « En s'intéressant de plus près à la scolarisation au sein d'un établissement spécialisé comme l'I.T.E.P., il est remarquable qu'en effet l'école n'est pas la préoccupation principale de l'équipe professionnelle »⁶³. En classe même, les équipes pédagogiques portent davantage attention à l'adaptation comportementale (en vue d'une réinsertion en contexte ordinaire) qu'au niveau scolaire, qui n'est d'ailleurs presque jamais discuté collectivement – les bilans n'évoquent que peu les connaissances et compétences scolaires et il n'y a d'ailleurs ni programme officiel ni exigence particulière de niveau. C'est aussi dans les classes-relais et les SEGPA que les chercheurs observent une baisse des exigences scolaires et cognitives qui concourent à accroître leur écart de niveau avec les élèves des classes ordinaires et à rendre presque impossible leur réintégration dans un cursus ordinaire⁶⁴.

Ainsi, alors que la corrélation entre difficultés psychiques et carrières scolaires et sociales dégradées est discutée dans une littérature sociologique de la santé mentale⁶⁵, les travaux exposés ci-dessus considèrent que l'interprétation psychologique des difficultés scolaires par les acteurs scolaires est à l'origine même de la dégradation des carrières scolaires. Il est alors remarquable de constater que les travaux sociologiques autour des diagnostics médico-psychologiques récents issus des sciences cognitives (« dys », hyperactivité, précocité intellectuelle) parlent à l'inverse de ces diagnostics en termes de « ressources » pour les familles, mobilisées en vue de requalifier un destin scolaire. Ces analyses se basent en partie sur deux constats originaux qui distinguent cette forme de qualification psychologique

⁶¹ D'autres sociologues sur d'autres terrains partagent ce constat. Voir par exemple : F. Petit-Ballager, *Le traitement scolaire de « l'élève difficile », de la prévention à la précaution*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Picardie Jules Vernes, Amiens, 2008 ; M. Millet et J.-C. Croizet, *L'école des incapables ? La maternelle, un apprentissage de la domination*, Paris, La Dispute, 2016.

⁶² H. Dupont, *Ni fou, ni gogol !*, op. cit.

⁶³ *Ibid.*, p. 230.

⁶⁴ M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires*, op. cit. ; C. Roiné, « L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social », art cit.

⁶⁵ On peut se référer ici à une revue de littérature complète et très bien structurée réalisée par Pauline Blum en introduction de sa thèse de doctorat. P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, Thèse de doctorat en sociologie, ENS-PSL, Paris, 2017. Elle y relate la diversité des analyses sociologiques sur les liens entre maladie mentale et mobilité sociale : la survenue d'un trouble psychique qui entraîne un déclassement social par l'impossible maintien d'une activité scolaire ou professionnelle (Bungener, 1995) ; la mobilité sociale (ascension ou déclassement) qui entraîne des difficultés psychiques (Wang, 2016, Dohrenwend et Dohrenwend, 1969 ; Hollingshead, Ellis et Kirby, 1954) ; une mobilité sociale descendante peut entraîner des comportements qui peuvent être considérés comme pathologiques par l'institution psychiatrique (Sinthon, 2014), etc.

neurocognitive de celles étudiées antérieurement : les enfants concernés sont issus des classes moyennes et supérieures, et leurs parents sont partie prenante du processus diagnostique et de la prise en charge, parfois « contre » l'école.

Le trouble neurocognitif mobilisé pour maintenir l'inclusion

Le diagnostic saisi par les familles pour reclasser les enfants

Alors que les processus de médicalisation et de psychologisation ont longtemps été décrits par les sociologues comme émanant d'un besoin institutionnel, et imposés aux populations les privant d'une certaine maîtrise de leur destin social, l'essor de ces nouveaux diagnostics neurocognitifs va susciter des analyses tout à fait différentes. Des chercheurs ayant enquêté auprès des familles concernées vont observer que les diagnostics sont à l'inverse recherchés, ou en tout cas appropriés par les familles, dans le but de « renforcer leur pouvoir sur leur propre destin social, précisément en ce qu'[ils] permet[tent] d'imposer à d'autres personnes, à d'autres groupes sociaux, une définition légitime de "ce que l'on est", par rapport à "ce qu'ils sont" »⁶⁶. En effet, les parents se mobilisent pour faire reconnaître ces diagnostics qu'ils considèrent comme moins stigmatisants que d'autres jugements scolaires et psychologiques (comme le manque de volonté de l'enfant, un défaut d'intelligence, des carences éducatives des parents...), et les plus compatibles avec le déroulement d'une scolarité ordinaire et qualifiante⁶⁷. C'est même parfois contre l'école⁶⁸ que les parents vont user de ces diagnostics, afin de contrer une proposition scolaire jugée disqualifiante (redoublement, orientation non souhaitée), ou de faire valoir un avantage scolaire jusqu'alors refusé (saut de classe, intégration d'une classe d'élite)⁶⁹. Le diagnostic est saisi par les familles en vue de maintenir l'inclusion scolaire de l'enfant, et non d'exclure comme vu ci-avant.

Les auteurs ne mobilisent plus les analyses en termes de contrôle social pour décrire les dynamiques sociales qui sous-tendent l'essor et les usages des diagnostics neurocognitifs, et ils observent

⁶⁶ W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris Diderot, Paris, 2010, p.12. Voir aussi J. Jupille (2010) par rapport à l'hyperactivité, ou encore G. Eyal (2013) ou C. Méadel (2014) sur l'autisme. Ces auteurs observent que la psychologie confère du pouvoir à ceux qui se l'approprient. Ce pouvoir n'est plus nécessairement ascendant, du haut (Etat) vers le bas (individus, classes populaires), mais aussi approprié par les individus pour résister à un pouvoir institutionnel, comme celui de l'école, dans un contexte marqué par sa domination symbolique et matérielle sur les familles.

⁶⁷ S. Morel, « La cause de mon enfant », *Politix*, 2012, n° 99, 3, p. 153-176 ; J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2014, 9.

⁶⁸ W. Lignier observe d'ailleurs auprès des psychologues que les temporalités des consultations pour un test psychométrique sont corrélées aux échéances scolaires : les demandes parentales se regroupent autour du printemps, lorsque la question de l'orientation scolaire se fait pressante. W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris Diderot, Paris, 2010.

⁶⁹ W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, op. cit. ; J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit.

d'ailleurs que les enfants concernés sont issus en grande majorité des classes moyennes et supérieures⁷⁰. Doit-on pour autant rejeter les analyses en termes de pathologies scolaires ? Le lien entre ces pathologies et l'école apparaît reconfiguré davantage que distendu.

Des liens à l'institution scolaire étroits mais reconfigurés

Les agents scolaires ne sont plus nécessairement à l'origine des bilans diagnostiques, puisque les parents peuvent prendre l'initiative d'aller faire tester leur enfant. Cependant, l'école reste le motif premier des soins autant que l'enjeu de la prise en charge – les usages des diagnostics étant essentiellement scolaires⁷¹. C'est bien parce que l'école désigne une anormalité (un écart, un retard, une inadaptation) que les parents se mettent en quête d'une aide, qui aboutit à la qualification médico-psychologique neurocognitive. En ce sens, les troubles spécifiques des apprentissages peuvent être considérés comme une pathologie ou un « handicap d'institution » selon la définition qu'en donne Romuald Bodin⁷², tant ils apparaissent liés aux attentes et normes de l'institution scolaire – d'ailleurs, la déclinaison des troubles spécifiques des apprentissages semble en partie calquée sur les catégories de compétences scolaires (dyscalculie, dysgraphie, dysorthographe), ce qui appuie l'analyse en termes de pathologie scolaire. Dans son dernier ouvrage, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, le sociologue défend la thèse selon laquelle le handicap est le produit d'une double rencontre : la rencontre entre une manière d'être singulière et un système de normes propre à une institution spécifique (la famille, l'école, le milieu professionnel...), produisant une anormalité d'institution ; puis celle entre cette anormalité et la bureaucratie du handicap – la MDPH depuis 2005.

Sandrine Garcia se distingue sur le sujet avec son enquête sur la dyslexie, en démontrant que l'école ne fait pas que désigner comme problématiques des manières d'être qui se présentent à elle, mais qu'elle peut participer à produire même ces attitudes et aptitudes jugées non adaptées. Selon la sociologue, l'école produit des mauvais lecteurs du fait de méthodes pédagogiques aux effets fortement différenciés, qui ne permettent pas à certains enfants – ceux qui n'ont pas développé certaines dispositions lectorales dans leur famille – d'acquérir la compétence lectorale telle qu'attendue par l'école⁷³. L'analyse ne peut pas forcément s'étendre aux autres catégories de l'anormalité scolaire – l'agitation, l'indiscipline ou la maladresse peuvent difficilement être considérées comme des productions scolaires à l'instar d'une faible capacité en lecture –

⁷⁰ W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, op. cit. ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Morel, « Troubles dans les apprentissages : neurosciences cognitives et difficultés scolaires », *Revue européenne des sciences sociales*, 2016, 54-1, 1, p. 221-247.

⁷¹ J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit.

⁷² R. Bodin, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute, 2018.

⁷³ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, Paris, Le Seuil, 2015.

, mais elle pousse à l'investigation sociologique sur le thème, et à déconstruire toujours un peu plus les catégories de l'anormalité scolaire.

La définition large de R. Bodin du handicap scolaire a le mérite de souligner le rôle de l'école dans la production d'un ensemble de pathologies, puisqu'elle n'est pas le simple lieu de révélation des troubles décrit dans le discours dominant sur les troubles spécifiques des apprentissages (issu du discours médical, repris par les pouvoirs publics) : elle est un espace de construction et de désignation de certaines manières d'être enfantines comme étant hors-normes et problématiques – et parfois déjà considérées comme pathologiques. Cependant, la notion a les défauts des concepts larges qui ne permettent pas de saisir la spécificité des processus à l'œuvre, tant ils regroupent des cas divers. Les enfants qui seront plus tard confrontés aux diagnostics de trouble du comportement, dyslexie, hyperactivité, phobie scolaire, difficultés psychiques, etc., sont signalés à l'école, mais les dynamiques sociales qui sous-tendent la construction de leurs comportements et pratiques, autant que l'élaboration diagnostique, sont bien distinctes – le rôle même de l'école n'y est pas le même. La notion de « handicap d'institution » peut aussi avoir tendance à gommer qu'entre l'école et la MDPH, les familles ainsi qu'un ensemble de « spécialistes » vont participer à qualifier les enfants autant qu'à définir les prises en charge, les circuits de soin et plus largement sociaux⁷⁴ dans lesquels les inscrire.

L'école n'est donc pas nécessairement l'acteur qui définit la « nature » des difficultés de l'enfant, comme résultant d'un trouble cognitif. Cependant, la scolarité de l'enfant apparaît comme l'enjeu du soin : l'échec scolaire est même présenté par les experts médicaux comme le « risque » numéro un d'un mauvais diagnostic et d'un traitement qui serait inadapté pour ces enfants. S'ils ont fait des « dys » un problème de santé publique, les soins semblent dirigés vers la sphère scolaire. Dès lors, j'ai voulu m'intéresser aux traitements proposés à ces enfants (que veut dire « soigner » quand la scolarité est l'objet du soin ? Quelle est la place de la réussite scolaire dans le soin ?) et aux effets scolaires des diagnostics de dyspraxie, suivant une problématique articulée autour de la question de la reproduction sociale et des inégalités scolaires.

Une problématique articulée autour des implications scolaires des diagnostics. Un renouvellement des formes de la reproduction sociale ?

Alors que plusieurs travaux font le lien de corrélation, voire de causalité, entre la qualification psychologique des difficultés scolaires des enfants et la dégradation de leur carrière scolaire, les travaux autour des troubles spécifiques des apprentissages parlent de « bénéfices » ou de « rentabilité scolaire » des diagnostics, et décrivent le diagnostic comme un moyen pour échapper ou contrer une disqualification

⁷⁴ Dès les années 1980, Robert Castel observe que les diagnostics médico-psychologiques n'ont pas nécessairement vocation à faire entrer les individus dans des circuits proprement thérapeutiques, mais aussi dans d'autres types de circuit sociaux. R. Castel, *La gestion des risques*, op. cit. Si R. Castel parle alors du diagnostic comme d'un « instrument d'une politique de gestion différentielle des populations » (Castel, ibid., p.115), concernant les troubles des apprentissages, ce sont les familles davantage que les instances de l'Etat qui vont chercher à inscrire les enfants dans certains circuits au détriment d'autres.

scolaire⁷⁵. Mais si ces travaux observent des appropriations et usages parentaux, l'on ne sait pas ce que deviennent les enfants des mois et des années après la confrontation au diagnostic, ni précisément ce qui est mis en place pour remédier à leurs difficultés. Car si les parents s'opposent à un redoublement ou une orientation en CLIS, comment se passe le maintien en milieu ordinaire d'un enfant dont les enseignants estiment qu'il n'a pas le niveau ? Que deviennent ses difficultés, qu'est ce qui est mis en place pour y remédier, dans et hors la classe ? Quelle est la nature de l'aide apportée ? Qui intervient, comment, et qui décide ? Ces diagnostics sont-ils imposés à l'école ? Comment se négocient le statut de l'enfant et ses conditions de scolarisation entre agents scolaires, familles, et experts médico-psychologiques (médecins, psychologues, rééducateurs) ? Le caractère protéiforme des dispositifs de la dyspraxie qui se veulent sur-mesure (et donc adaptés à chaque cas) appelle à des travaux empiriques pour saisir leurs effets.

La prise en charge des enfants dyspraxiques, comme celle des autres troubles des apprentissages, est éclatée en différents espaces – rééducations hors école, aménagements scolaires – et fait tenir ensemble deux logiques apparemment contradictoires : une logique rééducative, selon laquelle les rééducateurs entraînent l'enfant sur ses compétences déficitaires afin de les améliorer, et une logique compensatrice, selon laquelle on estime qu'il faut soulager l'enfant en évitant de le confronter aux activités pour lesquelles il présente des difficultés – c'est le sens des aménagements scolaires, qui se concrétisent par des allègements de tâches (moins d'exercices, tâche écrite déléguée à une tierce personne...). Ces dispositifs marquent donc de nouvelles pratiques scolaires, en même temps qu'une redistribution des rôles dans le traitement de la difficulté scolaire, avec une place grandissante occupée par les spécialistes médico-psychologiques (nouveaux « techniciens de l'enfance anormale »⁷⁶, pour introduire une continuité avec les travaux précurseurs susmentionnés), et la montée en puissance du rôle des familles concernant les questions scolaires et de santé des enfants : il resterait alors à l'école de suivre les recommandations des experts, et à faire « moins d'école » avec ces enfants qu'elle met en difficulté.

Ces diagnostics et leurs dispositifs semblent ainsi bousculer l'« ordre scolaire », entendu au double sens de l'autorité scolaire et de l'ordre social produit par l'institution scolaire. Mais quels sont leurs effets sur les trajectoires scolaires des enfants ? Le diagnostic de trouble cognitif permet-il d'enrayer un déclassement familial, voire d'accéder à un reclassement ? Les trajectoires des enfants dyspraxiques donnent-ils à voir autre chose qu'un destin de classe ? Dans quelle mesure, finalement, ces diagnostics bousculent-ils la mécanique scolaire de reproduction sociale ? Répondre à ces questions implique d'articuler le niveau micro-social des trajectoires individuelles et celui macro-social des groupes sociaux, en replaçant les enfants dyspraxiques dans les rapports sociaux, notamment de classe, dans lesquels ils sont pris.

⁷⁵ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Morel, *La médicalisation de l'échec scolaire*, op. cit.

⁷⁶ M. Vial, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, op. cit.

Cette problématique repose sur deux piliers. Le premier concerne la sélection à l'entrée de la catégorie de dyspraxie : qui sont les enfants concernés par le trouble cognitif parmi ceux en difficulté scolaire ? En quoi sont-ils singuliers (et en quoi ne le sont-ils pas) ? A quels moments et comment s'opère la différenciation entre enfants en difficulté (qui vers la difficulté psychique, qui vers le trouble cognitif, qui vers le handicap socio-culturel ou le manque de capacités...) ? Quels acteurs interviennent ? Les enfants diagnostiqués d'un trouble des apprentissages ont, pour la majorité d'entre eux, connu d'autres qualifications de leurs difficultés auparavant, ce qui témoigne des incertitudes sociales et médicales autour de leurs difficultés autant que des concurrences et controverses professionnelles à l'œuvre⁷⁷. L'analyse des parcours d'enfants (et leur circulation entre les différents classements scolaires et médico-psychologiques) devient une fenêtre privilégiée pour observer ces controverses, et saisir les mécanismes de la différenciation entre enfants en difficultés. Le deuxième pilier de la problématique porte précisément sur les effets des catégorisations médico-psychologiques sur les trajectoires scolaires des enfants, en analysant conjointement les parcours scolaires des enfants et leurs parcours de soin ; on s'intéressera là en particulier aux dispositifs déployés et à leur négociation, et l'on portera alors l'attention à l'hétérogénéité au sein du groupe des enfants dyspraxiques : il faudra comprendre et expliquer les différences de traitement et de destins scolaires.

3. PROGRAMME DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE. SAISIR LES TRAJECTOIRES D'ENFANTS : UNE ANALYSE CROISÉE DE L'OFFRE DE SOIN ET DES PRATIQUES FAMILIALES

Les trajectoires des enfants : objet de la thèse, outil d'analyse

C'est donc par les trajectoires enfantines que l'on veut saisir l'impact de l'arrivée de cette nouvelle grille de lecture neurocognitive sur les publics en difficulté scolaire précoce. Dans la lignée d'Anselm Strauss, j'emploie la notion de trajectoire pour référer à l'évolution d'un phénomène (le développement physiologique de la maladie dans les travaux d'A. Strauss, la « difficulté » infantine et la scolarité dans cette enquête) autant qu'à « l'organisation déployée à suivre ce cours »⁷⁸. Dans cette perspective, retracer des trajectoires d'enfants, c'est saisir des éléments de parcours⁷⁹ en même temps que leurs déterminants ; c'est regarder tout ce qui est fait pour qualifier un problème et surtout y remédier, et donc porter une attention particulière aux actions entreprises dans la durée pour gérer un phénomène, le traiter et le mettre

⁷⁷ J. Jupille, « Hyperactivité et troubles des conduites », art cit ; A. Béliard et al., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et sante*, 2019, Vol. 37, 1, p. 5-29.

⁷⁸ A. Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p.143.

⁷⁹ La notion de « parcours » est employée dans la thèse dans son sens commun, c'est-à-dire comme une succession d'événements et de positions occupées par les individus. Il ne fera jamais référence aux définitions construites par les politiques de santé, selon lesquelles le « parcours » désigne le processus de soin tel qu'il doit se dérouler, étape après étape, selon les préconisations ou obligations produites par les pouvoirs publics.

en forme. A l'origine développée pour l'analyse des maladies chroniques, la notion de trajectoire « permet une posture réflexive qui ne parte pas de la maladie – phénomène biologique – mais du travail, quel qu'il soit, pour la gérer – phénomène social ».

Trois types d'acteurs interviennent dans la définition et la gestion du problème de l'enfant, avant comme après l'établissement de la dyspraxie : la famille, l'école, et les spécialistes médico-psychologiques. Ce travail commun de gestion, je l'ai saisi par deux bouts : celui des familles, au travers d'entretiens denses et parfois répétés, celui également des spécialistes de la difficulté par un terrain réalisé auprès de certains d'entre eux – les psychomotriciennes, ce qui sera justifié ci-après. L'école n'a pas fait l'objet d'un réel travail empirique, en partie du fait de l'approche adoptée par trajectoires, qui rendait peu pertinent un travail d'observation, ou même des entretiens avec des acteurs qui n'étaient présents qu'une année auprès de l'enfant – contrairement aux rééducateurs et aux familles. Le fait d'avoir porté le regard de façon privilégiée sur les spécialistes extérieurs à l'école davantage que sur l'institution scolaire même ne préjuge pas de la primauté du rôle des premiers dans les trajectoires enfantines, mais tient avant tout du fait qu'ils n'ont été que peu étudiés par les sociologues, alors que leur participation aux prises en charge de la difficulté scolaire se massifie et se formalise. Quant aux familles, leur abord était tout simplement indispensable si je voulais considérer les parcours d'enfants sur le temps long.

L'enquête se situe dans un territoire bien défini, de sorte à faire ressortir les effets de l'offre de prise en charge sur les trajectoires d'enfants. C'est l'accès même au diagnostic de dyspraxie qui est fortement contraint par l'offre, car conditionné par la présence ou non sur le territoire d'acteurs participant à l'élaboration du diagnostic. Le travail de terrain s'est déroulé dans une grande ville de France, appelée l'Agglomération dans ce manuscrit, qui constitue donc un territoire parmi les plus dotés du territoire national en structures et acteurs participant des prises en charge pour enfants ayant des troubles spécifiques des apprentissages, mais aussi en structures à destination de l'enfance en difficulté plus généralement (CMPP, CMP, CAMPS...). Les petites villes et territoires ruraux ne disposent en effet pas de la proximité et de la diversité de l'offre de soins des grands centres urbains. On pense en particulier au Centre de référence sur les troubles des apprentissages qui ont été mis sur pied dans les années 2000, véritables pôles d'expertise et pôles diagnostics des « dys », qui sont implantés dans les capitales régionales. L'Agglomération enquêtée a la particularité d'héberger un réseau de ville structuré autour des troubles des apprentissages et de compter sur son territoire des experts historiques de la dyspraxie, dont le directeur du CRTLA et le directeur de l'école de psychomotricité. L'ancrage de l'Institut de formation en psychomotricité (IFP) dans une approche neurocognitive des troubles est une autre spécificité du territoire de l'enquête qui aura son importance pour comprendre les trajectoires enfantines, puisqu'il rend disponible sur ce territoire comme sur aucun autre des psychomotriciennes formées au diagnostic et à la prise en charge de la dyspraxie.

Les entretiens avec les parents comme matériau principal de l'enquête

Connaître la dyspraxie et les parcours d'enfants et des familles

Ce sont 26 familles qui ont été interrogées dans le cadre de ce travail, qui ont permis de reconstruire les parcours de 28 enfants – deux familles comprenant deux enfants dyspraxiques. Ce sont dans la majorité des cas les mères seules qui ont été vues⁸⁰ (20), dans 5 cas les deux parents ont été vus conjointement, et enfin dans un cas seul le père est venu à l'entretien. Certains parents ont été revus deux fois, à 2, 3 ou 5 ans d'intervalle.

Les entretiens réalisés avec eux ont d'abord été cruciaux pour comprendre ce qu'était la dyspraxie, comment elle se manifestait au quotidien, dans quelles sphères de la vie, et ce que signifiait vivre avec une dyspraxie. La question scolaire est vite apparue saillante à leur contact. Ensuite, ils se sont révélés indispensables pour retracer l'ensemble des actions qui ont été entreprises pour qualifier et gérer le problème de l'enfant, de sa naissance jusqu'au jour de l'entretien : seuls les parents ont un regard et une connaissance complète de ce qui a été réalisé. Les mères en faisaient le récit avec particulièrement de détails et de précisions, se souvenant des types de suivis mis en place, des dates, des noms des professionnels consultés, avant même de consulter les dossiers des enfants. Plusieurs familles m'ont par ailleurs permis d'accéder aux dossiers médicaux des enfants (bilans du neurologue, de la psychologue et des rééducateurs), ce qui n'aurait pas été possible par le seul biais des professionnels. Ces bilans ont été lus de manière à reconstruire les parcours, mais aussi à saisir la construction du jugement professionnel ainsi que leurs pratiques de soin, le langage employé étant un marqueur fort de leur inscription dans un registre de soin.

Outre pour leur connaissance des parcours enfantins, les parents ont été consultés du fait de leur place déterminante dans la gestion de ces derniers, puisqu'ils se révèlent vite des acteurs décisifs des choix des prises en charge en contexte d'offre concurrentielle. Il fallait faire émerger les raisons qui les ont poussés à commencer un suivi, à consulter un professionnel plutôt qu'un autre, à continuer ou interrompre un suivi. Quels critères de choix mettaient-ils en avant ? Sur quelles ressources appuyaient-ils leurs décisions ? Dans quels faisceaux de contraintes sont-ils insérés à chaque étape du parcours ? C'est ainsi un ensemble de données factuelles et subjectives qui ont été recueillies, qu'il a fallu replacer en contexte. Il a de là été fait une double analyse des entretiens, diachronique, pour reconstruire des trajectoires, et transversale, pour comparer les expériences.

⁸⁰ Je n'ai pas posé de conditions préalables à l'entretien, ni indiqué de préférence au moment de la prise de contact (qui s'est faite par courrier ou lors de rencontre dans le cadre d'un événement autour de la dyspraxie) : la surreprésentation des femmes est à comprendre en rapport avec le rôle central qu'elles occupent dans la prise en charge de l'enfant par rapport aux pères, ce qui renvoie à la division sexuelle du travail concernant à la fois l'éducation des enfants et le travail du *care* dans la famille.

Reconstruire des cas, les situer socialement

Les entretiens ne suivent pas un ordre chronologique précis, les faits revenant à la mémoire des parents au fur et à mesure de la discussion, induisant des allers-retours entre les différents thèmes et les différentes périodes de leur expérience. C'est *a posteriori* qu'il faut retracer l'enchaînement des différents événements et leur contexte, pour construire ces histoires individuelles comme des cas : il faut rendre intelligible les histoires singulières en mettant au jour leurs conditions de possibilités, et donc faire apparaître les contextes, mais aussi l'agencement particulier dans chaque cas des multiples propriétés générales et communes⁸¹. Je suis passée par l'écriture de parcours d'enfants (dont on trouvera deux exemples en annexes) afin de rendre intelligibles leurs enchaînements : faire apparaître les liens de causes à effets entre les différents événements (la consultation d'une psychologue, un redoublement, un changement d'école, un conflit entre la famille et l'enseignant, etc.) ainsi que les contextes et leurs évolutions – on peut voir à leur lecture qu'ils sont organisés autour d'étapes et de thèmes transversaux afin de faciliter la comparaison, tels que « les premières alertes », « les scolarités des membres de la famille », « l'annonce du diagnostic »... Il s'agit en particulier de comprendre les formes singulières du traitement du problème de l'enfant, et leur évolution au fil des ans.

C'est en parallèle une analyse thématique et transversale des entretiens qui a été réalisée, et qui renvoie aux différentes sections du guide d'entretien, lui aussi placé en annexe. L'entretien a porté bien évidemment sur le parcours de prise en charge de l'enfant, mais également sur des thématiques qui permettent d'en comprendre le contexte, comme la scolarité effectuée par les parents et les rapports qu'ils entretiennent à l'institution scolaire, leur projection dans l'avenir de l'enfant, leur connaissance et leur rapport aux différents agents de la remédiation, les éventuels soutiens et participation de leur entourage, les scolarités des frères et sœurs de l'enfant dyspraxique... Tous ces domaines de la vie des familles *a priori* éclatés, se retrouvent entremêlés lorsqu'il s'agit de comprendre les manières de faire et les choix des individus. Ainsi, les entretiens « [livrent] ce que l'analyse statistique ne permet pas d'éclairer : les processus d'enchaînements singuliers, l'entrelacement étroit de thèmes dissociés »⁸².

Afin de faciliter cette double analyse, les logiciels Excel et RQDA ont été mobilisés. J'ai d'abord « découpé » les parcours (diagnostics, scolaires et de « soins ») et les caractéristiques (sociales) des enfants en un ensemble de critères afin de pouvoir retrouver les informations facilement (tel un système de rangement), établir des corrélations (quels liens entre redoublement et origine sociale ou âge d'accès au diagnostic de dyspraxie ?), et comparer les expériences entre elles (combien d'enfants avec une reconnaissance de handicap ? Combien changent d'école ? qui sont ceux qui sont scolarisés dans le privé ?

⁸¹ J.-C. Passeron et J. Revel, *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2005 ; M. Millet et D. Thin, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 2007, 161, p. 41-51.

⁸² S. Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, 1996, 9, 35, p.235.

etc.). Le logiciel RQDA a quant à lui facilité l'analyse thématique. Par son biais, j'ai codé les différents entretiens par thématiques (selon de grands thèmes déclinés en variables⁸³), ce qui permettait par la suite la mise en série des entretiens sur des thèmes précis.

Enfin, en plus de ses dimensions factuelles et compréhensives, l'entretien auprès des familles doit aussi permettre de situer l'enfant et sa famille dans l'espace social, au moyen de critères sociologiques classiques, comme le diplôme et la profession des parents, le lieu et mode d'habitation, ou encore la situation scolaire des frères et sœurs. Leurs récits de la gestion du problème de l'enfant et de sa scolarité aident aussi à dessiner des profils sociologiques, car ils donnent à voir la diversité des ressources et des capitaux des familles interrogées (l'entourage social, le capital économique, leurs capacités et compétences à chercher l'information, etc.).

Situer un phénomène socialement, c'est comprendre la possibilité de son avènement⁸⁴. Que peut-on comprendre de l'anorexie, si l'on ne sait pas que ce désir de contrôle sur son corps et son esprit se construit chez les femmes des classes supérieures ? Que peut-on comprendre de l'échec scolaire sans voir qu'il touche majoritairement les enfants du bas de la hiérarchie sociale ? Des « dys » si l'on ne tient pas compte de la surreprésentation des classes moyennes ? L'enquête auprès des familles concernées par la dyspraxie sera donc l'occasion de confronter ces résultats précédents, mais aussi et surtout de mettre au jour, par une méthodologie résolument qualitative, les mécanismes aboutissant à cette sélection sociale.

Confronter les expériences pour dégager des régularités sociales

Si, dans un premier temps, j'ai cherché à faire émerger les logiques qui sous-tendaient les dynamiques de chaque parcours, j'ai ensuite comparé ces différentes trajectoires pour saisir ce qui faisait phénomène social dans la dyspraxie : leur singularité ne doit pas masquer la réalité commune qu'ils partagent avec d'autres enfants, dyspraxiques ou non. L'« agrégation qualitative » des trajectoires et la « comparaison » (entre elles, avec d'autres groupes), dans la lignée du régime d'objectivation propre aux théories interactionnistes, autorise une montée en généralité⁸⁵ : c'est-à-dire qu'elle permet de dépasser la compréhension du cas singulier pour saisir le phénomène plus général de l'interprétation neurocognitive des difficultés scolaires : son émergence, ses appropriations, ses enjeux, ses implications pratiques, ses effets. Autrement dit, il s'agit de fondre les expériences individuelles, de les mettre bout à bout afin d'en

⁸³ Pour exemple, le thème « relations famille/école après l'accès au diagnostic » est décliné en trois variables : « collaboration », « conflit », « négociation » ; le thème « choix du professionnel » en quatre variables : « choisi au plus près », « conseillé par un professionnel », « conseillé par un proche », « conseillé par un tiers », etc. Ainsi il était possible de mettre bout à bout un ensemble d'extraits d'entretiens se référant à une thématique précise, ce qui facilitait le travail de comparaison.

⁸⁴ M. Darmon, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris, la Découverte, 2007 ; C. Lemieux, *Le devoir et la grâce*, Paris, Economica, 2009 ; S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Nouvelle édition., Paris, La Découverte, 2003.

⁸⁵ M. Darmon, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, 2008, n° 82, 2, p. 149-167.

extraire les déterminants, les éléments et phases communes des trajectoires⁸⁶. Pour exemple : avant d'être qualifié de dyspraxique, Simon a été décrit par les professionnels assurant sa prise en charge hors école comme un enfant ayant un trouble psychoaffectif profond : c'est son expérience personnelle. Par ailleurs, il se trouve qu'un tiers des enfants de l'enquête (9 d'entre eux) a été confronté à une grille de lecture psychologisante de leurs difficultés avant celle cognitive : c'est un phénomène social qu'il s'agit d'expliquer. La mise en série des parcours est donc une façon d'objectiver les processus à l'œuvre en relevant ce qui les réunit, ce qui fait expérience commune – qu'il s'agisse d'événements ou de configurations (appartenance sociale...).

Les premiers entretiens réalisés avec les parents d'enfants dyspraxiques donnent à voir autant des points de similitude qu'une variété des expériences : les enfants accèdent au diagnostic de dyspraxie à des âges divers (de 4 à 17 ans), ils sont confrontés à des théories diagnostiques différentes, les descriptions parentales des problèmes des enfants divergent aussi fortement, les dispositifs scolaires mis en place sont variés, même après l'accès au diagnostic de dyspraxie, etc. Ces distinctions internes au groupe des dyspraxiques doivent permettre autant que leurs similitudes de définir les contours de la catégorie et de mettre à distance la prégnance des éléments biomédicaux dans la compréhension des parcours.

Quelles spécificités du groupe des dyspraxiques ?

C'est ainsi une approche comparative qui est soutenue tout au long de la thèse, des expériences enfantines entre elles mais aussi une comparaison avec d'autres fractions de la population enfantine scolarisée, afin de cerner les spécificités des enfants dyspraxiques et du traitement qui leur est réservé par rapport à la population plus générale des enfants présentant des difficultés scolaires. Qu'est ce qui, à chaque étape, fait la singularité des enfants dyspraxiques ? Qu'est-ce qui va les distinguer des autres groupes d'enfants auxquels ils appartiennent dans un premier temps (« enfants ordinaires », « enfants en difficultés », « enfants en souffrance »...) ? Que partagent-ils avec ces autres populations ?

« Toute science procède par établissement de différences, d'altérités ou d'oppositions d'une part et de ressemblances, d'analogies et de correspondances d'autre part »⁸⁷. Pour Max Weber, définir un groupe, c'est forcément définir ce qui l'identifie ou le distingue des autres, toute caractéristique propre étant relationnelle davantage que substantielle. Le travail de J.-C. Chamboredon sur la délinquance juvénile offre une belle illustration de la méthode par « rapprochement/isolément »⁸⁸. Le sociologue ramène la statistique des jeunes délinquants à celle de la population globale des jeunes. Puis il situe cette population

⁸⁶ On se réfère là encore à M. Millet et D. Thin pour dire qu'il ne s'agit pas de trouver la variable ou l'élément explicatif déterminant des parcours, mais de comprendre le processus dans lequel se combinent les différentes situations et configurations. Cependant, la mise en série des parcours permet de faire apparaître des « effets de dominance, faisant apparaître tel ou tel groupe de conditions comme plus ou moins décisif dans chacun des parcours ».

⁸⁷ M. Weber, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Presses pocket, 1992, p.28.

⁸⁸ J.-C. Chamboredon, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue Française de Sociologie*, 1971, 12, 3, p. 335-377.

des jeunes délinquants par rapport à d'autres populations qui présentent une certaine proximité : jeunes ayant eu affaire à la police, jeunes soumis à des mesures d'éducation surveillée... Cette opération lui permet d'une part de faire ressortir les particularités (ou invariants) de la population ciblée, et d'autre part de les localiser là où on ne les attend pas⁸⁹ – contre le discours commun et les définitions dominantes internalistes. Il invalide de la sorte l'idée d'une « substance » de la délinquance, qui se définirait par une accumulation éclectique de facteurs, en montrant par exemple l'importance du concours de l'« appareil de traitement de la délinquance » dans la construction du groupe, avec ses agents qui retraduisent certains comportements de certains groupes sociaux en symptômes de délinquance.

Cette démarche a inspiré ma compréhension de la constitution du groupe des dyspraxiques, bien qu'on ne manipule pas ici des statistiques mais des éléments qualitatifs construisant des trajectoires. A chaque étape de leur parcours, je me suis demandé ce qui les distinguait de certains groupes d'enfants (les élèves « ordinaires », ceux « en difficultés », les enfants autistes, ceux « en souffrance »...) et ce qui les en rapprochait : pourquoi celle-là va consulter une orthophoniste quand celui-ci va suivre une psychothérapie ? Pourquoi untel redouble et pas l'autre ? Pourquoi « dyspraxique » et pas « carencé », ou une autre catégorie de compréhension de la difficulté scolaire ? D'ailleurs, une « étiquette » – en référence au processus d'étiquetage – exclut-elle forcément les autres ? Pourquoi certains évitent-ils l'éducation spéciale malgré de fortes et persistantes difficultés scolaires ? On s'intéresse donc ici aux différentes étapes des parcours et à leurs déterminants, à ce qui fait aller l'enfant vers une catégorisation au détriment d'une autre, à ce qui induit une forme de prise en charge, un mode de scolarisation plutôt qu'un autre, etc. On ne préjuge pas des déterminants des parcours mais on se doit de les chercher aussi en dehors de leurs seules caractéristiques cliniques (à rebours des discours dominants), pour regarder de près les caractéristiques et les pratiques des différents acteurs participant de la définition du problème, les parents comme les professionnels.

Un mode de recrutement diversifié des familles

Les familles ont été recrutées par des intermédiaires différents afin d'en avoir un nombre suffisant rattaché au territoire de l'enquête – c'est-à-dire dont les enfants ont été diagnostiqués et/ou pris en charge par des professionnels de l'Agglomération. C'est aussi pour faire varier les profils que les modes de recrutement sont divers, afin de ne pas se confronter aux seuls parents investis dans le secteur associatif (dont on sait qu'ils sont parmi les plus dotés des groupes concernés par une pathologie), aux parents d'une même zone géographique, ceux dont les enfants sont suivis par une même institution ou un même professionnel en libéral. Diversifier les modes de recrutement, c'est aussi faire varier les profils sociaux. Le seul critère de recrutement discriminant que je m'étais fixé était que l'enfant ait été diagnostiqué

⁸⁹ Dans des conditions matérielles d'existence semblables, un investissement fort des espaces publics, un contrôle parental distant à l'adolescence, une confrontation fréquente aux équipes de police, etc.

dyspraxique par un professionnel – qu’il soit médecin comme le recommandent les pouvoirs publics⁹⁰, ou bien psychologue ou rééducateur. Je n’ai pas non plus fixé de limites d’âge en amont : si cette diversité a pu limiter certaines comparaisons possibles⁹¹, elle a donné à voir une diversité de point de vue sur la dyspraxie, entre des familles à qui on venait d’annoncer le trouble, et d’autres qui vivaient avec le diagnostic depuis des années. Les enfants pouvaient avoir en parallèle d’autres diagnostics (dyslexie, TDA/H, tendance autistique...), notamment car « dans près de 40% des cas, un enfant concerné par un trouble spécifique des apprentissages présente plusieurs troubles »⁹². La population « seulement dyspraxique » n’est alors qu’une fraction de la population dyspraxique qu’il ne semblait pas pertinent d’isoler.

Enfant	Age / dernier entretien	Age scolaire	Statut handi. ?	Profession mère	Profession père	Voie de recrutement	Date entretien	Personnes interrogées
Adrien	7	CE1 à domicile	Oui	BEP Sans	Bac+5 Cadre de Santé	Association 1	Janvier 2014 – Mai 2016	Psychomot., Mère
Alice	8	CE2	Non	Bac+3 Infirmière	Gendarme	Psychomotricienne	Février 2014	Mère
Lucas	8	CE2	Non	Bac+3 Agent de bibliothèque	Bac ?	Voisine d’une famille enquêtée	Février 2014	Mère
Jordan	8	CE2	Oui	Auto-entrepreneur société de service	Bac Auto-entrepreneur société de service	Enseignante	Avril 2012	Père
Mathis	8	CE2	Oui	Bac+3 Fonctionnaire territorial Agence de l’eau	Bac+2 Responsable de magasin	Psychologue	Mars 2014	Mère, psychologue
Nino	8	CE2	Oui	Bac+5 Avocate d’affaire	Bac+3 Travailleur indépendant informatique	Journée de formation asso 1	Janvier 2014 – Mai 2016	Mère
Ugo	10	CM2	Oui	Bac+5 Ingénieur aéronautique	Bac+5 Ingénieur hospitalier	Journée de formation asso 1	Mars 2014 – Mai 2016	Psychomot, orthophoniste, Mère
Nathan	10	CM2	Oui	Bac+4 Assistante maternelle	BEP Chauffeur chantier	Association 2	Février 2017	Mère
Amèle	10	6 ^{ème}	Oui	Bac+6 Chirurgien-dentiste	Bac+10 Radiologue	Psychologue scolaire	Novembre 2016	Mère
Samuel	10	CM2	Oui	Bac+4 Secrétaire de Direction	BEP Plombier	Psychologue scolaire	Décembre 2016	Mère
Oscar	11	CM2	Oui	Bac+2 Assistante maternelle	BEP Chef cantinier	Enseignante	Février 2012 – Mai 2016	Psychomot, enseignante CP, Mère, Père
Mia	11	CM2	Non	Bac+3 Educatrice spécialisée	Bac+5 Ingénieur au CNES	Psychologue	Mars 2014	Mère, Père, Psychologue

⁹⁰ C’est le seul diagnostic reconnu par les institutions, comme l’école ou la MDPH.

⁹¹ Comment en effet comparer la trajectoire d’un adolescent de 17 ans diagnostiqué depuis 12 ans à celle d’un enfant de 8 ans à peine diagnostiqué dyspraxique depuis quelque mois ?

⁹² INSERM, 2019 : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>

Enfant	Age / dernier entretien	Age scolaire	Statut handi. ?	Profession mère	Profession père	Voie de recrutement	Date entretien	Personnes interrogées
Chloé	11	6 ^{ème}	Oui	Bac+2 AVS	Bac Technicien de contrôle	Association 1	Janvier 2014	Mère, Psychomotricienne
Loïc	12	5 ^{ème}	Oui	Bac+4 Conseillère technique et pédagogique Jeunesse et sport	Bac+5	Connaissance interposée	Mai 2012 – Mai 2016	Père, mère
Antoine	13	5 ^{ème}	Non (refus)	Bac+3 Educatrice spécialisée	Bac+5 Ingénieur au CNES	Psychologue	Mars 2014	Mère, Père, Psychologue
Sophie	15	3 ^{ème}	Oui	Bac+4 Directrice service RH adm. publique	Bac+2 Responsable atelier aéronautique	Association 2	Janvier 2014	Mère
Paul	15	2 ^{nde} générale	Oui	Bac+3 Institutrice	Bac+8 Enseignant-chercheur	Connaissance interposée	Mars 2011	Mère, Père
Martin	15	2 ^{nde} pro	Oui	Bac+3 Infirmière	Bac+5 Responsable de production	Association 2	Février 2017 – Octobre 2019	Mère
Gaël	16	2 ^{nde} générale	Non (refus)	Bac+4 Sans emploi	Bac Jardinier	Journée de formation asso 1	Février 2014	Mère
Matéo	17	1 ^{ère} pro commerce	Oui	Bac+8 Consultante en Santé publique	Bac+8 Haut fonctionnaire aux Nations-Unies	Connaissance interposée	Février 2018 – Mars 2019	Mère
Simon	17	2 ^{nde} générale	Oui	Bac+5 Sans emploi	Bac+5 Kiné.	Psychologue	Mars 2014 – Juin 2016	Psycho, enseignante cours à domicile, Mère, Père, jeune
Émilio	17	Terminale ES	Oui	BEP Sans	Bac+5 Cadre de Santé	Association 1	Janvier 2014 – Mai 2016	Psychomot., Mère, jeune
Franck	18	Terminale S	Oui	Bac+2 Assistante de direction cabinet architecte	Bac+2 Technicien supérieur aéronautique	Enseignante/Asso 2	Mars 2011 – Février 2017	Mère
Lucie (en famille d'accueil)	18	CAP vente	Oui	Sans emploi	Ouvrier	Assistante sociale ASE	Février 2017	Mère famille accueil
Rémi	18	Terminale pro mécanique	Oui	Bac+4 Fonctionnaire en préfecture	Bac Technicien de contrôle	Enseignant	Mars 2017	Mère, Jeune
Justine	19	1 ^{ère} pro Gestion / adm.	Oui	Bac+5 Enseignante secondaire	Bac+1 Logistique transports	Connaissance interposée	Mars 2017	Mère
Sofiane	20	L1 théologie	Oui	BEP Sans emploi	BEP Chauffeur ripeur	Connaissance interposée	Mai 2012 – Juin 2016	Mère
Léa	23	Ecole d'art	Oui	Bac+5 Consultante en com. scientifique	Bac+5 Ingénieur polytech.	Connaissance interposée	Août 2016	Mère

Dans l'idée de mieux connaître les vies concernées par la dyspraxie, j'ai fréquenté tout au long de la thèse différents événements associatifs : les « journées nationales des "dys" », une formation dispensée par une association locale, des événements ponctuels (conférences, témoignages, débats...) organisés par des associations en collaboration avec des spécialistes, souvent le soir en semaine, à destination des familles et des professionnels. L'enjeu de ces événements est de visibiliser les problématiques "dys" en même temps que d'aider les familles concernées, en diffusant les connaissances sur le trouble, en informant sur les dispositifs existants, les procédés administratifs, les différentes aides existantes, etc. La venue sur ces événements permet d'abord d'écouter les parents discuter entre eux, ce qui complète de façon intéressante les entretiens et la relation duale qu'elle implique. Ils sont également une fenêtre pour appréhender les rapports entre les parents et les différents spécialistes, pour voir qui est légitime pour s'exprimer sur les « dys » et sur quels aspects, reconnaître aussi les différents « styles associatifs », et avec eux, les différents rapports au handicap, à l'école et aux pouvoirs publics.

Une double analyse de l'offre de prise en charge : pratiques de soin et structuration de l'offre

En parallèle des entretiens réalisés avec les parents, j'ai voulu mener une analyse de l'offre de soin médico-psychologique à destination des enfants, pour connaître les pratiques de soin et les types de remédiation qui sont apportées aux enfants au fil des ans, mais aussi pour mieux saisir leur circulation entre les différents acteurs du soin. Qu'est-ce qui est proposé aux parents lorsque les enseignants désignent une anormalité, un décalage ? A quelles remédiations peuvent-ils recourir ? Comprendre les parcours des enfants et les décisions parentales passe par la connaissance de l'offre de prise en charge disponible, celle-là étant certainement la première contrainte des choix parentaux. Lorsque l'école signale un problème, les parents se tournent vers une diversité de professionnels hors école (sur conseil de cette dernière ou pas) qu'il a fallu dans un premier temps identifier.

Comment l'offre de soin produit-elle des publics et des trajectoires ?

Les entretiens avec les parents donnent vite à voir une pluralité de professionnels et de structures consultés (RASED, psychomotricien, orthophoniste, CMPP, neurologue...), qui produisent une diversité d'expertises. Si les entretiens avec les parents ont permis de délimiter les contours de l'offre de remédiation par les intervenants qu'ils nomment, ils sont insuffisants pour connaître ce qui s'y fait et ce qui s'y joue, et donc insuffisants pour envisager leurs incidences sur les trajectoires des enfants pris en charge. Une étude propre de ce dernier s'impose alors : une étude des pratiques de soin, mais aussi des collaborations, et plus largement de l'organisation des soins sur un territoire donné. Je me réfère ici aux travaux d'A. Strauss

autant qu'à ceux des sociologues toulousains ayant développé la notion de système local de prise en charge⁹³ : il s'agit d'insister sur l'impact de la structuration d'une offre de soin sur les publics pris en charge.

Quand le sociologue interactionniste américain A. Strauss dit s'intéresser aux « actions entreprises » pour gérer la maladie, il fait référence autant à l'action directe des professionnels de santé sur les patients qu'à l'organisation du travail entre professionnels. Il observe en effet que les hiérarchies professionnelles, la division du travail, les collaborations et concurrences entre professionnels produisent une certaine forme du soin apporté au patient, qui impacte le cours de la maladie aussi sûrement qu'un médicament. Il invite alors à s'intéresser aux pratiques professionnelles autant qu'aux relations entretenues entre les différents professionnels, et d'une façon plus générale à la division du travail entre tous autour du malade ou du « problème ». Les auteurs ayant construit la notion de système local de prise en charge s'intéressent moins à l'évolution du cours de la maladie qu'aux parcours des patients et à leur « tri » opéré par les différents acteurs du soin. Considérer une offre de soin comme un système local de prise en charge, c'est chercher à comprendre dans quelle mesure la structuration de l'offre sur un territoire donné produit des parcours individuels, mais aussi crée des populations de malades ou d'usagers. « Le territoire est ici appréhendé en tant qu'espace d'interdépendances entre des acteurs qui n'entrent pas forcément en interaction directe, mais où chacun est forcé de tenir compte des pratiques des autres ou est impacté par celles-ci »⁹⁴ – on parle alors d'« acteurs contraints »⁹⁵. Un système local de prise en charge comprend divers acteurs dont il faut considérer les caractéristiques spécifiques (missions, implantation géographique, mode de financement...), mais il est avant tout constitué d'usages et de pratiques relationnelles : « : il s'agit dès lors moins de l'offre *stricto sensu* que des usages de l'offre par l'ensemble des acteurs. Ce sont des conventions, des accords informels, des habitudes de travail en commun, des concurrences, des pratiques d'adressage, de sélection et de tri des patients »⁹⁶. Dans cette perspective, le choix des usagers apparaît limité (de façon souvent inégale) par l'organisation et le fonctionnement des acteurs du soin.

Comment s'organise l'offre de prise en charge médico-psycho-pédagogique autour de la difficulté scolaire précoce ? La littérature sociologique met en avant une injonction au partenariat (un « nouveau paradigme pluridisciplinaire » selon l'expression de S. Morel⁹⁷) entre acteurs de la remédiation de plus en

⁹³ F. Sicot, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, 2009, 75, 3, p. 53-60 ; L. Dassieu, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'un politique publique*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, 2015 ; F. Sicot et al., *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, 2019.

⁹⁴ F. Sicot et al., *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, *op. cit.*, p. 21.

⁹⁵ Acteurs « dont les pratiques ne sauraient être réduites à un calcul d'intérêt ni à la reproduction de dispositions incorporées auprès des collectifs fréquentés. Les acteurs que nous avons décrits sont contraints par leur interdépendance avec d'autres acteurs évoluant simultanément ou successivement dans des contextes similaires. Leurs actions sont contraintes par le contexte spécifique de l'interaction (les ressources immédiatement mobilisables, le cadre spatio-temporel), mais aussi par la relation d'interdépendance qui lie les acteurs concernés avec d'autres acteurs sommés de faire les mêmes arbitrages dans d'autres situations d'interaction ». L. Dassieu, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'un politique publique*, *op. cit.*, p. 489.

⁹⁶ F. Sicot et al., *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, *op. cit.*, p. 22.

⁹⁷ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, *op. cit.*

plus nombreux⁹⁸, en même temps que des controverses fortes qui divisent le champ d'intervention professionnelle⁹⁹ en plusieurs pôles (en deux pôles « psy » en particulier), et qui rendent difficile voire impossible la collaboration. Comment se répartissent les controverses « psy » sur le territoire de l'enquête ? Où ces différentes grilles de lectures de la difficulté scolaire (neurocognitive, psychologique, socioéducative...) sont-elles disponibles et comment sont-elles accessibles aux familles ? Comment collaborent les professionnels entre eux, comment sélectionnent-ils les enfants qui relèvent de leur juridiction ou non ? En somme, comment s'opère la rencontre entre un enfant et tel ou tel spécialiste de la difficulté infantile ? Comment se rencontrent une manière d'être infantile jugée problématique et une catégorie diagnostique ?

Cette approche par l'offre de soin apparaît complémentaire à l'analyse des pratiques et décisions familiales pour cerner les parcours des enfants en contexte concurrentiel, et les qualifications dont ils seront l'objet. Cette grille de lecture (se référant aux systèmes locaux de prise en charge) est aussi une manière originale d'aborder les controverses psychologiques, étudiées dans des travaux sociologiques sur des terrains proches : s'intéresser à leurs fondements institutionnels davantage qu'à leurs désaccords idéologiques permet de renseigner différemment les sphères d'influence des expertises concurrentielles, notamment les publics qu'elles touchent et fidélisent.

Une entrée par les psychomotriciennes installées en libéral

L'enquête sur l'offre médico-psychologique de prise en charge s'est faite sur deux volets privilégiés. Un volet socio-historique afin de retracer la constitution (à l'échelle nationale mais aussi locale) des spécialistes des troubles spécifiques des apprentissages et plus spécifiquement de la dyspraxie, et la façon dont ils se sont structurés et insérés au sein d'un espace professionnel à dominante psychanalytique. C'est aussi un travail de terrain auprès d'une fraction de ses acteurs qui a été mené, afin de mieux comprendre comment fonctionnait en acte cette offre de prise en charge : les pratiques de soins, de collaboration, mais aussi les liens entretenus avec l'institution scolaire. Si les spécialistes (professionnels comme structures) sont divers, c'est auprès des psychomotriciennes¹⁰⁰ que j'ai mené ce travail de terrain, pour au moins cinq raisons.

⁹⁸ Notamment du fait de la multiplication des métiers de la rééducation et des spécialités psychologiques (psychomotricité, graphothérapie, ergothérapie, neuropsychologie, gestion mentale...)

⁹⁹ Je reprends volontairement l'expression de Stanislas Morel pour souligner le fait que les professionnels sont liés entre eux par leur participation à la gestion d'un même problème social (ici, la difficulté infantile en contexte scolaire), malgré leurs spécialisations diverses (troubles psychiques, troubles cognitifs...) qui peuvent tendre à masquer leurs liens concurrentiels.

¹⁰⁰ J'emploie ici le féminin car ce groupe professionnel est composé à plus de 90% de femmes, et ce sont exclusivement des femmes qui ont été interrogées dans le cadre de ce travail de recherche. Voir le répertoire ADELI des professions de santé de la DREES, année 2018 : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3730>. La profession est de surcroît en voie de féminisation depuis les années 1980 (elles étaient par exemple à 85% de femmes en 2004). S. Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2005, 1, p. 17-33.

D'abord, je me suis vite rendu compte qu'elles étaient omniprésentes dans les parcours d'enfants dyspraxiques, par la récurrence de leurs interventions – tous les enfants de l'enquête ont à un moment été suivi par une psychomotricienne, ce qui n'est pas le cas pour les autres groupes professionnels –, et la durée des suivis, sur plusieurs années, avant et/ou après le diagnostic de dyspraxie. Elles se situent également à des positions stratégiques des trajectoires enfantines puisqu'elles sont régulièrement consultées en premier recours, lorsque l'école pointe des difficultés corporelles ou manuelles : leurs pratiques diagnostiques autant que d'adressage peuvent alors marquer précocement les parcours des enfants. Elles participent également à l'élaboration du diagnostic de dyspraxie, leur bilan étant nécessaire au médecin pour le produire. Deuxièmement, le groupe professionnel des rééducateurs en psychomotricité est marqué au même titre que les psychologues par les controverses « psy », qui semblent séparer la profession en deux tendances irréconciliables¹⁰¹. Les psychomotriciennes deviennent alors une porte d'entrée intéressante pour aborder ces controverses du point de vue des pratiques : qu'est-ce qu'implique en termes de soin de s'inscrire dans l'une ou l'autre des orientations ? L'orientation de leur pratique change-t-elle les rapports qu'entretiennent les professionnelles à l'école, à ses agents et au travail scolaire ? Dans quelle mesure ? Troisièmement, ce groupe professionnel apparaît, plus que les autres groupes de rééducateurs, au croisement des concurrences professionnelles, se faisant disputer leur territoire par les ergothérapeutes, les graphothérapeutes ou encore les neuropsychologues, en même temps qu'elles collaborent avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge (médecins, psychologues, rééducateurs, école et familles) ; ce qui fait de ce groupe une fenêtre féconde sur l'offre de prise en charge plus générale. Quatrièmement, l'entrée par ce groupe, et en l'occurrence par les professionnels de la rééducation installés en libéral, constitue un point de vue original sur l'offre de prise en charge, qui a davantage été abordée par ses structures : les CMPP¹⁰², ou les plus récents Centres de référence ou Centres ressources¹⁰³ qui constituent de véritables pôles diagnostiques et d'expertise des troubles neurocognitifs (« dys », hyperactivité, autisme). Or, l'extension de l'exercice en libéral est une évolution récente du métier de psychomotricienne autant que du champ d'intervention professionnelle de l'échec scolaire, qui apparaît comme un accroissement de la dynamique de désinstitutionnalisation entamée à partir des années 1960. Cette dynamique structurelle est peu étudiée, et c'est en particulier par son impact sur les publics concernés qu'elle sera appréhendée. Cinquièmement et dernièrement enfin, la profession s'est récemment restructurée (augmentation du nombre de praticiens, évolution des pratiques de rééducation, évolution du mode d'exercice...) en lien avec l'émergence des troubles des apprentissages. L'étude de ces liens permet alors de réactualiser les travaux portant sur les liens entre dynamiques professionnelles et survenue de

¹⁰¹ A l'inverse de l'orthophonie par exemple, qui semble avoir tout au long de son histoire davantage opéré des synthèses entre les différents courants théorico-pratiques qui ont successivement traversé la profession. Il faut aussi noter que la référence à la psychologie est moins prégnante en orthophonie que pour la psychomotricité, la profession se référant à un ensemble de disciplines varié, (Grabot 2004 ; Prud'homme, 2006) – l'ergothérapie s'est quant à elle structurée en dehors des référentiels psychologiques.

¹⁰² S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

¹⁰³ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; C. Borelle, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical.*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Grenoble, Grenoble, 2013.

nouvelles pathologies – initiée entre autres par Francine Muel-Dreyfus et Robert Castel¹⁰⁴ –, et d’approfondir la question de la production de pathologie ou de handicap, thématique dont les débats sont actuels en sociologie¹⁰⁵. Le fait que les psychomotriciennes soient un groupe professionnel ignoré des enquêtes sociologiques participe également de son intérêt à les regarder de plus près.

J’ai réalisé des entretiens auprès de 15 professionnelles de la psychologie et de la rééducation (11 psychomotriciennes, 3 psychologues et 1 orthophoniste), portant sur leurs pratiques de rééducation ou de thérapie, leur mode d’exercice (en libéral et/ou en structure, la plupart ayant exercé les deux), leur formation et leurs collaborations professionnelles, ainsi que les liens qu’elles entretenaient avec l’école, ses agents, le travail scolaire.

Âge	Profession	Lieu de formation	Lieu et mode d’exercice	Tendance professionnelle	Mode de recrutement	A en charge un enfant de l’enquête	
Alice N. 28	Psychomotricienne	Agglomération	Libéral – CMPP	NSP ¹⁰⁶	Recherche internet	-	
Agnès B. 37		Agglomération	Libéral	Neuro	Interconnaissance	1	
Ernestine R. 49		Agglomération	Libéral – Formatrice IFP	Neuro	Recherche Internet	4	
Marlène G. 46		Agglomération	Libéral	Neuro	Famille enquêtée	1	
Laure B. 32		Agglomération	Libéral – IME	Neuro	Interconnaissance	-	
Mélanie L. 31		Agglomération	CRTLA	Neuro	Psychomotricienne enquêtée	-	
Lisa B. 30		Agglomération	Libéral	Neuro	Famille enquêtée	1	
Fabienne M. 48		Agglomération	Libéral – Formatrice IFP	Neuro	Recherche Internet	-	
Patricia D. 51		Paris	Libéral	Clinique	Recherche Internet	-	
Lucie C. 32		Lyon	Libéral - CMPP	Clinique	Nom sorti des entretiens parents	1	
Chantal D. 58		Lyon	Libéral – CMPP	Clinique	Nom sorti des entretiens parents	1	
Claire C. 36		Psychologue		Libéral	Neuro	« Réputation » (familles, enseignants)	10
Mylène J. 32				Libéral	Neuro	Interconnaissance	-
Corine B. 33			Libéral	Clinique	Recherche internet	-	
Sarah R. 49	Orthophoniste		Libéral	NSP	Famille enquêtée	1	

¹⁰⁴ F. Muel-Dreyfus, « L’école obligatoire et l’invention de l’enfance anormale », art cit.

¹⁰⁵ M. Fansten et N. Garnoussi, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l’ère de la santé totale et de la modernité réflexive », *Socio-logos. Revue de l’association française de sociologie*, 2014, 9.

¹⁰⁶ « Ne se prononce pas », soit par refus de considérer l’opposition psychanalyse/sciences neurocognitives comme structurante de la profession, soit parce que la praticienne s’inscrit dans des référentiels pluriels.

Les professionnelles interrogées, rééducatrices et psychologues, ont été sélectionnées selon plusieurs méthodes. Pour certaines, parce qu'elles avaient participé à la prise en charge d'un ou plusieurs enfants de l'enquête – leur nom était ressorti des entretiens réalisés avec les parents. D'autres ont été spécialement choisies du fait qu'elles participaient explicitement au réseau local de prise en charge des enfants avec un trouble des apprentissages dans l'agglomération : c'est par exemple le cas d'une psychomotricienne exerçant au Centre Ressource sur les Troubles du Langage et des Apprentissages à l'Hôpital (seul pôle diagnostique public du département), ou encore de deux autres qui effectuent des recherches et publient des articles avec les médecins fer de lance des prises en charge de la dyspraxie sur le territoire. C'est enfin en consultant les sites internet des professionnelles que je les ai présélectionnées de manière à faire varier les profils : j'ai contacté des praticiennes d'âges différents, formées dans différentes villes (les instituts de formation étant réputés pluriels dans leur approche du métier), affichant des positionnements divers quant aux référentiels psychologiques – les sites internet sont souvent explicites, les professionnelles indiquant travailler selon une approche psychanalytique ou manipulant les dernières avancées des sciences neurocognitives.

J'ai donc réalisé des entretiens avec ces professionnelles, et j'ai pu assister à des séances de rééducation dans trois cabinets. Seules des psychomotriciennes d'orientation neurocognitive ont accepté ma présence sur leur lieu d'exercice, les autres jugeant ma présence dommageable au lien thérapeutique construit (ou en construction) avec l'enfant. L'intérêt porté aux pratiques des psychomotriciennes se matérialise alors essentiellement dans les discours : discours des praticiennes en entretien, récits de pratique dans les magazines professionnels, récits indirects des parents, qui rapportent des activités et des registres discursifs qui n'en restent pas moins significatifs.

Ces professionnelles ont aussi été interrogées afin de faire varier les points de vue sur l'enfant et son problème, par rapport aux discours parentaux. Ces professions de la psychologie et de la réparation ont un discours sur la dyspraxie, ses manifestations, son origine, le rôle de la famille et de l'école dans la gestion du trouble, voire dans sa survenue. Confronter les discours variés des professionnels sur la dyspraxie à ceux également divers des parents permet sans conteste de gagner en connaissance sur ce phénomène. Dans cette optique, ce sont aussi des agents scolaires qui ont été interrogés tout au long de la thèse : une dizaine d'enseignants (dont enseignants spécialisés, deux psychologues scolaires, une référente de scolarité (enseignante MDPH)). Bien que marginal par rapport à la problématique centrale, un terrain a été réalisé dans deux écoles, une de centre-ville, une de quartier périphérique et populaire, durant deux à quatre mois, afin d'observer les décisions de prise en charge des enfants en difficulté dans le cadre scolaire : c'est ainsi une vingtaine d'équipes éducatives et d'équipes de suivi de scolarisation qui ont été observées.

« Le croisement des points de vue autorise d'abord le recoupement et la vérification des informations pertinentes pour comprendre les parcours tout en évitant de s'en remettre à la seule déclaration des uns ou des autres, y compris aux seules informations officielles contenues par exemple

dans les dossiers et qui s'avèrent parfois non vérifiées, ou d'être prisonnier d'une seule source »¹⁰⁷. Les parents tiennent des discours sur l'école et les professionnels du soin, ces derniers sur les familles... croiser les discours permet, non pas nécessairement de débusquer des mensonges ou une méconnaissance de la part des uns et des autres, mais du moins de situer des points de vue. La diversité des regards sur l'enfant et son « problème » est constitutive des parcours d'enfants et devient objet sociologique.

Il était alors particulièrement instructif d'interroger des professionnelles qui avaient participé (ou participaient encore) à la prise en charge des enfants de l'enquête, pour objectiver les pratiques des uns et des autres, comme pour objectiver les façons d'être et de faire de l'enfant, leurs (in)capacités, leur niveau scolaire – peu objectivable par le seul discours des parents, tant il apparaît relatif à leurs attentes et *in fine* à leur appartenance sociale. Dans certains cas, des entretiens ont été réalisés auprès de plusieurs acteurs de la prise en charge d'un même enfant : parents/psychologue/enseignante, parents/orthophoniste... La plupart des professionnelles enquêtées ne participent pas à la prise en charge des enfants de l'enquête mais plus généralement aux prises en charge d'enfants rencontrant des difficultés dans le cadre scolaire, qu'elles les appellent ou non « troubles spécifiques des apprentissages » : toutes affirment recevoir des enfants ayant le profil d'enfants dyspraxiques, bien qu'elles ne revendiquent pas toutes ce « langage » et cette conception du problème.

Annnonce du plan de la thèse

La **première partie** de la thèse, constituée de trois chapitres, traite des conditions d'accès au diagnostic de dyspraxie, en retraçant les processus par lesquels des enfants repérés en difficultés dans le cadre scolaire sont finalement qualifiés de cognitivement spécifiques. Les savoirs ne sont pas unifiés dans le champ de l'échec scolaire, et les enfants sont successivement confrontés à différentes catégories de la difficulté scolaire et psychologique. Ces chapitres veulent mettre au jour les mécanismes de circulation des enfants en difficulté entre les différents dispositifs et classifications existants, comprendre les parcours et leurs bifurcations. C'est donc la question de la différenciation des enfants « en difficulté » qui occupe cette partie de la thèse. Elle est abordée en analysant conjointement la structuration de l'offre de prise en charge médico-psychologique, et la gestion familiale des prises en charge dans une perspective diachronique. Les parcours des enfants ne peuvent en effet se comprendre qu'en tenant compte des caractéristiques de l'offre de soin au regard des caractéristiques familiales (ressources économiques, capital social, style culturel, rapport à la psychologie, à l'école...). Et à l'inverse, nous voyons que les parcours sont des révélateurs du fonctionnement des structures sociales et des rapports de force qui les traversent.

Si la première partie permet de saisir comment se délimite la population des dyspraxiques parmi celle des enfants en difficulté scolaire, la **deuxième partie** de la thèse s'intéresse à travers deux chapitres aux effets des diagnostics de dyspraxie – et plus généralement des qualifications « psy » – sur les

¹⁰⁷ M. Millet et D. Thin, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », art cit, p. 45.

trajectoires scolaires des enfants. L'analyse porte pour cela sur les traitements successifs des enfants (familiaux, scolaires et de soin), et plus spécifiquement sur la mise en place des dispositifs de la dyspraxie, qui vont être l'objet de négociations entre les familles, l'école et les spécialistes. Il s'agit en cela de voir comment une qualification médico-psychologique « fait effet » (ou pas) et de mettre à jour les conditions qui rendent possible une inflexion des trajectoires scolaires descendantes. L'idée est de confronter les notions de « bénéfice » et « rentabilité » scolaires aux trajectoires effectives des enfants. Il s'agit aussi d'appréhender la diversité de l'impact scolaire du diagnostic neurocognitif, et, en montrant qu'il est étroitement intriqué aux ressources familiales, c'est une critique des dispositifs des troubles des apprentissages qui est proposée, et plus largement de cette nouvelle division du travail autour de l'échec scolaire – thème qui ne fait pas l'objet d'un chapitre en lui-même mais qui traverse la thèse en filigrane¹⁰⁸. Qui aujourd'hui est légitime pour nommer, intervenir et traiter le problème ? Qui même est légitime pour transmettre des savoirs et savoir-faire scolaires ? C'est aussi les effets de la privatisation d'une partie du service public scolaire que la thèse veut appréhender.

Le **premier chapitre** porte sur les premiers repérages d'un problème chez les enfants de l'enquête et les premiers jugements qui les accompagnent. Qui remarque ces enfants comme en décalage, à quel moment, et selon quels critères ? L'école est un acteur clé des parcours diagnostiques et de soins des enfants, car elle est la première institution à désigner une situation problématique ; elle va ensuite cadrer l'inquiétude parentale en même temps qu'elle va proposer aux familles la consultation de spécialistes – au détriment d'autres. Ce chapitre va donner à voir ce qui pose problème chez ces enfants, et chercher à cerner en quoi le problème est nouveau et singulier (la qualification de dyspraxie étant elle-même nouvelle et singulière). On s'intéresse-là à ce qui rapproche et distingue ces enfants (bientôt dyspraxiques) de ceux des autres catégories de la difficulté, et aussi aux liens entretenus avec les normes et attentes scolaires.

Le **chapitre 2** s'intéresse à l'offre de prise en charge médico-psychologique pour les enfants en difficultés, et plus particulièrement à la distribution des controverses « psy » sur le territoire : dans quels groupes professionnels et dans quelles structures s'épanouissent les différentes approches « psy » (neurocognitive et psychodynamique) ? Comment recrutent-elles leurs publics, comment sont-elles accessibles ? L'étude de ce marché concurrentiel par ses soubassements institutionnels va nous permettre de mieux saisir les trajectoires enfantines, en même temps que la morphologie sociale des différentes populations d'enfants en difficultés. Ce chapitre est aussi l'occasion de s'intéresser aux pratiques des agents et d'appréhender les expertises médico-psychologiques dans les liens qu'elles entretiennent avec les enjeux scolaires. On verra qu'elles se distinguent aussi dans le rôle différent qu'elles accordent à la réussite scolaire dans le soin, et comment ce repositionnement des métiers de la santé par rapport à l'école bouleverse la

¹⁰⁸ C'est d'ailleurs un autre axe de travail défini par Anselm Strauss : s'intéresser au travail de gestion d'un problème, c'est aussi appréhender le « retentissement que ce travail et son organisation ne manque pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués ». A. Strauss, *La trame de la négociation, op. cit.*, p. 143. Avec l'arrivée de nouveaux spécialistes dans un champ (ici celui de l'échec scolaire), c'est sans nul doute le contenu du travail, les accréditations (les « licences » et les « mandats ») et les légitimités des acteurs déjà présents dans le champ qui se retrouvent bousculés.

division du travail autour des apprentissages scolaires, avec un transfert de la mission de l'école vers des agents privés extérieurs.

Le **chapitre 3** vient compléter le précédent en observant le rôle de la famille dans les choix de prise en charge. Ce sont les parents et plus encore les mères qui font ces choix en s'appuyant sur diverses ressources. La mise au jour de ces ressources, tant économiques que sociales ou culturelles, aident à comprendre les raisons pour lesquelles le diagnostic n'est pas également réparti dans l'espace social, et en particulier pourquoi il ne semble pas s'adresser aux enfants des classes populaires qui sont pourtant les plus concernés par les difficultés scolaires. Ce chapitre est aussi l'occasion de rendre compte, aux côtés d'autres travaux, du rôle considérable des mères dans le déroulement de ces parcours d'enfants, ce qui ne va pas sans poser de questions sur l'impact sur leur propre vie ainsi que sur les inégalités sociales entre enfants.

Pour ouvrir la question des effets des diagnostics cognitifs sur les carrières scolaires des enfants, j'ai décidé de produire une étude de cas, celui de Simon Andrieu, pour qui le diagnostic marque un bouleversement radical (**chapitre 4**). Le choix d'une analyse poussée d'une trajectoire permet de mettre en avant la dynamique de parcours (l'enchaînement des événements, les relations causales entre eux), ainsi que les configurations sociales qui, à chaque étape, rendent possibles les événements et situations. Si le diagnostic de dyspraxie semble être le point de départ d'une requalification scolaire de l'enfant en signant sa sortie de l'éducation spéciale, en étudier les raisons et conditions de possibilité permettra de sortir de la rhétorique de l'« efficacité » des rééducations « psy ».

Le dernier chapitre (**Chapitre 5**) rend compte de la diversité des trajectoires enfantines, et de l'impact différencié des diagnostics de dyspraxie au regard des rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent, et qui sont souvent déniés dans les discours dominants (de la part des médecins, des pouvoirs publics) sur les troubles spécifiques des apprentissages. Les caractéristiques familiales vont être déterminantes dans la mise en place des aides (rééducations comme aménagements scolaires) du fait du coût des soins (en termes financiers mais aussi de temps), de l'éclatement de la prise en charge entre plusieurs acteurs qui suppose une coordination (à la charge des mères), et des faibles appropriations enseignantes, qui vont solliciter les capacités des parents à négocier les aménagements scolaires.

PARTIE I

De l'enfant hors-norme à
l'enfant dyspraxique

Tout au long de ce travail de thèse, on m'a régulièrement posé la question suivante : les troubles médico-psychologiques infantiles (les « dys », l'hyperactivité, la précocité intellectuelle, la phobie scolaire...) marquent-ils l'avènement d'une nouvelle génération d'enfants, ou bien sont-ils le signe d'un regard nouveau que l'on pose sur les enfants et certains de leurs comportements ? C'est une question récurrente pour qui travaille sur un « trouble émergent »¹⁰⁹. Nouveau trouble ou découverte d'un outil diagnostique ? L'interrogation n'est ni nouvelle ni inédite dans le cadre d'un travail sociologique, mais elle mérite d'être posée car les réponses diffèrent selon les objets étudiés.

Le débat est ouvert dans l'espace public au-delà du champ scientifique, auquel participent intellectuels, universitaires, psychologues et autres professionnels de l'enfance. Les positionnements sont éclatés entre deux pôles opposés. Certains penchent pour la thèse d'un nouveau type d'enfants, évoquant la « génération zapping », des enfants nourris aux écrans et habitués à agir en fonction de leurs désirs immédiats, peu enclins à se soumettre aux contraintes extérieures. Ces profils enfantins sont mis en relation avec un certain déclin de l'autorité parentale et institutionnelle, faisant écho aux pratiques pédagogiques laxistes qui auraient gangrené l'école après 1968¹¹⁰. De cette déliquescence morale et disciplinaire seraient advenus des enfants instables, mauvais en orthographe, peu habiles de leurs mains, etc. Un tout autre discours existe dans l'espace de débat, porté par des agents aux postures politiques radicalement différentes des premiers, ancrées à gauche¹¹¹. Les enfants n'auraient pas changé, mais la société (l'école et les parents en tête, toujours) aurait ces dernières années connu un renforcement normatif et serait moins tolérante vis-à-vis des « écarts » des enfants. Ecartés réifiés et médicalisés, sans tenir compte du sens qu'ils peuvent avoir pour l'enfant lui-même. La médicalisation des aptitudes enfantines est dans ce cadre assimilée à une « dérive sécuritaire » d'une « société disciplinaire »¹¹². On pathologise des pratiques et des traits de caractère qui relevaient jusqu'ici du champ du normal : la vivacité devient agitation, la rêverie devient défaut d'attention nécessitant un recours médicamenteux, etc.

Alors, parents avides de performances pour leurs enfants ou parents qui ne posent pas suffisamment de cadres ? Ecole laxiste, qui nivelle vers le bas, ou école intolérante, qui pathologise ? L'étude des trajectoires prédiagnostiques des enfants nous apportera des éléments pour nourrir le débat en sortant

¹⁰⁹ M. Fansten et N. Garnoussi, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive », art cit.

¹¹⁰ Ce pôle conservateur a bonne presse dans le paysage médiatique autour de figures telles que Jean-Paul Brighelli, Alain Finkielkraut ou encore Natacha Polony, théoriciens (ou descendants des) de la « crise de l'école » depuis les années 1980. L. Balland, « La crise de l'école comme problème public », *Idées économiques et sociales*, 2017, 190, 4, p. 37-45.

¹¹¹ Des pédagogues, philosophes et plus encore des psychiatres et des psychologues positionnés à gauche, voire à l'extrême gauche de l'échiquier politique et se revendiquant de l'héritage de 1968 ou encore de l'antipsychiatrie.

¹¹² R. Gori et S. Schauder, « Caution pseudo-scientifique et pratiques sécuritaires », *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 255, 2, p. 42-46 ; L. Croix, « Du « Fais pas ci, fais pas ça » au fléau social », *Le Journal des psychologues*, 2008, 255, 2, p. 20-25 ; M.S. Lévy, « Hyperactivité, terreurs nocturnes, dyspraxie », *Empan*, 2016, n° 101, 1, p. 21-28.

des postures idéologiques et en administrant des preuves¹¹³, puisqu'on s'intéresse de près aux comportements et aux capacités des enfants, aux jugements scolaires, et aux pratiques parentales.

Il s'agit tout au long de cette enquête de définir la dyspraxie au plus près du terrain, dans son caractère protéiforme et surtout dynamique. Plus encore, on cherche à expliciter le « processus d'identification des enfants »¹¹⁴ qui conduit les enfants à ce diagnostic et les oriente dans certains dispositifs au détriment d'autres, les engageant dans un processus concret de socialisation. Car « qu'elle s'impose ou qu'on l'impose, l'identification d'un enfant est déterminante dans la construction de sa trajectoire singulière »¹¹⁵. Dans cette première partie, on s'attache à décrire les premières manifestations de la dyspraxie – ou plutôt, les premiers écarts à la norme qui plus tard seront interprétés en termes de dyspraxie –, et à suivre la mise en mots progressive du trouble. De nombreux acteurs interviennent pour nommer et traiter l'« anormalité » de l'enfant. Quels en sont les premiers signes ? Qui les repère ? Qui sont les experts consultés, quelle place prennent les familles dans le processus diagnostique ?

C'est l'école qui rapidement témoigne de « quelque chose qui ne va pas » chez l'enfant. Productions scolaires faibles, attitudes dérangeantes, manque d'autonomie globale... après avoir mis en avant les traits saillants classant l'enfant du côté des élèves en difficulté – voire « difficiles »¹¹⁶ ou même ingérables – l'enseignant oriente les familles vers des spécialistes extérieurs à l'institution. Ceux-ci proposent une théorie diagnostique¹¹⁷ du problème ainsi qu'un traitement, et conseillent parfois d'aller consulter d'autres spécialistes en complément. Dès les premières orientations, les parcours des enfants se différencient, en termes de professionnels consultés et de mots employés pour parler de leurs difficultés. On est frappé, en posant un premier regard sur les trajectoires d'enfants, par les âges très variables auxquels ils accèdent au diagnostic de dyspraxie, alors qu'ils sont systématiquement repérés de façon précoce comme « anormaux » (entre 2 et 5 ans) : certains sont diagnostiqués dyspraxiques à 4 ou 5 ans, au début des recherches, quand pour d'autres, ce diagnostic n'intervient qu'à leur 10, 13 ou même 17 ans – quand bien même les premiers signaux d'un « dysfonctionnement » avaient été mis en avant dès la petite enfance. Comment expliquer ces disparités d'accès au diagnostic ? Qu'est-ce qui distingue les enfants qui reçoivent

¹¹³ É. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

¹¹⁴ W. Lignier, « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », *Sociologie*, 2015, 6, 2, p. 177-194.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 192.

¹¹⁶ Frédérique Petit-Ballager définit l'enfant difficile comme une sous-catégorie de l'enfance en difficulté scolaire, qui se distingue en ce qu'il est jugé illégitime à l'école car trop éloigné de ses exigences, en termes de comportements et/ou de capacités d'apprentissage.

¹¹⁷ Une théorie diagnostique, ou plus simplement un diagnostic, est ici à comprendre dans le sens d'une théorie explicative des difficultés de l'enfant (les mettre en mots, définir une cause), et non comme une catégorie médicale ou médico-psychologique uniquement. Ainsi, tout acteur est susceptible de formuler une théorie diagnostique, parents et enseignants compris, et non les seuls médecins. On peut se référer à ce sujet à l'article d'A. Béliard et de J-S. Eideliman : A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue française de sociologie*, 2014, Vol. 55, 3, p. 507-536. C'est ce que Sylvie Fainzang nomme un « modèle d'interprétation » du trouble. S. Fainzang, « La maladie de Lucie », *Ethnologie française*, 1988, 18, 1, p. 55-63.

le diagnostic précocement des autres ? Qui pose les diagnostics ? Que se passe-t-il entre les premiers signalements de l'enfant et la formulation du diagnostic de dyspraxie quand celle-ci est tardive ?

C'est en replaçant les trajectoires individuelles dans les contextes dans lesquels elles évoluent, nécessairement en interdépendance, que l'on peut sociologiquement les comprendre¹¹⁸. J'ai pu trouver des réponses aux questions soulevées ci-dessus en examinant la structure et le fonctionnement du marché professionnel en charge des enfants en difficulté, et en tenant compte en parallèle des pratiques familiales visant à réduire l'incertitude qui entoure l'enfant, et des caractéristiques sociales de ces dernières. Les enfants posent problème à l'école très tôt, mais la prise en charge dudit problème est rapidement déléguée à des professionnels extérieurs à l'institution. Le marché professionnel de la difficulté enfantine dans lequel se trouvent projetés les enfants est dense, concurrentiel, et parcouru par de fortes controverses. On y observe de nombreux agents (structures et professionnels en libéral) revendiquant leur légitimité à définir et à traiter le problème de l'enfant, et certaines de leurs expertises s'opposent. Le marché étant massivement investi par des professionnels du champ « psy » (psychiatres, psychothérapeutes, psychomotriciennes...) depuis l'après-guerre, c'est en particulier « la grande opposition entre psychanalyse et sciences cognitives »¹¹⁹ qui fait de ce marché un marché controversé.

Cette partie entend explorer les dynamiques socio-professionnelles qui vont dans un premier temps distinguer l'enfant du groupe des enfants ordinaires, et dans un deuxième temps le conduire au diagnostic de dyspraxie éliminant de la sorte d'autres interprétations possibles du problème. Y sont dépeintes les controverses qui agitent les professionnels (à l'origine de la diversité diagnostique dans laquelle sont pris les enfants) et la façon dont elles sont structurées sur le territoire dans lequel s'est déroulé l'enquête (Chapitre 2). L'opposition franche de certains acteurs médico-psychologiques (comme les CMPP) aux nouveaux référentiels neurocognitifs a conduit à la structuration de deux circuits de prise en charge parallèle qui défendent chacun leur idée des troubles et du « soin ». En suivant, l'exploration se déplace vers les familles et sur la façon dont elles s'orientent dans ce marché professionnel clivé qu'elles méconnaissent (Chapitre 3). Les entretiens réalisés avec les parents montrent que ces derniers sont très actifs dans la recherche de sens et de solutions aux difficultés de leur enfants, et qu'ils mobilisent des

¹¹⁸ B. Lahire, *Tableaux de familles : heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*, Paris, Seuil Gallimard, 1995 ; J. Cayouette-Remblière, *L'école qui classe : 530 élèves du primaire au bac*, Paris, Presses universitaires de France, 2016 ; M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires*, op. cit. Bernard Lahire, qui, dans son ouvrage *Tableaux de famille*, étudie des trajectoires scolaires d'enfants, se revendique d'une « anthropologie de l'interdépendance », où il prend le parti de « réaliser des portraits de configurations sociales complexes qui mettent en scène des enfants au point de croisement de configurations familiales et de l'univers scolaire, le but étant de comprendre comment des résultats et des comportements scolaires singuliers ne s'expliquent que si l'on tient compte d'une situation d'ensemble comme l'interaction de réseaux d'interdépendance (familiaux ou scolaires) tramés par des formes de relations sociales plus ou moins harmonieuses ou contradictoires » (p.36). De même, M. Millet et D. Thin incitent à envisager les phénomènes « comme l'aboutissement de processus se déroulant dans une configuration de relations et de contraintes d'interdépendance concurrentielles et divergentes » (p.3).

¹¹⁹ C. Borelle, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical.*, op. cit., p. 127. Cette opposition s'est construite à partir des années 1980 avec la montée en puissance des sciences neurocognitives en France, jusqu'alors tenues à distance par les tenants d'une approche psychanalytique, entre autres. Les diagnostics infantiles tels que l'autisme et les troubles spécifiques des apprentissages cristallisent en particulier les luttes entre approches psychologiques, l'approche psychanalytique des troubles s'étant diffusée de façon privilégiée sur le terrain de l'enfance.

ressources diverses pour soutenir leur quête. Ces ressources, inégalement distribuées, participent à façonner les parcours des enfants en diversifiant les experts consultés. Ce chapitre s'intéresse aussi aux raisons mobilisées par les parents pour justifier leurs choix de prises en charge, et il ressort que les décisions s'articulent aux opportunités socio-scolaires qui accompagnent les différents diagnostics. Avant cela, le premier chapitre va chercher à décrire les différents profils d'enfants de l'enquête et leurs modes d'entrée dans un parcours « hors normes » qui mène, à terme, et plus ou moins rapidement, au diagnostic de dyspraxie (Chapitre 1). C'est à l'école que les premiers doutes émergent, où l'incertitude planant autour de la dyspraxie apparaît liée à la diversité des profils des enfants autant qu'à leur non-spécificité parmi la population d'enfants en difficulté précoce dans le cadre scolaire.

CHAPITRE 1

L'école maternelle et la désignation d'une anormalité

Cette thèse débute assez naturellement par le *commencement* : l'étude des premiers repérages des enfants comme « hors-normes », qui, en quelques mois ou plus souvent quelques années, aboutiront à ce que ces derniers soient dénommés « dyspraxiques ». Les questions qui sous-tendent ce chapitre sont simples et ouvertes : comment les enfants futur-dyspraxiques sont-ils repérés ? Qui remarque les « anomalies » ? Quand (à quel moment de la vie de l'enfant), et dans quel contexte ? Et dans quels termes sont-elles décrites ?

Il est indispensable de se pencher sur le début de la trajectoire de déviance des enfants pour, d'une part, savoir qui a l'autorité de juger de la « normalité » des enfants, et d'autre part, comprendre les raisons de leur signalement : sur quels critères, selon quels termes, à quelles fins, etc. La focale est placée sur l'école maternelle dans ce premier chapitre, du fait de son rôle déterminant dans les trajectoires d'enfants dyspraxiques : elle repère un problème et oriente les enfants vers des dispositifs divers. Cette fonction de repérage et d'orientation s'ajoute à d'autres rôles qui lui ont successivement été attribués depuis sa massification à partir des années 1960 : socialiser le petit enfant aux codes et aux valeurs de la classe dominante, le préparer aux apprentissages scolaires de l'école primaire, sécuriser sa vie affective, réduire les inégalités sociales face à l'école¹²⁰...

Les parcours ou carrières de déviance sont aussi intéressants à étudier en ce qu'ils mettent au jour des normes sociales, pas toujours explicitées par ailleurs, et parfois naturalisées. Que nous apprennent les enfants de l'enquête sur l'école ? Leur anormalité renvoie-t-elle à de nouvelles normes ou fonctions scolaires, ou à la rigidification de certaines normes ? Les attentes de l'institution ont-elles changé, rendant anormal ce qui était jusqu'alors acceptable ? En quoi les enfants dyspraxiques apparaissent-ils peu compatibles avec le fonctionnement scolaire actuel ?

¹²⁰ É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, Paris, Presses universitaires de France, 1986 ; G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université Paris Descartes, Paris, 2016 ; F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Poitiers, Poitiers, 2018.

Dans un premier temps, ce sont les différents profils de difficulté des enfants de l'enquête qui sont établis, au moyen des jugements scolaires rapportés par les parents, et par les descriptions des parents eux-mêmes. Ensuite, on tente de reconstruire, au moyen des témoignages parentaux toujours, les théories diagnostiques des enseignants à propos des difficultés des enfants. Elles ne sont pas modélisées aussi finement que si l'on avait fonctionné par entretien ou ethnographie en terrain scolaire, mais il est toutefois possible d'établir des « types » de théories diagnostique. Elles apparaissent diverses (médicalisantes, familialistes, psychologiques...), et ne recoupent pas nécessairement les profils symptomatologiques d'enfants – c'est-à-dire que des enfants manifestant des « symptômes » identiques ne sont pas forcément l'objet des mêmes interprétations enseignantes. J'ai alors cherché à comprendre ce paradoxe, en observant d'une part les profils sociodémographiques des familles¹²¹, et d'autre part, en confrontant les données de terrain aux pratiques enseignantes et institutionnelles étudiées dans la littérature sociologique.

1. AVANT L'ÉCOLE : PAS DE « PROBLÈME »

Comme dit précédemment, c'est l'école qui presque systématiquement témoigne de choses étonnantes chez l'enfant, en décalage avec ce qui est attendu à son âge. Et ce dès l'entrée en maternelle, même si le décalage peut ne devenir problématique aux yeux des enseignants que plus tard, en grande section voire au cours préparatoire (CP). Ne remarque-t-on rien chez les enfants avant leur scolarisation ? L'école est-elle un point de rupture dans la perception des comportements et aptitudes des enfants ?

Séverine : La dyspraxie en elle-même ça vient de l'école, mais moi depuis toujours je me suis dit qu'il y avait un truc qui n'allait pas avec Ugo. C'est mon premier, donc j'avais pas de moyens de comparaison, je bosse pas avec des enfants... puis j'étais la première de mes amies à faire un enfant, puisque j'ai eu Ugo à 27 ans, assez jeune. Mais après, à chaque fois que j'étais avec une amie qui avait un enfant, je me disais : « non mais c'est pas possible quand même, il y a un truc ».

Marlène : Si, il y avait eu des choses [avant l'entrée à l'école], maintenant je recolle des petits morceaux. C'est un enfant qui a marché très tard, une semaine avant ses deux ans. Avant ça, il se mettait debout. Je me disais : « il va bien marcher un jour ou l'autre ». Ça ne m'a pas inquiétée, pas moi, pas forcément. (...) Je n'ai pas entamé de démarche à ce moment-là, pas du tout. Faut dire qu'il a parlé avant de marcher ça c'est sûr, il a parlé très tôt. Il a fait des petites phrases à 16 mois déjà. Et il a parlé bien tout de suite. Après, il y a des choses par rapport à la dyspraxie... il a mis du temps à monter les escaliers, à les descendre en alternant les jambes mais comme il avait marché tard, tout devait se faire en décalé pour moi.

Béatrice : Quand il était petit, on ne s'est pas inquiétés, non. (...) Pourtant maintenant je me rends compte que quand il est né, il était déjà dyspraxique. Il ne savait pas téter, il ne savait pas déglutir... il a toujours eu des problèmes... depuis le début.

En entretien, les parents disent régulièrement avoir repéré des « choses » quand je leur demande quels ont été les premiers signaux de la dyspraxie. « *Nous au départ, on ne nous l'a pas dit, on savait déjà*

¹²¹ Tant les travaux sociologiques ont mis en avant le caractère différenciateur de l'origine sociale dans le traitement scolaire des enfants.

que... on voyait bien que... parce qu'on l'observait. Après ça nous a été confirmé à la maternelle » (Bruno). « On voyait bien que » revient souvent dans la bouche des parents. « On voyait bien que » l'enfant était agité et ne faisait pas ses nuits, il a marché tard et de façon maladroit, elle n'était pas tonique, il ne parvenait pas à manger seul, il était incompréhensible quand il parlait... Certains comportements ou incapacités les étonnent et les questionnent, en particulier ce qui a trait à la marche et au langage¹²². D'autres choses peuvent les interpeller : un enfant maladroit, qui tombe souvent, se fait mal, ou bien un enfant « hypotonique » (il ne parvient pas à tenir assis, à prendre son biberon, à manger seul avec sa cuillère...), « *excessivement prudent dans ses gestes* », qui dort énormément ou à l'inverse très peu, qui est « *toujours très speed* », etc... Certains parents ont l'impression d'une lenteur globale dans le développement de l'enfant, où celui-ci parvient à tout faire, mais un peu plus tard que les autres.

Si toutes ces descriptions apparaissent aujourd'hui comme les premiers signaux de la dyspraxie, pour la plupart des parents, sur le moment, ces retards ou étrangetés restent dans le domaine du « normal », et ils imaginent que cela se résorbera avec le temps. Ils ne conçoivent pas ces manières d'être et de faire comme s'écartant significativement de la norme, encore moins comme relevant du domaine du pathologique. « *Je me disais que mon Ugo il était comme ça c'est tout. (...) C'était un peu le Pierre Richard de la famille* » (Séverine). « *Non, avant d'avoir ces remarques de l'école, je ne m'étais aperçue de rien. Elle n'était pas à la crèche c'est moi qui la gardait. Bon, on voyait bien qu'elle était un peu maladroit, qu'elle tombait souvent, qu'elle parlait pas, mais...* » (Carole). C'est donc une reconstruction *a posteriori*, par les parents et les médecins que de les considérer comme les premiers signes de la dyspraxie. Aujourd'hui, les parents estiment qu'ils n'étaient pas en mesure d'évaluer les capacités de l'enfant : c'est leur premier enfant « donc ils ne savaient pas »¹²³, ils soulignent aussi le fait qu'ils ne travaillent pas avec des enfants, sont les premiers de leur entourage proche à avoir fait des enfants, etc. Ils n'auraient alors pas en tête une norme clairement définie du développement du petit enfant à laquelle ils pourraient comparer le leur. Mais les parents ayant eu avant un autre enfant n'ont pas été plus alertés que les autres, pas même les mères travaillant dans un milieu médical ou éducatif – on pense à Béatrice (enseignante et ancienne éducatrice de jeunes enfants), Édith (infirmière) ou encore Marie (éducatrice spécialisée dans un centre pour enfants handicapés)¹²⁴.

Ne concevant pas encore le développement de leur enfant comme « anormal », les parents ne sollicitent aucune aide professionnelle pour s'occuper de l'enfant ni même pour « tester ». D'autant plus

¹²² Sept enfants ont été décrits en retard sur le langage : certains ne parlent quasiment pas à l'entrée à l'école, d'autres présentent des problèmes d'élocution ou de bégaiement. Dix enfants ont été identifiés par leurs parents comme en retard sur la marche (acquise entre 18 et 24 mois). D'autres parents témoignent d'une marche mal maîtrisée, avec des enfants qui tombent souvent ou ont une démarche dite « bancal » ou « maladroit ».

¹²³ Quatorze des enfants de l'enquête – soit la moitié – sont les aînés ou enfants uniques.

¹²⁴ « *A 2 ans, il avait un petit bureau mais il ne dessinait jamais... alors ça on l'a complètement zappé ! Pourtant ça aurait dû me faire 'tilt' en tant qu'enseignante et ancienne éduc* » (Béatrice, professeure des écoles). « *Moi c'est vrai que je bosse avec des enfants handicapés, notamment des autistes et des enfants psychotiques, mais je trouvais qu'Antoine avait pas du tout le profil ! enfin ça n'a rien à voir...* » (Marie, éducatrice spécialisée). Seule Édith (infirmière) s'est appuyée sur sa pratique professionnelle pour détecter les problèmes d'audition de son fils (qu'elle soupçonnait du fait de sa très mauvaise prononciation).

que l'enfant leur semble tout à fait gérable en famille¹²⁵. Par exemple, alors que Justine bébé est décrite par sa mère comme « *molle* », « *peu tonique* », qu'elle ne marche qu'à deux ans, entend mal (elle fait des otites sévères à répétition), présente un strabisme, bave beaucoup, déglutit mal, est très lente pour s'habiller... elle est aussi considérée comme allant « *super bien* » par ailleurs. Mises bout à bout, plusieurs caractéristiques de l'enfant apparaissent rétrospectivement comme anormales et convergentes vers une même pathologie, suivant ce qu'Erving Goffman a pu qualifier d'« illusion rétrospective »¹²⁶. Mais sur le moment, elles ne sont pas mises en relation (il n'y a pas de continuum évident entre les différents « problèmes »), semblent peu caractéristiques, et ne concernent rien qui ne puisse se rattraper avec le temps, imagine-t-on. Certains traits disparaissant au fil des mois (un enfant qui se met à marcher, améliore sa prononciation...), les parents peuvent penser qu'en laissant faire, la situation de l'enfant s'améliorera d'elle-même. « *Une fois qu'il a marché, nos soucis se sont un peu évaporés !* » (Béatrice, mère de Paul). Ce sont aussi leurs proches et les premiers professionnels de l'enfance – pédiatres, « nounous », personnel de crèche¹²⁷ – qui se chargent de les rassurer lorsque les parents se posent des questions. « *Jusqu'à 3 ans, il [le pédiatre] m'avait dit que c'était normal* », raconte Séverine comme pour justifier son inaction passée lorsqu'Ugo rentre à l'école à 2 ans ½ sans quasiment savoir parler. Pourtant, les professionnels de la petite enfance ont davantage de repères que les parents pour situer les attitudes et les capacités des enfants, motrices, langagières et de sociabilité (nouveau domaine de mesure qui émerge au moment de l'entrée en collectivité). Mais le discours général qui se dégage de ces structures semble être celui de l'attente et de l'apaisement, ce qui peut s'interpréter par deux hypothèses, non exclusives : l'une est bien sûr que les décalages de l'enfant sont à ce stade peu significatifs, pour les experts « généralistes »¹²⁸ de la petite enfance autant que pour les parents et leurs proches ; l'autre hypothèse fait de la tempérance des professionnels la résultante d'une idéologie professionnelle parfois qualifiée d'« attentiste » par les sociologues¹²⁹, adossée à l'idée du respect du rythme naturel de l'enfant, héritée de la psychopédagogie : certes l'enfant est pataud, agité, ou agressif en collectivité, mais il faut lui « laisser le temps », le temps de grandir, mûrir, s'adapter aux règles de groupe et au contact avec ses pairs.

¹²⁵ Mise à part Alice, qui exaspère ses parents par son agitation et son incapacité à s'occuper seule plus de quelques minutes.

¹²⁶ E. Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968. E. Goffman développe cette notion pour expliquer la façon dont les individus internés pour maladie mentale reconstruisent leur passé afin que leur internement apparaisse comme la seule solution envisageable. Dans le cas de l'enquête doctorale, ce sont les parents qui reconstruisent le passé et l'histoire clinique de leur enfant de sorte à donner une cohérence au trouble cognitif développemental.

¹²⁷ Seize enfants sont inscrits en crèche avant de rentrer à l'école. Les autres sont gardés par une assistante maternelle (huit), ou bien par leurs parents ou des connaissances à eux (six). Si les personnels de crèche ont pu soupçonner quelque chose chez les enfants de l'enquête, ce n'est pas le cas des assistantes maternelles : elles ne partagent pas d'inquiétudes avec les parents.

¹²⁸ Généralistes en ce qu'ils reçoivent les enfants « tout-venant » (sans sélection préalable) et ne sont pas spécialisés sur des publics enfantins spécifiques.

¹²⁹ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit.

Ainsi, jusqu'à l'entrée à l'école il ne se passe pas « rien »¹³⁰, mais il n'y a pas encore de « problème ». C'est en ce sens que l'entrée à l'école va marquer une rupture dans les trajectoires d'enfants, certaines de leurs caractéristiques changeant de statut : elles passent de retard anodin et rattrapable, ou de simple trait de personnalité, à un symptôme d'« anormalité » sur lequel il faut agir. En des termes plus goffmaniens, les caractéristiques signalées des enfants assument désormais la fonction de stigmat, c'est-à-dire qu'elles deviennent des « signes » visuels marquants et identifiant les individus comme « problématiques »¹³¹. Le décalage de l'enfant avec les autres apparaît clairement aux yeux des enseignants dans les parcours étudiés. Le déroulé du processus de repérage par l'école maternelle peut cependant varier d'un enfant à l'autre : pour certains, l'inquiétude des enseignants se consolide au fil des années (par exemple, celle de petite section souligne des comportements décalés mais ce n'est que celle de moyenne ou grande section qui propose une intervention extérieure¹³²), quand pour d'autres, elle est immédiate, dès les premiers jours passés en petite section. Pour les parents, le « dévoilement »¹³³ du problème de l'enfant peut alors être très progressif comme brutal.

Plusieurs qualificatifs sont donnés aux enfants par les enseignants – et à leur suite d'autres professionnels de l'enfance – et ce sont bien ceux-là qu'il m'intéresse d'examiner ici. On observe des récurrences comme une certaine diversité dans les descriptions des enfants produites par l'école et rapportées par les parents. Au final, en maternelle, les enfants de l'enquête sont identifiés comme problématiques selon quatre ordres de jugement : un manque d'autonomie ou « retard global » (découlant d'une apathie motrice principalement), des difficultés relationnelles (en particulier avec les autres enfants), une agitation démesurée, et un mauvais graphisme. Chaque enfant de l'enquête est défini plus ou moins fortement par une ou plusieurs de ces caractéristiques durant son passage à la maternelle – ce qui peut évoluer par la suite. Il ne s'agit pas tant ici d'objectiver les (in)capacités et les façons d'être des enfants afin de définir au mieux la dyspraxie, mais de relever ce qui pose problème aux institutions pour comprendre comment se construit une pathologie au cœur de « l'appareil de traitement »¹³⁴ de l'enfance en difficulté.

¹³⁰ Quoique pour quatre enfants tout de même (Léa, Gaël, Mathis, Nino), les parents ne relatent aucun signe étrange précoce, même rétrospectivement.

¹³¹ E. Goffman, *Stigmat. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975.

¹³² On pense par exemple à Nino dont le statut passe progressivement de « garçon de fin d'année » (au retard jugé normal du fait de son jeune âge) à celui de « problématique ».

¹³³ S. Ebersold, *Parents, professionnels face au dévoilement du handicap : Dires et regards*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2007.

¹³⁴ J.-C. Chamboredon, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », art cit. L'appareil de traitement regroupe tous les agents participant de du repérage et du traitement d'un problème.

2. « MOU », « ÉTRANGE » OU « SPEED » : DES ENFANTS AUX COMPORTEMENTS PEU ADAPTÉS

2.1. L'« enfant mou » ou l'autonomie impossible

La moitié des enfants dyspraxiques de l'enquête (quatorze) est décrite par l'école comme en « retard global » lors de leur scolarisation en maternelle. Les retards sont remarqués sur un ensemble de compétences des enfants, leur développement moteur tardif étant particulièrement souligné.

Séverine : En fait le déclic ça a été quand en décembre de la moyenne section... En petite section, il y avait vraiment des problèmes, il ne savait pas coller des gommettes, tout ce qui est vraiment motricité fine c'était... il ne savait rien faire, découper et tout... encore maintenant pratiquement. Il ne dessinait absolument pas. (...) Le langage aussi il y avait beaucoup de retard. En fait, il a toujours eu du retard sur tout, mais à chaque fois on me disait : « c'est normal, il est de fin d'année ».

Virginie : En grande section de maternelle, Rémi n'écrit pas du tout. Mais même, au-delà de ça, il ne fait pas d'activité motrice. Aucune. Marcher sur une poutre, lancer un ballon, l'attraper... les choses basiques... rien, rien, rien ! Tenir un crayon, dessiner, mettre des points dans un triangle, il n'y arrivait pas, il mettait les points à côté. Et là, en grande section, la maitresse me dit « non mais c'est pas possible, ok il y a la vue [Rémi se fait détecter de forts problèmes visuels à 2 ans] mais il y a autre chose qui ne va pas ».

Les enfants sont vus comme en décalage avec les autres enfants dans l'ensemble des activités scolaires, sur les temps de classe comme de récréation : leurs déplacements (courir, s'asseoir...), la façon dont ils manipulent les outils scolaires (crayons, gommettes, ciseaux...) ou récréatifs (le ballon en particulier), la manière dont ils mangent... Les parents rapportent des commentaires enseignants d'abord ponctuels, sur des choses éparées : « *il ne sait pas mettre son manteau* », « *il ne tient pas assis sur sa chaise* », « *il ne parvient pas à découper des formes* »... puis peu à peu, ces observations semblent mises en cohérence et structurées par les enseignants, qui produisent alors des profils d'enfants déviants : ils parlent de « difficultés motrices » (on commence même à distinguer la motricité fine de la globale), d'un « *enfant qui n'habite pas son corps* », « *pas autonome* », « *en retrait au niveau des activités physiques* », « *pas manuel* »... jusqu'au commentaire très scolaire : « *il n'est pas dans une posture d'élève* ».

Ces enfants « mous » ou « apathiques » s'apparentent aux enfants « perturbateurs » tels qu'ils sont dépeints par F. Petit-Ballager, à « l'enfant délaissé » décrit par D. Serre ou encore aux enfants peu autonomes décrits par H. Durler¹³⁵, en ce qu'ils sont l'objet des mêmes plaintes enseignantes : des corps passifs et dépendants, des enfants qui n'ont pas développé des habiletés nécessaires à la réalisation des

¹³⁵ D. Serre, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, 1998, 31, 1, p. 107-127 ; F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile : de l'aide préventive à la gestion précautionneuse », *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 2009, 8, p. 229-243 ; H. Durler, *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.

tâches scolaires (des « compétences d'élèves »), dont l'école déplore le « manque d'autonomie, c'est-à-dire [leur] incapacité à répondre[nt] seul[s] aux exigences de l'école »¹³⁶. Ugo ne parvient pas à enfiler son manteau avant de sortir, Nino ne tient pas assis sur sa chaise, Nathan est lent dans toutes les activités, Justine regarde l'enseignante avec de grands yeux vides, en bavant... Les enseignants doivent sans cesse être derrière eux pour les habiller, les asseoir comme il le faut, leur rappeler les consignes, leur montrer comment faire les gestes que les autres enfants parviennent à faire seuls. Ce sont des élèves qui « accaparent toute l'attention du maître pour des résultats jugés médiocres »¹³⁷, des élèves peu rentables en somme pour l'enseignant, qui alourdissent son travail. Avec le processus de scolarisation de l'école maternelle à partir des années 1980, l'autonomie (psychomotrice, cognitive et politique), observe H. Durler, est devenue une exigence de l'institution vis-à-vis des élèves autant qu'un apprentissage à dispenser¹³⁸ : elle devient un prérequis nécessaire pour que l'institution puisse remplir ses missions de transmissions de savoir-faire scolaires élaborés. En conséquence, les manières d'être encore « bébé » de certains enfants, passives ou peu dégourdis deviennent moins bien acceptées, et, nous le verrons, plus vite pathologisées.

M. Millet et D. Thin constatent au cours d'une enquête sur les ruptures scolaires que les enseignants ne sont pas seulement dérangés par le non-respect des règles scolaires, mais aussi par des pratiques ou des comportements qui bafouent les codes de conduite auxquelles ils sont attachés. Les pratiques des élèves s'écartent parfois si fortement de leur propre *hexis* qu'elles constituent une véritable agression morale pour les enseignants¹³⁹. L'enfant apathique, « avachi », gêne davantage que celui qui s'agite (qui lui pourtant entrave l'activité pédagogique générale), tant la mollesse est associée à une sorte de dépravation ou de relâchement physique et moral (par une absence de volonté et de motivation). L'apathie physique peut aussi alerter l'école en ce qu'elle laisse imaginer une apathie mentale, surtout si le langage est peu développé. Quelques enseignants suspectent l'enfant de « ne pas comprendre » quand on lui parle. Leur lenteur et la mollesse couplée à certains signes physiques (un regard vide, un enfant qui bave), deviennent pour l'enseignant des possibles stigmates d'un retard mental.

Ce sont aussi les difficultés de langage lorsqu'il y en a qui sont vite repérées, dès la petite section. Si l'enfant bégaie ou est peu compréhensible, plus encore s'il ne parle presque pas à son arrivée à l'école, il est rapidement orienté vers une orthophoniste et/ou un Oto-Rhino-Laryngologue (ORL)¹⁴⁰. A l'inverse, un langage élaboré peut un temps différer le repérage des autres difficultés, l'enfant étant perçu comme à

¹³⁶ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit, p. 233.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ H. Durler, *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école*, op. cit. On peut sur ces thématiques citer les travaux antérieurs de Bernard Lahire : B. Lahire, « La construction de l'"autonomie" à l'école primaire : entre savoirs et pouvoirs », *Revue française de pédagogie*, 2001, 135, 1, p. 151-161.

¹³⁹ M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires*, op. cit.

¹⁴⁰ L'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) est la spécialité médico-chirurgicale consacrée aux anomalies de l'oreille, du nez et des sinus, de la gorge et du cou. Les médecins ORL s'intéressent entre autres choses à l'ouïe et à la voix, à la communication et à l'expression verbale.

l'heure voire en avance sur son âge – Matéo, Nino ou encore Gaël impressionnent dans un premier temps positivement leur enseignant avant de faire l'objet d'inquiétudes¹⁴¹. Ces expériences sont à mettre en lien avec l'importance centrale accordée au langage oral à l'école maternelle, « non pas un domaine parmi d'autres mais ce qui, entre tous, fait le lien et le fondement sur lequel s'édifient tous les apprentissages »¹⁴². Le langage est devenu « une question scolaire importante, prioritaire, préoccupante » et « les normes langagières [en vigueur dans les couches intellectuelles cultivées] se sont petit à petit inscrites dans le curriculum formel [de l'école maternelle], pour y occuper une place de premier plan au début du XXI^e siècle »¹⁴³. L'école attend des enfants en maternelle un usage littéracié du langage¹⁴⁴ (oral scriptural, forgé dans et par la culture écrite), qui ne permet pas seulement de communiquer avec autrui (fonction pratique et utilitaire) mais qui nourrit un rapport au monde distancié et réflexif : c'est un langage instruit, qui interroge spontanément le monde qui l'entoure sur un mode cultivé. Un enfant parlant peu, mal ou de façon peu élaborée se trouve vite en position dominée dans l'espace scolaire et aura des chances importantes d'être qualifié « en difficulté ».

A côté du langage et de la motricité, les capacités relationnelles de l'enfant sont également observées : la façon dont il communique avec les autres enfants et les adultes, sa place dans le groupe, sa façon d'être en collectivité... l'intégration et la sociabilité sont des compétences jaugées pour la première fois pour les enfants qui ne sont pas allés à la crèche, contrairement au développement moteur et langagier qui est en partie estimé par les parents, au travers de la marche et de la parole. Rapidement, les problèmes dans ce domaine-là préoccupent les enseignants.

2.2. L'« enfant étrange » : une participation inadaptée

Franck inquiète rapidement son enseignante de petite section maternelle, qui le trouverait trop « dans sa bulle » :

¹⁴¹ C'est l'enseignante de moyenne section de Nino qui est la première à remarquer un décalage. « Avant, on n'avait rien remarqué du tout », témoigne Annabelle, sa mère. Ni la famille, ni la nounou qui le gardait avant l'école. Nino parle très tôt et très bien, ce qui selon Annabelle a pu « masquer ses autres difficultés » : « tout le monde nous disait qu'il était intelligent cet enfant ! » Les mères de Matéo et de Gaël rapportent aussi des compliments réguliers sur l'intelligence de l'enfant, du fait d'un langage riche et de réflexions élaborées.

¹⁴² Cet extrait est issu d'une circulaire du Ministère de l'Éducation Nationale datant de 1999 que G. Leroy cite dans sa thèse. G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, op. cit., p. 65. L'auteur a collecté par ailleurs plusieurs textes qui dès les années 1990 affirment que mettre « l'oral au centre des objectifs de la maternelle vise à armer les élèves pour le reste de leur scolarité, et du même coup, réduire les inégalités scolaires » (p.65).

¹⁴³ F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit., p. 167.

¹⁴⁴ Ce modèle linguistique qui s'impose dans l'école maternelle à partir des années 1980 prône « une maîtrise symbolique précoce. C'est un arbitraire culturel et un discours de domination : domination des enseignantes, qui partagent les croyances sous-tendues par ces principes, mais doivent faire face aux tensions irréductibles de la mise en œuvre ; domination des enfants non conformes au « client idéal » construit sur le modèle de l'enfant bourgeois (Becker, 1997/1952) » *Ibid.*, p. 168. Voir aussi sur ces thèmes É. Bautier, « Quand le discours pédagogique entrave la construction des usages littéraciés du langage », *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, 2009, 143-144, p. 11-26.

Véronique : C'est en petite section de maternelle, c'est la maîtresse qui nous a convoqués en nous disant que Franck avait une attitude... que ce petit était vraiment... il se coupait du monde. Il se mettait en position fœtale quand elle leur racontait des histoires, et il avait beaucoup de mal à se plier aux contraintes. En plus, il parlait très peu. Il se coupait de plus en plus du monde, il se... vraiment il... Moi j'avais regardé sur internet, et je me disais : « notre fils il est en train de virer autiste ». Donc moi ce que je cherchais, c'est comment un enfant qui n'était pas né autiste pouvait le devenir. (...) Franck il n'était pas du tout agressif ou bagarreur, c'était un enfant d'une passivité incroyable. Il n'exprimait pas de joie, ni de craintes, ni de rien... on ne savait jamais rien par lui. On lui disait : « Tu vas là », et il y allait. Il était très docile hein.

Franck investit peu les relations avec les autres enfants, ni même avec les adultes. Comme lui, sept autres enfants sont dits « isolés », « repliés sur eux-mêmes » voire « prostrés » (Émilio, Adrien, Sofiane, Loïc, Simon, Antoine, Justine)¹⁴⁵. Sofiane, comme Franck, « communique peu » en maternelle et « ne participe pas ».

Isabelle : Il ne participait pas. Mais rien. Il avait juste un copain qui le défendait un peu mais sinon, il était seul. En première année de maternelle déjà ils l'ont trouvé bizarre, ils ont même parlé d'école spécialisée. A la maison c'était pareil, il ne s'intéressait à rien. Je le posais devant les jeux, il les regardait, mais il ne touchait jamais. (...) Il dormait éééénormément. Genre il fait la sieste, je le réveille pour le goûter, et en mangeant le goûter il s'endormait quoi ! Donc je le remettais à la sieste... et après il faisait des grandes nuits. Là, ça m'inquiétait un peu, je me disais : « c'est trop, il ne fait rien ». Ça c'était avant l'école. Je trouvais qu'il ne se développait pas, puis du coup tu ne peux pas jouer avec lui. Les choses que je faisais avec sa sœur, je ne pouvais pas les faire avec lui.

Sofiane est dit très passif, à la maison comme à l'école. Ces enfants apparaissent en retrait des activités et interactions sociales et dérogent en cela à un deuxième critère central du jugement enseignant au côté de l'autonomie : la participation¹⁴⁶. « Ce que l'institutrice désigne par le terme de "participation", c'est une prise de parole ou une gestuelle valorisées parce qu'elles manifestent l'intégration des règles du jeu scolaire, par opposition d'une part à une activité jugée désordonnée, et d'autre part à ce qui est perçu comme signe d'incapacité, de passivité ou de désintérêt »¹⁴⁷. Ces enfants se rapprochent ici d'une autre sous-catégorie des « enfants difficiles » construite par Petit-Ballager : celle de « l'enfant perturbé »¹⁴⁸, qu'elle définit comme un élève solitaire, isolé, rejeté parfois, aux « comportements éloignés des demandes scolaires » et dont on dit parfois qu'il est « imprévisible » et « inexpressif ». Le « bébé superbe » attendu par les professionnels de la petite enfance est un enfant qui bouge sans gêner, qui est curieux, écoute, sourit, interagit : les professionnels doivent y voir une envie de communiquer, une ouverture à l'autre et au

¹⁴⁵ Léa et Justine seront aussi suspectées d'inadaptation comportementale et relationnelle mais plus tardivement, et à l'initiative de leur famille

¹⁴⁶ D. Serre, « Le bébé "superbe" », art cit ; L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », *Revue française de pédagogie*, 1997, 119, 1, p. 39-46 ; M. Darmon, « La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle », *Sociétés & Représentations*, 2001, 11, p. 515-538.

¹⁴⁷ M. Darmon, « La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle », art cit, p. 519.

¹⁴⁸ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit. On y retrouve également les descriptions de l'« enfant replié » faite par Delphine Serre.

monde¹⁴⁹. Ces « enfants étranges »¹⁵⁰ montrent tout l'inverse. Comme les « enfants mous » (un même enfant peut d'ailleurs incarner les deux figures), ceux-là ne perturbent donc pas l'école par leur opposition aux règles scolaires (étant décrits souvent même comme plutôt dociles) ou parce qu'ils empêchent le déroulé général des activités, puisqu'ils peuvent tout à fait se faire oublier dans un coin de la classe. Mais ils mettent en échec les enseignants qui ne parviennent pas à les faire participer aux activités, à les faire réussir. D'après une enquête quantitative menée par L. Thouroude auprès d'enseignants de maternelle, le « repli sur soi » d'un enfant est, après l'« agressivité », le signe le plus marquant d'une inadaptation scolaire¹⁵¹.

Si certains ne participent pas, d'autres participent « mal » et apparaissent tôt comme dérogeant aux codes sociaux ordinaires des interactions. Loïc est dès la crèche décrit par les professionnels comme « *prostré, dans son coin* », « *à la limite des comportements autistiques* », ayant « *du mal à intégrer l'autre et à le comprendre. (...) Disons qu'il a toujours eu des comportements atypiques, on nous l'a toujours renvoyé, il était soit trop soit pas assez* » (Benoît, père de Loïc). Loïc est « *trop ou pas assez* », « *toujours un peu en décalage dans ses réactions, dans son humour* », ayant « *des attitudes inappropriées en société* ». Il peut se montrer très possessif avec un enfant et le « *coller* » jusqu'à ce que ce dernier se plaigne à l'enseignante, fuir tout contact physique à d'autres moments, déverser des torrents d'insultes sur une personne, être en suivant très affectueux... Émilio, lui, « *a des activités répétitives bizarres, comme dessiner des ronds en escargots en remplissant des pages et des pages, faire tourner une roue pendant des heures ou casser des cailloux* » ; Justine « *a toujours eu ce manque d'inhibition de... elle met les doigts dans son nez, elle mange la bouche ouverte... à 5 ans elle avait passé toute la représentation de théâtre la main dans sa culotte à se gratter la fofoune. La honte (rire)* ». Quelques enfants ont aussi pu être décrits comme agressifs avec leurs pairs à l'entrée en maternelle, tout en développant par ailleurs des attitudes de retrait et d'apathie : Simon, Chloé, Loïc et Justine sont aussi remarqués parce qu'ils « *tape[nt]* », « *distribue[nt] des baffes* », sont « *violents* »¹⁵².

Six des enfants de l'enquête sont soupçonnés d'autisme ou d'un Trouble envahissant du développement (TED) par l'enseignant ou un autre professionnel (trois seulement feront le test, un seul TED sera avéré). En grandissant, les remarques sur les sociabilités inadaptées disparaissent, ce qui m'amène à deux hypothèses : la première est que les termes d'une sociabilité et d'une participation adaptées résultent d'un apprentissage, à rebours de la lecture pathologisante précoce qui en est faite, et deuxièmement, que les attentes sociales évoluent avec l'âge des individus et que les capacités expressives ne sont plus un critère central du jugement de l'enfant plus grand ou de l'adolescent. Tandis qu'à l'école

¹⁴⁹ D. Serre, « Le bébé "superbe" », art cit.

¹⁵⁰ Les termes « étrange », « bizarre », ou encore « étonnant » sont les termes mobilisés par les parents, qui semblent être construits à la croisée de leurs observations propres et des retours des enseignants. En effet, dans plusieurs cas l'étrangeté de l'enfant semble résider dans les décalages d'attitude qu'il donne à voir entre la sphère domestique et celle scolaire.

¹⁵¹ L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit.

¹⁵² Ces retours enseignants disparaissent toutefois après les premiers mois de scolarisation.

maternelle, les qualités expressives des enfants sont des valeurs au fondement de l'institution telle qu'on la connaît aujourd'hui : quand elle se massifie dans les années 1960, la participation de l'enfant et ses qualités expressives sont pensées comme le reflet de son être même, de sa nature.

C'est Eric Plaisance, Jean-Claude Chamboredon et Jean Prévot¹⁵³ qui décrivent les premiers cette évolution historique de l'école maternelle qui, à partir des années 1970, avec l'évolution du public pris en charge¹⁵⁴, fait évoluer ses fonctions. Alors que dans l'après-guerre, les enseignants cherchent à produire un enfant discipliné, obéissant et apte à se confronter aux apprentissages scolaires (grâce à la maîtrise d'un langage correct, de doigts assez habiles pour manipuler le stylo...), dans les années 1970, E. Plaisance observe une régression des exercices de type scolaire au profit d'activités à fonction expressive : on cherche à développer l'individualité et le sens créatif de l'enfant. Plutôt que de le contraindre à respecter un cadre imposé de l'extérieur par l'institution, on valorise sa liberté en lui demandant « d'être soi », de « se comporter selon sa nature »¹⁵⁵, car ses inclinations spontanées lui permettront de franchir les différentes étapes du développement « normal » qui l'amèneront vers l'âge adulte. La participation de l'enfant est ainsi au cœur du modèle d'expressivité porté par l'école maternelle dans les années 1970-1980 et une compétence à développer en priorité. L'enfant en retrait, qui parle peu, se « replie » sur lui-même et n'investit pas le dessin est alors aux antipodes des attentes de l'école maternelle, puisque c'est un enfant qui ne s'exprime pas, paraît sans personnalité propre, et donc pas ou sous-développé. Des travaux sociologiques plus récents sur l'école maternelle¹⁵⁶ montrent que ce modèle expressif n'est plus dominant, au profit d'une rescolarisation de l'institution dès le milieu des années 1980¹⁵⁷. Ils parlent également d'une superposition des modèles, un nouveau paradigme n'en chassant jamais tout à fait un autre. Ici, la pathologisation précoce des enfants par les enseignants ou du moins leur alarmisme concernant leur

¹⁵³ J.-C. Chamboredon et J. Prévot, « Le "métier d'enfant". Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle », *Revue Française de Sociologie*, 1973, 14, 3, p. 295 ; É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, *op. cit.*

¹⁵⁴ Alors que l'école maternelle est d'abord créée pour accueillir les enfants des classes populaires dont les mères travaillent (ce qui est moins fréquents dans les classes aisées au sortir de la guerre), elle est peu à peu investie par les familles des classes moyennes et supérieures. Ces dernières parviendront à y faire entrer leurs exigences en termes d'éducation et l'école des tout-petits perdra peu à peu sa fonction disciplinaire et de gardiennage. É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, *op. cit.* « les définitions sociales de l'enfance établies dans les fractions hautes de l'espace social vont pénétrer dans un projet d'éducation collective des jeunes enfants du peuple : la discipline collective et totale s'exerçant sur les corps et les paroles va céder le pas à une discipline libérale, soucieuse des individus, visant l'éducation d'un futur écolier raisonnable, citoyen de la République ». F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, *op. cit.*, p. 88.

¹⁵⁵ J.-C. Chamboredon et J. Prévot, « Le "métier d'enfant" », *art cit.*, p. 322.

¹⁵⁶ H. Durler, *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école*, *op. cit.* ; G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, *op. cit.* ; M. Millet et J.-C. Croizet, *L'école des incapables ? La maternelle, un apprentissage de la domination*, Paris, La Dispute, 2016 ; F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, *op. cit.*

¹⁵⁷ F. Montmasson-Michel parle de la domination progressive d'un modèle didactique plutôt que scolaire, afin de différencier ce processus récent de la scolarisation de la petite enfance dans les années 1920-1930, où l'on avait avant tout cherché à discipliner ces corps. La maternelle dans son modèle didactique veut d'abord faire maîtriser aux enfants le « langage » de l'école dans toutes ces composantes : dans ses dimensions esthétiques et normatives autant que pratiques, l'omniprésence de l'écrit... » F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, *op. cit.*

participation inadaptée (apathie, relationnel inadapté) laisse penser que les valeurs expressives sont toujours des domaines jaugés par l'institution pour penser et classer les enfants.

Ainsi, une vingtaine d'enfants de l'enquête sur les trente sont décrits en maternelle comme globalement en retard, peu autonomes, voire en marge socialement du groupe classe. D'autres, de façon surprenante – car d'une même pathologie, on s'attend à ce que les individus présentent des « symptômes » semblables – sont à l'inverse dits agités, plus proches des profils d'enfants hyperactifs. C'est une autre figure de l'inadaptation comportementale qu'ils incarnent.

2.3. Une agitation démesurée

Cinq des enfants de l'enquête sont décrits comme très « *speed* », dès tout petits, par leurs parents. Cette agitation les alerte et prend le pas sur d'éventuelles autres difficultés (maladresse, « dessin pauvre »...). Bien avant l'entrée à l'école, les parents se questionnent sur le comportement de leur enfant, ou plutôt se disent mis en difficulté : ils trouvent compliquée la gestion de l'enfant au quotidien.

Karine : « En fait c'est une enfant qui a toujours été un peu difficile. Depuis la naissance. Elle pleurait souvent, elle était hyperactive... c'était très très difficile. Elle était toujours speed, il fallait toujours être derrière elle, toujours l'occuper. »

Alice dort peu, elle est « *toujours en mouvement* », et a un caractère plutôt colérique : si elle n'est pas occupée, elle devient pénible et fait des « *crises* ». Comme Karine, les autres parents se sentent épuisés par leur « *enfant qui ne s'arrête jamais* », et qui ne dort pas beaucoup. Et tous trouvent compliqué de repérer « *le moment où c'est trop* », où l'agitation de l'enfant est au-delà du « normal » et nécessite une prise en charge spécifique. « *Parce que les troubles de l'attention, même s'il y a des signes avant, ça ne se voit pas forcément dans les apprentissages, puisqu'on n'apprend pas... tous les enfants ont du mal à se concentrer, à être attentifs quand ils sont petits* » (mère de Samuel). C'est alors l'école qui pose l'agitation de l'enfant comme anormale. Ils sont dits ingérables en classe et prennent beaucoup de temps et d'énergie aux enseignants – plus qu'ils n'en ont à consacrer à un seul élève. Surtout si l'enfant fait des « crises »¹⁵⁸, comme c'est le cas de Samuel, qui finira par être diagnostiqué hyperactif en CE2 à 8 ans. L'agitation de Lucas, Oscar et Matéo est également saillante lors des premières années, et constituera un motif majeur de consultation. Pourtant, dès l'entrée à l'école primaire, les enseignants n'en parleront plus : l'enfant s'est calmé¹⁵⁹. Les premiers signes préoccupants relevés chez l'enfant ne sont ainsi pas forcément ceux qui

¹⁵⁸ Durant ses crises, Samuel crie, jette ses affaires, casse ce qu'il a autour de lui (il a récemment cassé la tuyauterie chez sa mère), se roule par terre... Ses crises sont régulières et interviennent à l'école comme dans sa vie domestique ou ses loisirs.

¹⁵⁹ En revanche, à partir du primaire, une majorité des enfants de l'enquête est diagnostiquée en déficit quant à leurs capacités d'attention et de concentration. Ce déplacement du regard de comportements observables (l'agitation, l'apathie) vers des compétences cognitives non directement observables résulte de l'intervention de professionnels spécialistes de la cognition.

persistent par la suite. L'enfant évolue en grandissant, les attentes institutionnelles également avec les années, déplaçant progressivement leur regard sur de nouveaux domaines de compétences de l'enfant. Les enfants seront par exemple de plus en plus attendus sur leurs productions scolaires, comme nous le verrons au point 3.

Alice fait ici figure d'exception en ce que l'école ne signale aucune agitation spécifique et compromettante pour l'enfant, même lorsque sa mère vient s'en inquiéter. L'enfant est même valorisée par ses enseignantes car elle rentre dans les apprentissages de façon brillante, apprenant à lire dès la grande section de maternelle. Il n'y a donc pas dans son cas déviance scolaire, et parallèlement on observe que la procédure diagnostique est déclenchée plus tardivement que pour ses congénères (Karine va consulter une neuropsychologue de sa propre initiative lorsqu'Alice est en CP) : l'institution scolaire joue donc un rôle prépondérant par ses jugements dans le processus de pathologisation des enfants.

Conclusion intermédiaire

Après un premier aperçu des premiers signes repérés comme inquiétants chez les enfants de l'enquête, il est possible de formuler quelques conclusions intermédiaires. D'abord les profils d'enfants apparaissent hétérogènes, et il est à ce stade peu évident d'imaginer qu'ils finiront par être considérés comme atteints d'une même pathologie – la dyspraxie. Entre Matéo qui, à 3 ans, est vif, agité, très sociable, montre un langage riche et des raisonnements élaborés tout en faisant preuve de maladresses motrices et Franck qui au même âge est décrit comme en retrait de la vie sociale, ne communiquant que très peu et peu à l'aise de son corps, il y a à ce stade peu de ressemblances¹⁶⁰. Ces profils sont ensuite peu spécifiques si l'on considère la déviance scolaire ordinaire de la petite enfance dessinée par les enquêtes ethnographiques au sein des classes : les enseignants signalent les enfants peu autonomes, en retrait, malhabiles, peu communicants... ces enfants correspondent donc tout à fait aux descriptions de l'« enfant difficile » – seule la figure de l'enfant « violent » et « en opposition » n'est pas incarnée par les enfants de l'enquête¹⁶¹.

Ces deux constats interrogent la spécificité de la dyspraxie (et au-delà des troubles spécifiques des apprentissages) dans le paysage des difficultés infantiles (en particulier scolaires) car justement, les enfants ne présentent à cet âge pas de « spécificités » dans les manières d'être et de faire qui sont signalées comme anormales. On peut se demander ce qui les amènera à être considérés comme ayant un appareil cognitif

¹⁶⁰ Certains enfants de l'enquête sont décrits comme « en retard sur tout », là où d'autres apparaissent bien plus hétérogènes dans leurs performances.

¹⁶¹ Figure référencée par les sociologues parmi les « enfants difficiles » (Petit-Ballager 2009). D'ailleurs, d'après une enquête par questionnaire réalisée par Laurence Thouroude, les comportements agressifs en maternelle sont identifiés par les enseignants de maternelle comme les comportements les plus gênants. L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit.

atypique là où d'autres enfants aux profils semblables seront classés dans d'autres catégories de la déviance : le trouble psychique, l'échec scolaire, le handicap socio-culturel.

Un autre constat peut être tiré de ces premières descriptions : les anomalies de l'enfant sont directement dépendantes des normes et attentes institutionnelles, scolaires en l'occurrence – langagières, relationnelles, d'autonomie, de participation, de gestuelle... Alors qu'un ensemble de déficiences et handicaps infantiles sont diagnostiqués dès la première année de vie de l'enfant, les parents (ou le pédiatre) s'inquiétant rapidement de certains traits observés chez l'enfant¹⁶², c'est pour les enfants de l'enquête presque systématiquement l'entrée à l'école et le regard enseignant qui marque l'anormalité de l'enfant. La connaissance des attentes institutionnelles devient alors indispensable pour comprendre ce qui fait anomalie ou déviance, car les comportements des enfants ne dérangent pas ou n'interpellent pas forcément les autres milieux dans lesquels ils évoluent, la famille en premier. L'anormalité n'est donc pas évidente ni transcendante aux domaines de vie de l'enfant, et il est pour cela essentiel de ne pas se cantonner à une grille de lecture symptomatique des signalements de l'enfant pour les aborder dans une perspective relationnelle.

Alors que les enfants signalés par les enseignants de maternelle comme « en difficulté » sont en large majorité des enfants des classes populaires – pour lesquels les socialisations familiales sont les plus éloignées des attentes scolaires forgées dans les modes de vie et habitudes culturelles des classes supérieures cultivées –, il faut préciser et s'étonner que les enfants de l'enquête soient en grande majorité issus des classes moyennes, parfois dotés en capitaux culturels comme économiques, et en tout cas jamais totalement dépourvus. Ils font donc partie de ces « quelques autres »¹⁶³ (autres que ceux issus des milieux populaires) qui sont dès la maternelle jugés en (grande) difficulté. Doit-on alors écarter la thèse des socialisations familiales peu rentables scolairement ? Il a été difficile d'aborder la question des primes socialisations avec les parents de l'enquête, ne serait-ce que parce que le temps écoulé depuis lors rendait difficile l'exposition de force détails. Leurs quelques précisions sont trop vagues (« *je l'ai beaucoup stimulé* », « *on faisait plein de trucs avec lui* », « *c'est vrai que j'étais toujours derrière lui puisqu'il n'arrivait à rien faire seul !* »...) ou trop partielles et parfois contradictoires pour permettre de qualifier

¹⁶² Une enquête de la DREES montre que la majorité des anomalies chromosomiques, des maladies génétiques et autres handicaps dont l'origine est prénatale sont repérés et diagnostiqués médicalement entre la naissance et la première année de vie de l'enfant. A l'inverse, les handicaps dont l'origine est « post-natale » ou « indéterminée » connaissent des pics diagnostics aux âges de respectivement 3 et 6 ans. S. Scheidegger et P. Raynaud, *Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue*, DREES, 2007. On s'accorde aux analyses de Romuald Bodin qui en conclut que ces handicaps ou anomalies sont directement dépendantes des normes scolaires puisqu'ils surviennent lorsque les enfants sont confrontés à l'institution. R. Bodin, *L'institution du handicap*, op. cit.

¹⁶³ « [Le nouveau programme de 2015] augmente le niveau de ses exigences [exigences cognitives de l'école maternelle] tout en invisibilisant la pédagogie et en minorant l'apprentissage des techniques scolaires : cette déprimarisation est une secondarisation cognitive, institutionnelle, distinctive. Les idéologies ethnocentriques de cette pensée pensante contraignent le travail enseignant et ignorent le travail des Atsem. Des pratiques égalisatrices existent pourtant chez ces travailleurs et travailleuses du jeune enfant langagier. Dans l'organisation structurelle et normative de l'institution, elles se construisent en position dominée, sans pouvoir se déployer. Et finalement, cette domination s'exerce sur les enfants peu prédisposés à l'école, au nom desquels les normes prétendent s'ériger : le plus souvent des enfants des milieux populaires, *mais aussi quelques autres*. » F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit., p. 509. (je souligne)

sérieusement leurs pratiques d'alors. Impossible ici de savoir si oui et dans quels termes les manières d'être et de faire des enfants (décrites par l'école comme anormales) doivent aux socialisations familiales. Il n'est cependant pas question de nier l'incidence de ces dernières sur l'enfant et son parcours, et je me suis efforcée par la suite de mettre à jour les modes de vie et les pratiques éducatives des familles, en même temps que je les interrogeais sur leur gestion de l'enfant au quotidien, leur gestion de sa scolarité ainsi que de son parcours de « soins ». Les informations sur les pratiques familiales commencent à être exploitables à partir du moment où l'enfant est repéré et signalé comme anormal. A défaut de se demander comment les pratiques et ressources familiales jouent dans la survenue des comportements enfantins décrits comme anormaux, on se demandera tout au long de la thèse comment elles agissent sur leur évolution et leur qualification.

Les déviations rapportées ci-dessus concernent globalement l'adaptation comportementale des enfants. Un autre domaine de compétence participe à construire l'anormalité de l'enfant : celui des productions scolaires, en particulier graphiques. Elles sont traitées à part dans l'analyse car elles répondent à un autre système de normes et n'ont pas le même statut dans la formation du jugement enseignant.

3. UN GRAPHISME PAUVRE : UN NOUVEL ARGUMENT DE SIGNALLEMENT

Les difficultés motrices des enfants sont vite signalées en maternelle, comme nous l'avons vu plus haut (2.1.). Elles se révèlent lors d'activités motrices générales (jeu de ballon, parcours) mais aussi avec l'usage d'outils et de techniques plus spécifiquement scolaires : les ciseaux, la règle, la colle... et bien sûr, le crayon.

3.1. Une attention croissante portée sur les écrits des enfants

Les parents rapportent de façon presque systématique des commentaires enseignants relatifs aux « difficultés de graphisme » de l'enfant, à sa « trace écrite faible » et ses « dessins pauvres ». L'enfant refuse parfois d'investir l'activité (« Antoine n'a jamais voulu faire de peinture », « Paul ne dessinait jamais »...) ou bien s'y agace : « Chloé déchirait tous ses dessins », « Nino pleurait beaucoup car il trouvait que ses dessins c'était les plus moches de la classe. Ça l'inquiétait beaucoup, la question du "pourquoi" l'habitait énormément. Quand la maîtresse lui demandait de dessiner un flocon de neige, lui disait : "Moi je le vois dans ma tête le flocon, et regarde le résultat !" ». Aux dessins peu élaborés pour leur âge, s'ajoutent des difficultés à manier les outils scolaires, comme les ciseaux, la règle, les gommettes, les pinceaux...

A l'écoute des récits des parents, les remarques enseignantes sur les productions graphiques émergent au cours de la moyenne section, pour devenir un véritable motif d'inquiétude en grande section de maternelle. C'est le cas de Chloé, chez qui les enseignants repèrent chaque année des problèmes : celle de petite section relève des difficultés langagières et surtout des « *façons de faire un peu bizarres par rapport aux autres enfants : pour dire bonjour elle allait donner des baffes ou des choses comme ça par exemple* ». En moyenne section, l'école s'inquiète davantage de sa motricité brouillonne, déplorant qu'elle ne soit pas assez autonome sur l'habillage et qu'elle refuse d'investir le dessin, déchirant toutes ses productions. En grande section, le mauvais graphisme de l'enfant sera au cœur du problème scolaire. C'est à ce moment-là que l'enseignante propose aux parents des séances de psychomotricité. Il en va de même pour Oscar, dépeint comme agité et agitateur à l'école : c'est lorsque l'enseignante juge ses difficultés graphiques trop saillantes qu'elle oriente la famille vers un CMPP (en grande section). Cette évolution du jugement enseignant révèle une fois encore les attentes et exigences de l'institution : à chaque âge, l'enfant doit maîtriser de nouvelles compétences. Cherchant à comprendre la tolérance à l'échec des enseignants de maternelle dans sa diversité, Laurence Thouroude observe « une différence sensible entre les enseignants des différentes sections dans leur demande de participation aux activités scolaires. L'inactivité, le travail bâclé et l'échec répété dérangent ou inquiètent davantage les enseignants de grande section que les enseignants de petite section. Cela n'a rien d'étonnant compte tenu de la perspective du passage au CP, les directives officielles et les pressions sociales contribuant à renforcer le niveau d'exigence des enseignants de grande section »¹⁶⁴. La chercheuse en conclut que « la tolérance à l'échec est en partie déterminée par l'institution »¹⁶⁵. La trace graphique est une compétence qui doit être maîtrisée au sortir de l'école maternelle et qui, le cas contraire, autorise une prise en charge spécifique et extérieure à l'école. Le signalement accru des enfants de maternelle sur leur mauvais graphisme résulte d'une double évolution récente de l'institution : sa scolarisation (ou primarisation), en ce qui lui sont assignés des objectifs didactiques traditionnellement dévolus à l'école primaire, et l'évolution des conditions de scolarisation des enfants qui rend l'encadrement enseignant de ces apprentissages plus lointain et opaque.

3.2. Scolarisation de l'écrit en maternelle

L'attention portée aux productions graphiques n'est pas un fait récent puisqu'elle est constitutive de l'école maternelle dans sa période de massification post-guerre. En revanche, le statut de l'activité change, puisque les enseignants n'appréhendent plus (ou plus seulement) le graphisme pour sa valeur expressive ou esthétique, comme cela a pu être le cas dans les décennies précédentes. Avec l'avènement du modèle expressif de l'école maternelle (dominant dans le curriculum formel de l'institution à partir des années 1960 comme vu précédemment), le dessin est devenu une activité scolaire répandue et valorisée

¹⁶⁴ L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit, p. 44.

¹⁶⁵ *Ibid.*

au même titre qu'un ensemble d'activités physiques et artistiques : moyen d'expression de soi pour l'enfant, il lui permet d'exercer son individualité tout en cultivant sa créativité (et donc sa personnalité)¹⁶⁶ – créativité, rappelons-le, privilégiée à l'accomplissement de tâches scolaires par les acteurs institutionnels dans ces années-là. Dans les années 1990, l'écrit se scolarise ou se « primarise », c'est-à-dire qu'il est envisagé en regard des exigences de l'école primaire et évalué davantage sous son aspect technique¹⁶⁷ : les enseignants de maternelle organisent des activités graphiques afin que l'enfant s'exerce à cette pratique, développe une certaine habileté motrice, se familiarise avec les formes constituant le langage écrit (boucles, traits, vagues...)¹⁶⁸, etc. Une trace graphique « faible » correspond dans ce cadre au tracé d'un enfant qui ne parvient pas à reproduire le modèle donné par l'enseignant (recopier les formes, respecter le cadre indiqué, suivre des lignes prédessinées...), qui est peu lisible ou brouillon dans son geste. Le graphisme est appréhendé sous l'angle d'une performance scolaire devant être acquise, vite confondue avec l'activité d'écriture, et mis en lien avec la scolarité future de l'enfant. En effet, si les enseignants de maternelle sont inquiets du mauvais graphisme du petit enfant, c'est parce qu'il présage des difficultés au cours préparatoire, et probablement dans l'ensemble de la scolarité à venir. L'importance de la trace graphique en maternelle est alors à comprendre en miroir de la place centrale accordée à l'écrit¹⁶⁹ dans le reste de la scolarité – écrit qui sera au cœur des tensions scolaires des enfants de l'enquête tout au long de leur scolarité.

Certains récits de parents font cependant apparaître des traces du modèle expressif, laissant penser qu'il n'a jamais totalement disparu de l'organisation des activités en maternelle comme de la construction du jugement enseignant. Simon « *ne faisait pas les bonhommes comme il fallait, les siens n'avaient pas de cou, ou je ne sais quoi* » ; Émilio était en maternelle perçu comme « *étrange, car il dessinait toujours en faisant des ronds... il remplissait des feuilles entières de ronds* ». Ces jugements scolaires révèlent l'intérêt des enseignants pour les capacités expressives de l'enfant et son développement affectif. Les dessins répétitifs d'Émilio font suspecter à l'enseignante de moyenne section une perturbation psychique de l'enfant, qui craint un autisme. L'analyse portée sur les « bonhommes » dessinés par Simon renvoie au

¹⁶⁶ É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, op. cit.

¹⁶⁷ J.-N. Luc, *L'invention du jeune enfant au XIXe siècle : de la salle d'asile à l'école maternelle*, Thèse de doctorat de sociologie, Belin, Paris, 1997 ; Thouny et Catteau, in E. Bautier, *Apprendre à l'école, apprendre l'école. Des risques de construction d'inégalités dès la maternelle*, Lyon, Editions de la Chronique sociale, 2005. C. Joigneaux, « Littératie, forme et inégalités scolaires : le cas de la « scolarisation » de l'école maternelle », *Le français aujourd'hui*, 2014, 183, p. 41-50., Leroy 2010. L'école maternelle a pourtant longtemps tenu à se démarquer des niveaux scolaires supérieurs. Les auteurs observent sa scolarisation progressive dans les programmes scolaires comme dans les pratiques enseignantes (la maternelle doit fournir des enfants bien disposés à l'école primaire) mais qui n'effacent jamais son caractère distinctif reposant sur les valeurs expressives.

¹⁶⁸ « Dès la moyenne section, ils [les enfants] réalisent divers agencements de lignes verticales, horizontales ou obliques, et souvent des quadrillages (...). Ils apprennent à tracer des cercles dans le sens de rotation dominant de l'écriture cursive. Ils remplissent des surfaces aux limites géométriques, ils manient des instruments de tracés de plus en plus fins (...), ils s'exercent à dessiner toutes sortes de signes inscrits dans les surfaces rectangulaires des feuilles de papier, des cases de quadrillage, des secteurs de formes, structurés par les verticales et les horizontales. » F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit., p. 199.

¹⁶⁹ B. Lahire, *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l'"échec scolaire" à l'école primaire*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2000 ; C. Joigneaux, « La diffusion des fiches à l'école maternelle », *Spirale*, 2015, 55, 1, p. 57-66.

« test du dessin du bonhomme », conçu par les psychologues afin d'évaluer le bon développement cognitif de l'enfant – en grandissant, l'enfant est censé complexifier son bonhomme, rajoutant des parties anatomiques telles le nez, le tronc, le cou... –, et surtout son intégrité psychique¹⁷⁰. Le dessin du bonhomme représente dans cette optique le « Soi » de l'enfant, son image corporelle, son identité, sa sensibilité ; il est administré de façon routinière par les psychologues pour détecter les désordres intérieurs de l'enfant, mais également par les psychomotriciens et les enseignants de maternelle. Cette pratique fait partie de la vulgate psychologique diffusée dans ce corps de métier dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle¹⁷¹. Selon Fabienne Montmasson-Michel, « ce modèle identitaire de l'école maternelle avance ou recule à la manière d'un balancier. Ceci suggère qu'il est continuellement activé ou combattu par des forces sociales contraires, et aussi qu'il est toujours vigoureux »¹⁷². Les expériences de Simon et d'Émilio sont autant de traces de sa durabilité.

Ce n'est pas seulement l'activité graphique qui se primarise à la fin du 20^{ème} siècle mais bien l'école maternelle dans son ensemble, que ses représentants nomment désormais « la première école » : ils l'orientent vers l'objectif de préparation au cours élémentaire, élevant les activités d'écriture, de lecture et de mathématiques au statut d'activités devant être prioritairement travaillées par les enfants – devenus des élèves¹⁷³. Le processus s'intensifie avec la succession des programmes (de 1986 à 2012), et les observations menées en classe par différents chercheurs – des supports d'activité et de l'organisation du temps dédié aux différentes activités – montrent que les directives sont suivies, et même devancées par les enseignants¹⁷⁴. C'est dans une volonté de lutter contre l'échec scolaire et les inégalités sociales face à l'école que les dirigeants institutionnels impulsent cette dynamique de transformation de l'école des petits, ces thématiques ayant pris une ampleur politique considérable vingt ans après la massification de l'école française et l'échec de sa démocratisation. Scolariser – ou « primariser » – l'école maternelle devient un levier d'action : ces trois années doivent permettre de contrer l'effet très différenciateur des socialisations familiales, en fournissant un bagage scolaire commun à tous les enfants, qui sera autant d'armes utiles pour se confronter aux enseignements de l'école primaire. Ces politiques auront un impact mitigé sur la

¹⁷⁰ Le dessin du bonhomme ou celui de la maison peuvent être considérés comme des tests projectifs ou comme des épreuves de développement cognitif. Florence Goodenough, qui développe cette pratique dans les années 1920, utilise le dessin du bonhomme comme un test de développement de l'intelligence. De son côté, Karen Machover, dans les années 1940, considère ce même dessin comme « le produit de la projection de soi et interprète en ce sens tous les aspects du dessin (taille, omission, exagération, posture, etc.) ». ¹⁷⁰ D. Picard et R. Baldy, « Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique, Summary », *Développements*, 2012, 10, p. 45-60. Dans cette deuxième perspective plus proche des courants analytiques, le dessin (et au travers lui, la motricité), est « au service de modèles internes » (Rey 1969, p. 32), soit des forces psychiques de l'individu.

¹⁷¹ La pédagogie d'alors est influencée par la psychologie, la psychanalyse et les arts. J.-C. Chamboredon et J. Prévot, « Le "métier d'enfant" », art cit ; B. Bernstein, *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, les Éditions de Minuit, 1975 ; É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, op. cit.

¹⁷² F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit., p. 157.

¹⁷³ G. Leroy parle de l'émergence de la figure de l'enfant-élève qui succède à celle de l'enfant-affectif dominante dans les décennies précédentes. G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, op. cit.

¹⁷⁴ Le programme de 1986 marque un tournant vers la réaffirmation d'un modèle scolaire de l'école maternelle. Suivent ensuite ceux de 1995, 2002 et 2008 qui consolident l'approche. Cette volonté de scolarisation est à son comble en 2008, et semble aller en s'atténuant par la suite, à lire les programmes scolaires de 2012. *Ibid.*

réduction des inégalités scolaires¹⁷⁵, mais il faut dire qu'elles s'accompagnent d'une évolution des conditions de scolarisation des jeunes enfants qui vont favoriser les enfants déjà scolaires¹⁷⁶ à l'entrée en maternelle : un accroissement des exigences cognitives ainsi qu'un éloignement du contrôle enseignant avec la mise en autonomie précoce des enfants.

3.3. Les raisons scolaires de l'ancrage des difficultés

En croisant l'étude des supports pédagogiques aux observations en classes, un ensemble de travaux sociologiques mettent en avant la complexification cognitive des activités en maternelle depuis les années 1990¹⁷⁷. Dans le même temps que les exigences cognitives croissent, rendant les enfants d'autant plus inégaux face à la tâche scolaire, le contrôle enseignant se distend du fait d'une double évolution institutionnelle : l'augmentation du nombre d'enfants par classe et l'organisation de la classe en « ateliers », petits groupes de travail¹⁷⁸ parmi lesquels l'enseignant circule. Les enfants passent en effet de plus en plus de temps regroupés en ateliers au détriment des temps de regroupement où l'enseignant s'adresse à l'ensemble du groupe-classe. Dans cette configuration de la classe éclatée, l'enseignant ne peut porter une attention accrue à l'ensemble des élèves lorsqu'ils sont « en actes » : ces derniers doivent donc travailler en relative autonomie. Pour évaluer individuellement les élèves, leurs capacités et leur progression, l'enseignant relève les productions des élèves : ce sont alors les travaux finis qui sont jaugés *a posteriori*. Les travaux sur fiches se diffusent jusqu'à devenir un matériau pédagogique central du jugement enseignant, et l'écrit (ou trace graphique) occupe dans cette nouvelle organisation une place particulière puisqu'il devient le médium privilégié entre l'enseignant et l'élève¹⁷⁹.

En même temps que l'écrit devient un domaine d'évaluation dominant en maternelle (davantage en grande section que chez les tout-petits), l'accompagnement pédagogique des pratiques graphiques se

¹⁷⁵ Si le niveau général des enfants s'est amélioré à l'entrée au CP, les inégalités sociales face aux épreuves scolaires de l'école primaire se maintiennent. J.-P. Caille, « Scolarisation à deux ans et réussite de la carrière scolaire au début de l'école élémentaire », *Education et Formations*, 2001, 60, p. 7-18 ; M. Duru-Bellat, *Les inégalités sociales à l'école. Genèse et mythes*, Paris, Presses universitaires de France, 2003 ; É. Maurin, *La nouvelle question scolaire. Les bénéficiaires de la démocratisation*, Paris, Éditions du Seuil, 2007. Dans les années 2010, les grandes enquêtes nationales montrent une réduction des inégalités scolaires de la grande section au CE1, mais qui ne franchit pas le cap du CE2 puisque les inégalités se creusent par la suite.

¹⁷⁶ C'est-à-dire des enfants déjà autonomes, littéraciés et autocontraints, maîtrisant les codes de la participation scolaire.

¹⁷⁷ Des fiches à plus grande complexité sémiotique (grande diversité des éléments graphiques y figurant), des demandes d'analyse plus poussées d'un dessin ou d'une histoire... E. Bautier, *Apprendre à l'école. Apprendre l'école*, op. cit. ; É. Bautier et P. Rayou, *Les inégalités d'apprentissage : programmes, pratiques et malentendus scolaires*, Paris, Presses universitaires de France, 2013 ; C. Joigneaux, « La construction de l'inégalité scolaire dès l'école maternelle », *Revue française de pédagogie*, 2010, 169, p. 17-28.

¹⁷⁸ Le terme « travail » n'est ici pas anodin puisqu'il révèle un glissement du sens des activités ayant cours à l'école maternelle. G. Leroy remarque, au cours de ses observations dans les classes, que la notion de « travail » est souvent employée par les institutrices pour parler des tâches à réaliser sur feuille (les « fiches »), au détriment des termes « activité » ou « apprentissage ». G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, op. cit.

¹⁷⁹ C. Joigneaux, « La diffusion des fiches à l'école maternelle », art cit. C. Joigneaux observe un usage fort du support papier, avec l'apparition et la systématisation du « travail sur fiche ».

distend et l'apprentissage de la technique même du tracé est dévalorisé au profit des activités plus nobles de compréhension de la lettre¹⁸⁰. La socialisation à l'écrit se fait alors sur un mode distant et implicite¹⁸¹, ce qui a des effets fortement différenciateurs en termes de devenir socio-scolaire : les enfants déjà prédisposés familialement à ces apprentissages scolaires sont à l'aise dans cette configuration et bénéficient des apprentissages, tandis que les enfants qui sont au départ éloignés des objectifs que souhaite leur faire atteindre l'enseignant voient leurs difficultés croître au fil des mois. Ce contexte pédagogique tend ainsi à renforcer les difficultés premières que présentent les enfants à la tâche (l'écart se creuse avec les autres enfants), parmi lesquels un nombre important d'enfants des milieux populaires mais aussi d'autres qui n'ont pas eu le temps de s'approprier le nouveau savoir évalué¹⁸². Ainsi, l'impossibilité d'une acculturation scolaire pour certains enfants est entretenue par l'école sur la base d'une conception idéologique de l'enseignement (sa « secondarisation »¹⁸³), reposant sur des présupposés de classe : un enfant apprenant par lui-même, dont on invisibilise le processus d'apprentissage et le contexte d'appropriation des savoirs, dont une large part se réalise en famille.

Dans les retours enseignants sur les enfants que rapportent les parents, qui ont trait à leurs comportements, leur expressivité comme leur habileté graphique, on retrouve les contradictions de l'école maternelle dans ses exigences et ses finalités, ayant « d'une part, la tentation d'une non-directivité visant une éducation globale de la personnalité, d'autre part celle d'une initiation précoce aux apprentissages, visant une réussite scolaire anticipée »¹⁸⁴.

Comment maintenant sont traitées les difficultés signalées par les enseignants ? Sur quoi proposent-ils d'agir (les difficultés des enfants étant disparates) et de quelles manières ?

¹⁸⁰ C'est de façon plus générale l'apprentissage des techniques scolaires qui sont minorées : déchiffrement du code alphabétique, etc. Ces apprentissages sont discrédités car jugés trop techniques, pas assez expressifs et parfois même accusés de ne pas être cognitifs. S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit.

¹⁸¹ E. Bautier et R. Goigoux, « Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes : une hypothèse relationnelle », *Revue française de pédagogie*, 2004, 148, 1, p. 89-100. Selon les auteurs, la production des inégalités en matières d'apprentissages scolaires précoces est à comprendre dans une perspective relationnelle : elle est « la résultante de la confrontation entre, d'une part, les dispositions socio-langagières et socio-cognitives des élèves, liées à leur mode de socialisation, et qui les préparent de façon forte inégale à faire face aux réquisits des apprentissages scolaires et, d'autre part, l'opacité et le caractère implicite des réquisits scolaires (...) » (p.90, souligné par les auteurs)

¹⁸² M. Millet et J.-C. Croizet, *L'école des incapables ?*, op. cit.

¹⁸³ F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit. Pour l'auteur la primarisation de l'école maternelle est en fait une secondarisation cachée. Secondarisation qui « s'entend au triple sens du terme : une secondarisation cognitive, privilégiant les procédés réflexifs au point de les présupposer ; une secondarisation institutionnelle, qui inscrit les primes socialisations dans la perspective des études longues ; une secondarisation distinctive, qui met à distance l'esprit « primaire », en privilégiant une pédagogie invisible et en minorant les techniques scolaires » (p.520). Ces constats sont issus de l'étude du curriculum formel de l'institution, soit l'étude de ses textes cadres (programmes scolaires, discours et écrits institutionnels...). Elle relativise le propos à l'étude du curriculum réel soit des pratiques concrètes des agents scolaires (enseignants, ATSEM) dans les classes : au contact des enfants réels et en difficultés, ceux-ci peuvent dévier des prescriptions institutionnelles pour adopter des pratiques davantage contraignantes et explicites qui se révèlent plus efficaces pour faire acquérir à ces enfants une autonomie scolaire.

¹⁸⁴ L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit, p. 40.

3.4. Une dramatisation autour des comportements qui occultent les difficultés scolaires ?

Les enseignants formulent des attentes comportementales autant que de performances envers les enfants. Pour autant, les signalements sur l'une ou l'autre des aptitudes sont-ils sujets aux mêmes inquiétudes enseignantes et entraînent-ils les mêmes types de recours ?

Trois cas de figure sont observés : pour douze enfants, les problèmes de comportements (incluant le développement moteur tardif et les difficultés relationnelles) sont mis sur le devant de la scène, reléguant au second plan les difficultés scolaires (déjà effectives) ; dans onze autres cas, les difficultés scolaires préoccupent au moins autant les enseignants que les comportements hors normes des enfants et participent de l'orientation de l'enfant vers une prise en charge spécifique. Enfin, dans de plus rares cas, ce sont les difficultés scolaires qui sont remarquées les premières, et ce, à l'école primaire seulement (cinq enfants concernés).

Tous les enfants de l'enquête connaîtront dans leur parcours des difficultés scolaires. Pour la grande majorité des enfants (tous sauf quatre), elles sont déjà perceptibles en maternelle¹⁸⁵. Pourtant, elles ne font pas nécessairement l'objet d'une remédiation à ce moment-là, et même, les parents se voient parfois rassurés sur ce point. Les parents de Paul s'inquiètent des compétences scolaires de l'enfant en maternelle, mais les enseignants s'efforcent de déplacer leur attention : « *On nous disait toujours : "Oui, oui, ça va". Alors qu'en fin d'année, ses évaluations n'étaient pas bonnes du tout ! Et ça, personne ne nous l'avait signalé* ». A côté de ça, les enseignants jugent Paul « *à la limite de la folie* »

Béatrice : En grande section de maternelle c'était devenu très compliqué avec l'équipe enseignante, ohlalaaa... C'était : « Votre gamin il n'est pas normal, il faut le mettre dans un truc spécialisé, il n'a pas sa place ici », c'était « il est à moitié barge quoi ». Et comme il avait un caractère affirmé, ils supportaient pas ce genre de trucs à l'école. Et comme il était isolé et qu'il avait pas trop de copains, ils pensaient qu'il était fou. Une fois elle [l'enseignante de grande section] m'a chopée devant tout le monde, je vous dis pas la honte, et elle me balance : « ça n'est pas suffisant ce que vous faites pour votre gamin [Paul suivait alors des séances chez une psychomotricienne, ses parents l'avaient également emmené consulter un neurologue], il vous faut l'emmener voir un psychiatre, vous vous rendez pas compte dans quel état il est ».

Les échecs de Paul dans les exercices scolaires proposés apparaissent secondaires pour les enseignants, et ils insistent même pour que la réussite disparaisse des préoccupations familiales, puisqu'ils semblent considérer les attentes de la mère dans ce domaine comme l'origine des difficultés de l'enfant : « *Elle laissait entendre que c'était de notre faute si Paul était dans cet état. On lui aurait mis la pression, sous prétexte que je suis enseignante et que Paul sait ce que représente l'école pour moi... il préférerait ne rien faire plutôt que de prendre le risque de se tromper* ». Onze autres parents racontent une expérience

¹⁸⁵ Les parents relatent des sanctions négatives objectives (dans les livrets scolaires de fin de trimestre par exemple) et subjectives (les commentaires des enseignants sur le mauvais graphisme, la non maîtrise des nombres...).

similaire : les enseignants relèguent au second plan les difficultés scolaires et invitent les parents à poser le regard sur ce qu'ils considèrent être le vrai problème, l'état mental ou psychoaffectif de l'enfant révélé par des comportements inadaptés. Ces familles ont donc été confrontées à un certain alarmisme (ou une dramatisation) concernant les comportements des enfants, dont l'école craint qu'ils couvent quelque chose de potentiellement grave, relativement à un certain attentisme quant à leurs performances scolaires.

L'attention aux corps et aux comportements des élèves, aigüe pour les enfants de l'enquête, n'apparaît pas spécifique à cette catégorie d'élèves en difficulté scolaire – celle bientôt qualifiée de dyspraxique. Lors d'une enquête sur les signalements d'enfants difficiles, F. Petit-Ballager constate que, sur 500 questionnaires distribués aux enseignants, « pour plus de la moitié des enseignants généralistes questionnés, le comportement même de l'élève apparaît un critère fort de "difficulté scolaire" devant entraîner le signalement de l'élève : la difficulté de comportement est considérée comme une difficulté à signaler indépendamment de toutes difficultés d'apprentissage. (...) Pour ces mêmes enseignants, les difficultés scolaires ou d'apprentissage ne sont citées qu'en seconde position »¹⁸⁶.

Cette relativisation des difficultés scolaires n'est pas générale puisque ces dernières constituent un problème de premier ordre pour seize enfants de l'enquête. Elles sont un argument supplémentaire qu'un problème existe chez l'enfant et qu'il faut agir : elles décident les enseignants à proposer aux familles une remédiation : une orthophoniste, une psychologue, une psychomotricienne ou encore une prise en charge pluridisciplinaire en CMPP. En ce sens, on peut dire que l'attention portée aux productions graphiques entraîne une accélération du processus d'anormalisation des enfants (l'âge du début de la prise en charge semble s'être abaissé), ainsi qu'un élargissement du recrutement des enfants pour des prises en charge extérieures. C'est en particulier l'orientation chez des psychomotriciennes qui semble se diffuser à la manière des orientations vers les orthophonistes pour des difficultés langagières à partir des années 1970.

En revanche, les difficultés dans les premiers apprentissages scolaires apparaissent insuffisantes pour provoquer une prise en charge spécifique dès la maternelle, les enfants sans problème de comportement n'étant pas pris en charge avant le CP, le CE1 ou le CE2. On peut alors conclure que, de façon générale, les difficultés scolaires apparaissent moins dramatiques pour l'école maternelle que les inadaptations comportementales, et que la montée en puissance des exigences scolaires n'annule pas ni ne diminue l'attention portée aux attitudes et comportements des enfants, comme nous le constatons dans les trajectoires diagnostiques étudiées. G. Leroy nous aide à le comprendre en spécifiant que l'élévation des exigences cognitives en maternelle s'est accompagnée d'un centrage sur la discipline des enfants dès les petites classes. Au vu de l'organisation du travail en atelier (enlevant du temps de présence des adultes auprès des enfants) et de la complexité cognitive et attentionnelle des tâches qu'ils doivent réaliser, la discipline corporelle et la concentration des enfants au travail est une condition nécessaire de leur réussite en maternelle. Elle est aussi une condition requise pour un déroulement optimal des activités, ni

¹⁸⁶ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit, p. 231-232.

l'enseignant ni l'Atsem ne pouvant s'éparpiller en conseils individuels. « La scolarisation effective [de l'école maternelle], dans les pratiques, semble donc se jouer aussi au niveau d'un renforcement disciplinaire »¹⁸⁷. L'appel régulier au développement d'une « posture d'élève »¹⁸⁸ est symptomatique de ces exigences scolaires.

Conclusion intermédiaire

Je n'ai pas réalisé d'observations propres dans les classes des écoles maternelles et les souvenirs des parents sont forcément partiels (ils ne se souviennent pas de tous les événements de cette époque parfois assez lointaine) et reconstruits (leurs souvenirs sont sélectifs, certainement modifiés en partie). Pour autant, la récurrence de leurs propos incite à considérer comme significatifs les jugements enseignants qu'ils rapportent de cette époque. Systématiquement, ces derniers alertent les parents sur le mauvais graphisme de l'enfant et/ou ses comportements inadaptés au cadre scolaire et au travail qu'on attend de lui. Les travaux de recherches ethnographiques sur les pratiques de classes (pratiques enseignantes et pratiques des élèves) aident ensuite à comprendre le processus de dégradation précoce des carrières scolaires¹⁸⁹ de ces enfants qui se montrent dès l'entrée à l'école comme des « clients très peu idéaux »¹⁹⁰. Les exigences cognitives et comportementales (autonomie, participation) envers les enfants à l'entrée à l'école n'ont cessé de croître au cours des dernières décennies, ce qui explique l'inquiétude immédiate enseignante là où les familles considéraient jusqu'alors l'enfant comme ordinaire. L'organisation de la classe et les modèles pédagogiques prescrits ne permettent pas aux enfants qui présentent des difficultés précoces dans la posture et le travail scolaires d'acquérir les compétences qui leur font défaut – l'autonomie cognitive et comportementale en particulier est requise davantage que transmise. Ensuite, la disqualification des tâches scolaires techniques est un frein à la maîtrise des savoirs scolaires pour les enfants qui n'ont pas acquis dans le cadre familial un certain nombre de dispositions sociocognitives et socio-langagières.

La mise au jour de ces processus permet de comprendre « la transformation d'élèves éprouvant "des difficultés réitérées d'apprentissage" en "élèves en difficulté" »¹⁹¹, qui correspond aux expériences scolaires des enfants de l'enquête lors de leurs premières années de scolarisation. Elle permet aussi de

¹⁸⁷ Leroy, Thèse, p.195

¹⁸⁸ La « posture d'élève » se différencie radicalement du « métier d'enfant » décrit par J-C Chamboredon et Prévot dans leur article de 1973, en ce qu'ils renvoient à des modèles institutionnels bien distincts, modèle didactique pour l'une et modèle expressif pour l'autre.

¹⁸⁹ Je parle de « dégradation précoce des carrières scolaires » car la situation scolaire en grande section de maternelle est pour presque tous les enfants de l'enquête jugée comme plus critique que celle de petite section. Cela ne signifie en aucun cas que leur scolarité future, dans le primaire ou le secondaire, connaîtra la même trajectoire descendante.

¹⁹⁰ En miroir du « client idéal » étant défini par Howard Becker comme l'utilisateur d'une institution qui facilite le travail de ses agents et pour qui d'ailleurs l'institution est pensée. Le client idéal de l'école maternelle est l'enfant autonome ayant déjà engagé un rapport réflexif au langage et plus largement au monde qui l'entoure. Il est aussi curieux, créatif et habile de son corps et de ses gestes.

¹⁹¹ E. Bautier et R. Goigoux, « Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes », art cit.

comprendre la naturalisation des difficultés des enfants : « l'apprentissage est ignoré ou oublié en tant que tel (les auteurs parlent d'« amnésie »), d'où découlent une naturalisation des savoirs mobilisés et l'illusion que les compétences que certains élèves mobilisent pour réussir leur sont intrinsèques »¹⁹². Enfin, l'élargissement et la complexification des demandes scolaires envers les petits enfants participent à agrandir la base des enfants susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge spécifique dès les premières années de scolarisation.

Ces deux précédentes parties du chapitre (2. et 3.) avaient vocation à mettre à jour « ce qui dérange » chez ces enfants, ce pour quoi on les signale comme anormaux ou en difficulté. Cette question du « quoi » a été articulée à la question du « qui » : qui est dérangé ou inquiet par ces enfants ? Ce sont les agents scolaires qui signalent les premiers les enfants, signe que l'inadaptation de ces derniers est avant tout une inadaptation scolaire – en dehors de l'école, les enfants sont l'objet de qualifications diverses. Dans la dernière partie du chapitre, je voudrais revenir plus en détails sur les théories diagnostiques enseignantes (de quoi les écarts remarqués sont-ils le nom selon eux ?) et sur les propositions d'aide qu'ils formulent. L'objectif général étant de comprendre les premiers traitements spécifiques que suivent les enfants, il faudra aussi parler du rôle des parents puisque si les enseignants proposent, les parents « choisissent ».

4. LA CONSTRUCTION DES JUGEMENTS ENSEIGNANTS

Les jugements des enseignants marquent une rupture dans les trajectoires des enfants, en qualifiant leurs comportements et productions de problématiques. Ils deviennent les stigmates d'une anormalité. Mais de quelle anormalité parle-t-on ? Dans quels termes les enseignants vont-ils parler des enfants et quelles premières interprétations vont-ils esquisser ?

On s'intéresse aux interprétations enseignantes car ces professionnels sont les premiers maillons du processus diagnostique dans lequel sont engagés les enfants : ils les observent, les signalent, et les orientent vers un dispositif spécifique. Ainsi commencent-ils déjà à qualifier le « problème » de l'enfant. De façon directe, par les mots qu'ils emploient pour les décrire, comme de façon indirecte, via leur conseil d'orientation – vers la psychologue scolaire, une orthophoniste, un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)... « (...) [D]éfinir le "problème" d'une façon ou d'une autre a des conséquences sur la manière dont on entend y remédier, y apporter une solution. Selon qu'il aura été défini comme un problème de nature morale, médicale, politique, économique, scolaire, etc., les agents et les institutions susceptibles d'être concernés différeront, et le "traitement" du problème en question variera en conséquence »¹⁹³. Les enseignants sont en cela des « claimsmakers » (des « faiseurs de revendications »), qui, à travers leurs mots mettent en forme le problème de l'élève hors norme. Ils ne sont « pas de simples porteurs du

¹⁹² J. Cayouette-Remblière, « Mathias Millet, Jean-Claude Croizet, L'école des incapables ? », *Lectures*, 2016.

¹⁹³ B. Lahire, *L'invention de l'"illettrisme" : rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris, La Découverte, 1999, p.34-35.

problème qui serait défini en dehors d'eux »¹⁹⁴, mais « à travers leurs plaintes et leurs revendications, les enseignants sont capables de participer à la construction du problème social de l'enfance difficile »¹⁹⁵.

Dans le chapitre 2, nous verrons que l'offre de prise en charge médico-psychologique hors école se proposant de traiter l'enfant « en difficulté » est concurrentielle, et qu'elle met à disposition des expertises diverses sur les problèmes enfantins et qui pour certaines s'opposent. Cette concurrence des expertises rend déterminants les jugements enseignants de maternelle car ils participent à donner une coloration aux premières prises en charge et à inscrire l'enfant dans un type de « soins » au détriment d'un autre. Je n'ai pas récolté les discours enseignants de première main, car les enfants de l'enquête avaient quitté l'école maternelle depuis plusieurs années lorsque j'ai rencontré leur famille. Et les récits rapportés des parents ne valent jamais une transcription fidèle des discours enseignants, puisqu'ils transitent par leurs propres filtres et souvenirs. Il semble cependant que, confrontés à la littérature sociologique sur les pratiques enseignantes en maternelle, les récits rapportés des parents nous aident à comprendre les premiers jugements scolaires qui ont été produits sur les enfants de l'enquête.

4.1. Les interprétations enseignantes

4.1.1. Quatre régimes d'interprétations enseignantes en maternelle

« Un garçon de fin d'année », un « autisme », « une mère qui couve son enfant »... En même temps qu'ils décrivent des comportements enfantins, les enseignants préjugent spontanément de la nature et des causes des difficultés des élèves, ils les interprètent, voire produisent de véritables « diagnostics sauvages », selon l'expression de F. Petit-Ballager¹⁹⁶. Je n'y ai encore une fois accès que de façon indirecte par l'entremise des parents, mais, s'ils ne sont pas rapportés de façon détaillée, il est cependant possible de dégager des régimes de responsabilité différents. Je les ai à partir de là rangés en quatre catégories : les enseignants soupçonnent un « enfant immature » (les enseignants expliquent le retard de l'enfant par son âge – il est de fin d'année – ou encore son rythme naturel « *un peu plus lent que les autres* »), un problème psychiatrique ou mental, un problème psychoéducatif, un problème médical ou « technique ». Voici leur récurrence dans les expériences familiales de l'école maternelle, suivie de descriptions qualitatives.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 35.

¹⁹⁵ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit, p. 231.

¹⁹⁶ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit.

Un enfant immature	Un problème mental	Un problème psychoaffectif	Un problème médical ou technique	Pas de problème signalé
7	7	17	7	4

Le nombre total de théories diagnostiques excède le nombre d'enfants car des enfants font l'objet de différentes théories diagnostiques durant les trois années de maternelle

Un enfant peut faire l'objet de différentes interprétations tout au long de la maternelle car chaque année ses capacités évoluent en regard des attentes nouvelles de l'institution. Chaque année, l'enseignant change également et le regard sur l'enfant avec.

« Ils nous disaient : "laissez-le grandir, il est de fin d'année" » (Annabelle, mère de Nino), « La maîtresse nous disait... tu sais c'est tout ce discours de "Il faut laisser le temps au temps" » (Catherine, mère de Loïc). Lorsqu'ils mobilisent la théorie de l'enfant immature, les enseignants préconisent de laisser du temps à l'enfant afin qu'il s'empare des apprentissages. L'enfant leur semble encore « bébé », ce qu'ils expliquent parfois par la jeunesse de l'enfant, celui-ci étant né en fin d'année scolaire et donc plus jeune que les autres enfants de sa classe. Les enseignants pensent que le retard peut être rattrapé « naturellement » par l'enfant (sans action spécifique de la part de l'adulte) puisqu'il connaîtra certainement un déclin vis-à-vis des apprentissages scolaires lorsqu'il gagnera en maturité. Il est alors conseillé aux parents d'« attendre » sans s'alarmer que le déblocage se fasse. Cette conception du développement de l'enfant selon son rythme naturel est héritée de la psychopédagogie et qualifiée d'attentiste par des travaux sociologiques qui mettent en exergue l'importance de l'usage du temps dans l'appropriation de nouveaux savoirs et savoir-faire des enfants¹⁹⁷. Les activités qui vont occuper le temps de l'enfant et le régime de contraintes dans lequel il est inscrit vont fortement jouer sur l'acquisition des apprentissages pour lesquels il présente peu de facilité de prime abord. Ce discours va disparaître au fur et à mesure des années car en grande section de maternelle, aucun enseignant ne semble plus parler de « simple retard » qui se résorbera de lui-même, et les familles des sept enfants concernés se voient finalement proposer une remédiation par l'école.

La catégorie problème mental recouvre des suspicions diverses telles qu'un autisme (Sofiane, Émilio), un retard mental ou encore une problématique de type psychiatrique non identifiée ou du moins non soumise précisément aux parents – des parents ont le sentiment que les enseignants ne partagent pas avec eux l'intégralité de leurs doutes. Ces troubles n'ont que peu à voir les uns avec les autres, mais le commun qui sous-tend ces expériences est l'inquiétude précoce des enseignants et la remise en cause

¹⁹⁷ G. Dannepond, « Pratique pédagogique et classes sociales. Étude comparée de 3 écoles maternelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, 30, 1, p. 31-45 ; B. Suchaut, *Le temps scolaire : allocation et effets sur les acquisitions des élèves en grande section de maternelle et au cours préparatoire*, Dijon, 1996 ; S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, op. cit.

rapide d'une scolarité ordinaire. Quelques parents disent qu'on leur a parlé dès la maternelle d'un « institut spécialisé » (ceux de Sofiane, de Paul ou encore Émilio) et pour les autres d'un bilan psychiatrique pour déterminer la nature du problème de l'enfant.

Pour sept autres enfants les enseignants ont soupçonné un problème médical ou « technique ». Le terme de « technique » n'est pas issu des entretiens avec les parents (il n'est certainement pas mobilisé par les enseignants) mais traduit une théorie diagnostique où les enseignants ne préjugent pas de causes particulières ou du moins ne se prononcent pas. Ils décrivent un problème de langage par exemple ou un problème moteur qu'ils ne parviennent pas à comprendre ni à réduire : ils proposent alors en conséquence une aide rééducative, psychomotrice ou orthophonique. D'autres fois, ils suspectent un problème sensoriel (une mauvaise ouïe par exemple) ou encore une pathologie médicale non psychique (type myopathie) qui pourrait expliquer les difficultés de l'enfant : ils conseillent aux parents un bilan médical. On peut relever ici qu'une enseignante de maternelle, celle de Nino, suspecte une dyspraxie et propose en cours de grande section d'aller faire vérifier son doute chez un spécialiste indiqué.

Enfin, la théorie diagnostique la plus régulièrement entendue par les parents de l'enquête est sans conteste celle d'un problème psychoéducatif : dans ces cas, les enseignants soupçonnent un dysfonctionnement familial à l'origine des difficultés. Un dysfonctionnement de type « carences éducatives » (trop couvrir son enfant, ne pas le stimuler ni l'inciter à faire les choses par lui-même...) ou bien une problématique d'ordre psychoaffectif, où l'enfant est considéré « en souffrance » du fait d'une désorganisation familiale : parents peu présents, parents qui mettent la pression à leur enfant, mauvaise gestion des liens fraternels par les parents, etc... L'enseignante de petite section de maternelle de Lucas l'oriente en quelques mois vers la psychologue scolaire du fait de son agitation débordante, et ces deux professionnelles font état d'un « *problème de l'enfant avec l'autorité. (...) Clairement, elles me disaient qu'on était trop laxistes quoi !* » (Fabienne). L'enseignant d'Ugo se demande lui si sa mère n'« *en ferai[t] pas trop* » au vu de la faible habileté de l'enfant dans les gestes du quotidien (« *"mais vous l'habiliez chez vous ? vous faites tout pour lui ?" il me demandait* »). Isabelle est elle aussi questionnée sur les pratiques familiales : l'école pose la question de la famille recomposée, de la langue parlée à la maison, de leur mode de vie, si Sofiane est souvent posté devant la télévision... « *ils s'interrogeaient [sur Sofiane], et je comprends, moi je le trouvais étrange ce gosse ! (...) Mais c'était pas la bonne question, parce qu'en fait ils s'interrogeaient sur les parents* ». Véronique s'est elle aussi confrontée à une « *instit très branchée "psy", qui voulait être psychologue scolaire [celle de petite section]. Elle cherchait ce qui n'allait pas chez Franck, et elle cherchait toujours en relation avec moi, et avec sa jumelle* ». Les enseignants émettent ainsi plusieurs hypothèses familialistes pour expliquer les difficultés de l'enfant : une mère enseignante qui mettrait la pression à son enfant, une autre surprotectrice, une famille culturellement démunie...

Au cours des entretiens, plusieurs parents semblent relater avoir fait l'expérience de ce que plusieurs sociologues ont observé au contact des enseignants et d'autres professionnels de la petite enfance : la construction du « mauvais élève » et d'une « famille pathologique »¹⁹⁸.

4.1.2. Caractériser les enfants, juger les parents ?

Dans leurs analyses, les sociologues montrent que les descriptions que les professionnels de l'enfance font des difficultés des enfants sont systématiquement intriquées à des jugements moraux sur la famille. L'« enfant délaissé » défini par D. Serre (enfant au « corps passif », au « développement moteur tardif et [au] langage peu développé ») est un enfant « négligé » par ses parents, « tenu à l'écart », « non stimulé »¹⁹⁹. A l'inverse, un enfant agité (« l'enfant-roi ») est un enfant à qui l'on permet tout, ou dont le rythme familial déstructuré ne permet pas à l'enfant d'être cadré (rythmes changeants, enfant souvent mis devant la télévision...)²⁰⁰. La sociologue parle alors d'une confusion entre les signes visibles chez les enfants et leur socialisation réelle. F. Petit-Ballager constate dans son enquête que l'enfant qu'elle nomme « perturbateur » est un enfant qui, selon les enseignants, est peu autonome car « mal préparé par ses parents aux habitudes et comportements nécessaires à l'école »²⁰¹. De façon générale, elle observe que les enseignants prêtent attention et notent dans les dossiers scolaires les comportements et réactions des familles en plus de ceux de l'enfant. On peut ainsi comprendre la récurrence des témoignages des parents qui se disent questionnés et se sentent jaugés par l'institution et ses agents : ces derniers affichent ouvertement leurs appréciations.

Les caractéristiques enfantines sont pensées comme découlant des pratiques parentales, en particulier éducatives. Les enseignants supposent des modes de vie familiaux sur la base des comportements enfantins et des quelques contacts qu'ils ont avec les familles, et ces jugements vont leur servir pour appréhender les manières d'être enfantines. M. Millet D. Thin observent que la (dis)qualification des parents peut servir aux enseignants à qualifier, ou disqualifier, les enfants²⁰² : un même comportement contrevenant aux règles et valeurs scolaires pourra être rapidement sanctionné, ou bien à l'inverse minimisé et toléré, si l'enseignant estime que la famille a transmis les dispositions nécessaires à l'enfant pour se contraindre au cadre scolaire ou non. Ce dernier point est intéressant car les enfants de l'enquête vont être jaugés différemment par leurs enseignants malgré des comportements *a priori* semblables, et il a fallu le comprendre. Selon les auteurs mobilisés ci-dessus qui ont réalisé des

¹⁹⁸ D. Serre, « Le bébé “superbe” », art cit ; F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit ; M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires, op. cit.* On retrouve de façon cohérente, dans les discours des parents, les signes de la « stigmatisation sociale en action » de la part des professionnels de l'enfance.

¹⁹⁹ D. Serre, « Le bébé “superbe” », art cit.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit, p. 233.

²⁰² M. Millet et D. Thin, « La déscolarisation comme parcours de disqualification symbolique », in D. Glasman et F. Oeuvarard, *La déscolarisation*, Édition 2011., Paris, La Dispute, 2011.

enquêtes en terrains mixtes socialement et/ou populaires, le jugement professionnel est avant tout un jugement social d'un groupe – socialement situé – sur un autre. Les professionnels vont juger de la bonne éducation des enfants en fonction de la bonne présence des parents : un parent présent est celui qui prépare son enfant aux contraintes de l'institution scolaire (présent dans le cadre domestique donc), et qui est aussi présent dans l'école, qui prend régulièrement le temps d'échanger quelques mots avec l'enseignant et s'investit dans les activités scolaires requérant la participation des parents²⁰³. Finalement, « c'est la prise en compte et la valorisation d'une aisance vis-à-vis de la chose scolaire qui transparait »²⁰⁴. M. Darmon note que « ce sont les mères de classes moyennes qui sont jugées "très présentes", par opposition à la fois aux mères d'origine populaire et aux mères de classes supérieures, parfois perçues comme trop "distantes" »²⁰⁵. L'aisance sociale face à l'école est socialement située, et finalement, comme le conclut D. Serre, « les jugements, en apparence sagement informés, que les professionnel(le)s portent sur les corps d'enfants, correspondent en fait à la façon dont un groupe social perçoit d'autres groupes sociaux »²⁰⁶.

Ainsi, de nombreux travaux arrivent à la conclusion que les jugements scolaires, d'autant plus lorsqu'ils mettent en scène les comportements des enfants, sont avant tout des jugements de classe qui vont définir comme anormales voire pathologiques des socialisations éloignées des codes culturels scolaires établis au sein des classes moyennes et supérieures intellectuelles. Que peut-on faire de ces analyses lorsque les enfants concernés par ces jugements scolaires familialistes et pathologisants sont issus des classes moyennes et pour certains d'entre eux de familles à forts capitaux ?

Aucune famille de l'enquête n'appartient aux fractions basses ou précarisées²⁰⁷ des classes populaires, qui sont habituellement les plus fréquemment ciblées par les thèses du handicap socio-culturel et des carences éducatives, comme celle du trouble psychoaffectif trop envahissant pour suivre une scolarité ordinaire sans aide spécifique. De plus en mettant en parallèle les théories diagnostiques enseignantes et les origines sociales des enfants (variées), aucune tendance spécifique ne se dégage. J'ai organisé les enfants en quatre groupes selon leur appartenance sociale : 6 appartiennent aux classes populaires stabilisées, 11 aux classes moyennes intermédiaires hétérogènes²⁰⁸, 5 aux classes moyennes du

²⁰³ M. Darmon, « La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle », art cit.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 525.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 521.

²⁰⁶ D. Serre, « Le bébé "superbe" », art cit, p. 108.

²⁰⁷ Ces fractions regroupent les familles qui cumulent les désavantages sociaux : des contraintes matérielles fortes, des conditions de logement précaires, absence de diplômes, des ressources parentales inopérantes pour soutenir la scolarité de leur enfant, des difficultés à se projeter dans l'avenir... ceux que J. Cayouette-Remblière rangent dans la catégorie du « pôle cité » de l'espace social, composé de « familles fragilisées » et des « familles immigrées ». La famille de Sofiane est certainement la moins dotées de l'enquête d'un point de vue des indicateurs traditionnels avec un père ouvrier et une mère sans emploi (les deux ayant un BEP comme dernier diplôme), des grands-parents immigrés et illettrés. Cependant elle dispose d'un ensemble de ressources qui seront autant d'appui dans la scolarité des enfants : l'emploi du père est stable (CDI dans la fonction publique), ils sont propriétaire d'une grande maison dans un quartier mixte, la mère lit beaucoup, a un désir fort de scolarité pour ses enfants (auxquels elle a décidé de se dédier en ne travaillant pas durant quelques années) et s'intéresse de près aux modes éducatifs dominants des enfants (théories Montessori, émissions TV éducatives...).

²⁰⁸ Cette catégorie regroupe les profils familiaux les plus variés et les plus difficiles à classer, du fait que les deux membres du couple parental ont des trajectoires personnelles et des situations d'emploi et de diplômes très contrastées.

pôle culturel, et 6 aux classes moyennes supérieures²⁰⁹ du pôle économique (et privé) de l'espace social. Ces quatre catégories n'ont pas toujours été aisées à délimiter en raison d'un certain nombre de cas-frontières (à cheval sur plusieurs catégories traditionnelles) et de ressources très contrastées au sein d'une même famille, et les choix opérés seront définis dans les chapitres suivants.

	Classes pop. stabilisées	Classes moy. hétérogènes	Classes moy. pôle culturel	Classes moy. sup. pôle éco.	Total
Un enfant immature	Chloé, Oscar	Mathis	Antoine, Paul	Amèle, Nino	7
Problème médical	Jordan	Rémi, Sophie,	Loïc	Ugo, Amèle, Nino	7
Problème mental	Lucie, Sofiane	Émilio	Martin, Paul	Ugo, Matéo	7
Problème psychoéducatif	Sofiane, Lucie, Oscar, Nathan	Samuel, Lucas, Mathis, Adrien, Justine, Franck,	Loïc, Martin, Paul	Matéo, Simon, Ugo, Amèle	17
Pas de problème		Gaël, Alice	Mia	Léa	7
Total	6	11	5	6	

Le tableau montre une répartition équilibrée des différentes théories diagnostiques enseignantes selon l'appartenance sociale des familles. La suspicion d'un défaut éducatif a en particulier concerné l'ensemble des familles de l'enquête d'un bout à l'autre du spectre social. On ne note pas non plus d'effet genre ou générationnel particulier dans la répartition des théories diagnostiques.

Cependant, d'un point de vue plus qualitatif, l'origine sociale a un impact sur le traitement scolaire des difficultés précoces puisque d'une part, les familles les moins dotées de l'enquête sont bien plus souvent confrontées aux suspicions enseignantes que les plus dotées (qui d'une année sur l'autre recueillent des jugements enseignants très divers), et d'autre part, les parents les plus dotés arriveront davantage à imposer un regard alternatif sur l'enfant face aux jugements scolaires qu'ils trouvent culpabilisants et déplacés, ce que nous verrons au point 4.4. C'est aussi le contenu du jugement qui semble varier selon la

²⁰⁹ Louis Chauvel invite à revoir les classifications opérées par Agnès Van Zaten pour distinguer l'espace social. S'il reprend les deux grandes lignes de fractures établies par P. Bourdieu qui sont le capital culturel et le capital économique, il fait le choix de n'inscrire dans les classes supérieures que les 3% les plus riches de la population française, soit les très hauts revenus (ce qui de fait ne concerne pas la famille Andrieu), ce qui représente pour lui une césure davantage pertinente en termes de mode de vie. L. Chauvel, *Les classes moyennes à la dérive*, Paris, Seuil, 2006 ; A. Van Zaten, *Choisir son école : stratégies familiales et médiations locales*, Paris, Presses universitaires de France, 2009 ; P. Bourdieu, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1984, 52, 1, p. 3-14. Selon les classements sociologiques, plusieurs de ces familles seraient décrites comme appartenant aux classes supérieures. J'ai fait le choix ici de les inscrire dans les classes moyennes car, bien qu'elles présentent de multiples ressources à disposition (notamment économiques), aucune d'elles ne cumulent tous les avantages sociaux (haut niveau de capital économique et culturel, patrimoine, ancienneté du capital...), et elles n'apparaissent pas vivre dans un « monde si différent » du reste des enquêtés – pour reprendre l'expression de B. Lahire dans son dernier ouvrage où l'enquête de terrain auprès d'enfants de 5 ans situés d'un bout à l'autre du spectre social le conduit à dire que si ces enfants vivent dans la même société au même moment, ils ne vivent résolument « pas dans le même monde ». B. Lahire et al., *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, Seuil, 2019.

famille concernée, les jugements s'appuyant sur des caractéristiques familiales réelles ou supposées : langue parlée à la maison²¹⁰, disponibilité de la mère, santé des parents, structure de la famille, etc.

Ce que laissent sous-entendre ces premiers jugements enseignants et la prégnance d'une explication psychologisante et/ou socioéducative des difficultés, ce sont avant tout des routines professionnelles historiquement imprégnées de référentiels psychologiques. C'est-à-dire que la fréquence de la lecture familialiste et psychologique des difficultés s'explique par l'histoire de la construction du regard enseignant (de maternelle) davantage que par les caractéristiques propres des familles.

4.2. De la prégnance des référentiels psychologiques à la diversité des pratiques enseignantes

4.2.1. Un regard sur les enfants imprégné par la vulgate psychologique

La psychologie et la psychanalyse ont été un levier de la professionnalisation des enseignants de l'école maternelle²¹¹, et elle reste aujourd'hui un référentiel savant dans lequel piochent spontanément de nombreux enseignants pour expliquer les difficultés de leurs élèves, mais aussi plus largement définir leurs missions professionnelles. « Le phénomène s'observe très clairement chez les enseignants de maternelle qui ont une propension particulière à évoquer leur travail en insistant autant sur les savoir-faire humains et relationnels, référés explicitement à la psychologie, que sur la transmission des connaissances scolaires. La capacité de comprendre les enfants, d'être à l'écoute de leurs états psychoaffectifs, tout en gardant une certaine distance, définit un *ethos* professionnel présenté comme différent de celui des enseignants de l'école élémentaire principalement construit autour de la transmission des savoirs scolaires. Cette mise à distance des contraintes proprement scolaires s'accompagne d'une redéfinition du métier sur un versant psychologique. »²¹² Les référentiels psychologiques seraient donc particulièrement manipulés chez les

²¹⁰ Il est au passage intéressant de relever, comme avait pu le voir D. Serre dans son enquête auprès des centres de guidance infantile, que les deux seules familles racisées de l'enquête ont fait les frais de remarques sur leur origine ethnique, et ce très tôt et de façon explicite, alors que les critères de classe sont davantage tus des professionnels, parlés en termes psychologiques.

²¹¹ J.-C. Chamboredon et J. Prévot, « Le "métier d'enfant" », art cit ; É. Plaisance, *L'enfant, la maternelle, la société*, op. cit. ; M. Millet et J.-C. Croizet, *L'école des incapables ?*, op. cit. ; G. Vincent, *L'école primaire française : étude sociologique*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris Descartes, Paris 5, 1979. Dès le début du 20^{ème} siècle, la psychologie s'intéresse de près au développement du sujet et à la formation de sa personnalité et de son intelligence. Contrairement à d'autres disciplines scientifiques (comme la sociologie), elle propose rapidement des mises en application de ses théories en développant différentes formes de prise en charge des enfants. Dans les premiers temps, l'institutionnalisation de la psychologie se fait par la prise en charge des cas déviants, puis elle s'immisce petit à petit dans les institutions ordinaires de l'enfance, proposant des définitions de l'enfant normal à chaque stade du développement et des pratiques professionnelles adaptées. L'école maternelle devient à partir des années 1960 le réceptacle tout indiqué de ces nouvelles grilles de lectures, les préoccupations quant au développement psychologique des individus concernant particulièrement la prime enfance.

²¹² S. Morel, « Les professeurs des écoles et la psychologie », art cit, p. 17.

enseignants qui priorisent les missions de socialisation et d'épanouissement au travail des performance scolaires²¹³.

La pénétration des grilles de lectures psychologiques de l'enfant et de ses difficultés s'est faite par la formation des enseignants – la discipline y occupe toujours une place de choix – et de façon plus indirecte par le recrutement des professionnels : les enseignants sont majoritairement des femmes issues des classes moyennes, déjà familiarisées aux idées et aux traitements psychologiques. Cette appropriation a été facilitée par le fait que la psychologie propose des réponses en termes de gestion du problème. D'une part, « l'entrée psychologique dans l'échec scolaire permet (...) d'identifier des causes ciblées, voire des « responsables » [les parents], sur lesquels il est possible d'agir »²¹⁴. D'autre part, l'explication psychologique des difficultés des enfants offre des espoirs de résolution de la situation, puisqu'il est possible d'orienter les enfants chez des « psy » (psychologue, psychiatre...). La psychologie est donc pour les enseignants un « registre de compréhension » mais aussi « d'action »²¹⁵, où l'interprétation des difficultés s'accompagne très souvent d'un placement de l'enfant dans un dispositif de prise en charge de « l'enfance en difficulté ».

Ainsi, une certaine mécanique se met en place : les comportements inadaptés des élèves attirent particulièrement l'attention des enfants en maternelle (davantage que les performances scolaires faibles) ; la déviance comportementale est massivement interprétée selon le registre du trouble psychoaffectif ; les troubles psychoaffectifs étant considérés comme les obstacles les plus entravants à l'adaptation scolaire²¹⁶, ils font l'objet d'envoi vers un spécialiste. La psychologisation de la difficulté précoce en maternelle a ainsi deux conséquences directes : l'externalisation de la prise en charge de ces difficultés hors de la classe (RASED, CMPP, orthophoniste...) ainsi qu'une mise en accusation des parents, puisque « psychologisation rime avec responsabilisation d'un ou des parents »²¹⁷.

Avant d'en venir à la question de l'externalisation du traitement de la difficulté et donc des premiers suivis, il faut nuancer le propos sur la prégnance des discours psychologisants à l'école maternelle. Tout en constatant leur persistance, les ethnographes des petites classes observent aussi une diversité des pratiques enseignantes, de leur rapport au métier, aux normes institutionnelles et aux problèmes enfantins.

²¹³ Et qui sont encore majoritaires en 1997 selon Laurence Thouroude : « À la question des priorités dans les objectifs de l'école maternelle (chaque enseignant devait en citer trois *maximum*, parmi les six items proposés), c'est la socialisation [socialisation comprise comme l'acculturation scolaire et l'apprentissage de ses règles et obéissance] qui est le plus souvent citée (75 % des enseignants). L'épanouissement est une priorité pour 63 % des enseignants. Le développement des compétences n'est pas aussi important qu'on pourrait le supposer, puisque (...) 11 % seulement citent le développement des compétences intellectuelles. » L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit, p. 41.

²¹⁴ S. Morel, « Les professeurs des écoles et la psychologie », art cit, p. 155.

²¹⁵ *Ibid.*, p. 151.

²¹⁶ Parmi les sept items proposés concernant les obstacles à l'adaptation scolaire (il fallait en choisir un maximum de quatre), les troubles psychoaffectifs arrivent largement en tête, cités par 87 % des enseignants. L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit, p. 41-42.

²¹⁷ S. Morel, « Les professeurs des écoles et la psychologie », art cit, p. 155.

4.2.2. Diversité des références et des pratiques enseignantes

Le soupçon d'un trouble psychologique est répandu dans les expériences des familles enquêtées, mais il n'est pour autant pas la seule explication proposée par l'enseignant, certains suspectant un problème médical latent et d'autres relativisant l'aspect problématique voire dramatique des comportements et pratiques des enfants. C'est parfois un même enfant qui d'une année sur l'autre fait l'objet de jugements différents, ce qui m'avait amenée à relativiser l'évidence d'une anormalité.

La cohabitation (teintée de rapports de force) de différents modèles institutionnels à l'école maternelle, aussi décrite comme une ambiguïté sur ses missions²¹⁸ est certainement ce qui permet de comprendre la diversité des pratiques enseignantes et leurs rapports différents à la difficulté infantine. G. Leroy observe qu'entre les enseignants fortement marqués par l'objectif scolaire de la maternelle et ceux qui « cherchent à dialectiser objectifs scolaires et prise en compte psychologico-affective de l'enfant »²¹⁹, de vraies différences de pratiques existent entre enseignants, notamment concernant les élèves les plus en difficulté : les premiers s'efforcent davantage de les raccrocher aux objectifs scolaires et adoptent des pédagogies plus égalisatrices en termes d'acquisitions des savoirs scolaires, quand les seconds ont davantage tendance à les écarter estimant leur difficultés trop envahissantes. L. Thouroude raccorde également la diverse tolérance des enseignants aux écarts enfantins aux ambiguïtés institutionnelles concernant les missions de l'école, ces dernières offrant une marge de manœuvre aux professionnels plus grande que dans les niveaux scolaires supérieurs, plus cohérents au niveau normatif. Elle observe également un ensemble de facteurs qui vont jouer sur leur acceptation et leur traitement des difficultés des enfants, ayant trait aux conditions d'exercice (exercice en ZEP, en milieu mixte, en petite ou grande section, avoir ou pas fonction de direction, etc.) ainsi qu'à « un rapport personnel à sa profession, qui s'intègre dans un ensemble de valeurs et de convictions globales, une certaine conception philosophique et éthique du monde »²²⁰ (regard sur l'immigration, le handicap, la psychiatrie, etc.). Permise par l'institution où différentes forces sociales s'affrontent, la variabilité des pratiques enseignantes renvoie ensuite à un ensemble de caractéristiques sociales des professionnelles, telles que l'âge, le sexe, l'origine sociale, l'orientation politique, la trajectoire professionnelle et scolaire antérieure...

Ainsi un enfant « pataud » ou replié sur lui-même peut faire l'objet d'une dramatisation rapide par une enseignante, qui va en quelques mois de scolarisation orienter la famille vers un CMPP, ou bien être sujet à une relativisation par un enseignant qui estime qu'il faut lui laisser le temps de se développer, ou encore qui va prendre en charge lui-même l'apprentissage des règles et pratiques scolaires sans proposer d'autres suivis spécifiques. Quelques parents témoignent d'un « gros investissement » de la part d'un enseignant de maternelle. La mère de Loïc parle d'une enseignante de maternelle « *géniale* », « *qui a tout*

²¹⁸ L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit.

²¹⁹ G. Leroy, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, op. cit., p. 284.

²²⁰ L. Thouroude, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », art cit, p. 44.

essayé avec lui, elle lui faisait faire des parcours, elle était beaucoup derrière lui... elle voulait qu'il progresse ça lui tenait à cœur » (Loïc est décrit comme un enfant « mou » physiquement et en décalage dans ses interactions sociales depuis petit). Annabelle loue également l'enseignante de grande section de Nino, qui, en plus d'avoir suspecté une dyspraxie a « *de son côté essayé plein de trucs à l'école : elle lui changeait les stylos, lui changeait sa posture pour qu'il ait du vide sous le coude, ou du plein... Cathy elle a fait le job de quatre personnes à la fois. Je ne m'en suis pas rendue compte sur le coup. Elle le prenait un jour sur deux entre midi et deux en soutien. Grave impliquée. Ils étaient que tous les deux, Nino était ravi* ». Ces deux mères sont lors des entretiens extrêmement reconnaissantes envers ces enseignantes dont le travail aurait beaucoup fait progresser l'enfant, au même titre que celui des rééducateurs qui suivront bientôt l'enfant.

A vouloir décrire des tendances dominantes, le risque est d'aplatir le réel, voire d'en omettre des pans, et ici la diversité des retours enseignants est autant significative que leurs récurrences. Il seraient surtout dans l'incertitude quant à l'« hors-normalité » de l'enfant, incertitude qu'ils tenteraient de cerner au moyen des différents référentiels qui construisent leur professionnalité, et leurs savoirs expérientiels au contact des enfants. Quels que soient leurs jugements, il faut cependant admettre que l'externalisation de la prise en charge de la difficulté est précoce puisqu'elle a lieu dès la maternelle pour tous les enfants, hormis évidemment les quatre qui ne font alors l'objet d'aucun signalement.

4.3. Des spécialistes consultés précocement

Tous les enfants signalés en maternelle ont donc au sortir de cette école été suivis par un spécialiste de la difficulté scolaire. Plusieurs d'entre eux ont été orientés vers un membre du RASED (psychologue scolaire et/ou enseignant spécialisé) et la plupart ont consulté un spécialiste extérieur à l'école. Cette pratique d'externalisation n'est pas nouvelle puisqu'elle est constitutive de la création de l'école : quelques années après l'obligation de scolarisation à la fin du 19^{ème} siècle, le Ministère de l'Instruction Publique met sur pied des classes spéciales afin de recueillir les enfants inadaptés mais toutefois jugés éducatibles et dont on craint une dérive délinquante. Ce processus d'externalisation s'accroît à l'heure de la massification scolaire à partir des années 1960, avec la création du groupe professionnel des « rééducateurs »²²¹ au sein de l'Education Nationale. Ces rééducateurs ont pour objectif de limiter les « orientations abusives en classe de perfectionnement »²²² (qui accueillent alors des enfants à l'intelligence préservée contrairement à leur mandat), mais opèrent rapidement un travail d'extension de définition de leur clientèle, élargissant cette dernière à tous les élèves en échec qui ne sont pas « débiles » – ceux qui, pourtant intelligents, ne parviennent pas à maîtriser convenablement les apprentissages de base et risquent un redoublement ou

²²¹ Le groupe des rééducateurs de l'Education Nationale se divise en deux spécialités : les rééducateurs en psychopédagogie (spécialité créée en 1961) et les ceux en psychomotricité (1965), qui sont les ancêtres des deux spécialités enseignantes que l'on retrouve aujourd'hui au sein des RASED, le Maître E et le Maître G.

²²² C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit., p. 125.

une carrière scolaire courte. Dans le même temps, ce sont aussi des rééducateurs issus du secteur paramédical (psychomotriciens et orthophonistes) qui investissent cette clientèle enfantine en échec scolaire au sein des CMPP. L'apparition de nouveaux spécialistes, si elle fait débat à l'époque aura pour effet d'exproprier aux enseignants des classes ordinaires le travail sur les difficultés des enfants : l'échec scolaire devient trop spécifique pour être traité par des professionnels généralistes et régulé au sein même de la classe.

Aujourd'hui, ce champ d'intervention professionnelle s'est densifié et il a fait l'objet d'une régulation plus formelle avec les années : le paradigme d'un travail pluridisciplinaire s'est imposé pour réguler les concurrences et apporter un « regard global » sur l'enfant²²³. Dans cette organisation partenariale autour de l'échec scolaire, le mandat enseignant est recentré autour du rôle d'agent de repérage et d'orientation : d'après les directives institutionnelles, l'enseignant ne doit plus agir seul dès que l'élève montre ou énonce des « signes inquiétants » et qu'il présente des « difficultés scolaires »²²⁴. « La collaboration se justifie à partir du moment où émergent des situations difficiles, complexes ou encore des besoins particuliers qui nécessiteraient par exemple des mesures de différenciation, d'accompagnement et d'appui »²²⁵. Les directives autour de la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages s'inscrivent dans ce sillage en enjoignant les enseignants à repérer dès la maternelle des signes d'alerte et proposer aux parents des bilans pour vérifier les soupçons. L'externalisation précoce des enfants se comprend davantage comme une délégation institutionnelle (impulsée par la haute administration de l'Education Nationale) que comme une volonté propre (ou une intolérance grandissante à la difficulté) du groupe professionnel des enseignants – même si ceux-ci s'approprient parfois avec « zèle » ces recommandations²²⁶.

Vers qui les enseignants de maternelle orientent-ils les enfants pour un suivi ou un bilan ? Vers un membre du RASED (psychologue scolaire et/ou enseignant spécialisé), un orthophoniste, un psychomotricien, un psychologue ou un CMPP – pour ces derniers, l'avis du médecin ou de la psychologue est requis, mais pas nécessairement demandé. Les recours proposés sont à comprendre en regard des difficultés exprimées par l'enfant (l'orthophoniste étant sollicité pour des difficultés d'expression orale et le psychomotricien pour la motricité fine ou globale) mais aussi de la théorie diagnostique enseignante : la suspicion d'un trouble d'ordre psychoaffectif poussera l'enseignant à proposer un suivi vers un

²²³ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit. ; J. Pelhate, *La mise en scène partenariale de l'échec scolaire. Approche ethnographique du traitement interinstitutionnel de la difficulté scolaire en REP (Genève)*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université de Genève, Genève, 2018.

²²⁴ P. Garnier, *Faire la classe à plusieurs. Maîtres et partenariats à l'école élémentaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2003.

²²⁵ J. Pelhate, *La mise en scène partenariale de l'échec scolaire. Approche ethnographique du traitement interinstitutionnel de la difficulté scolaire en REP (Genève)*, op. cit., p. 170.

²²⁶ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit. Le moment adéquat pour solliciter une aide extérieure, paramédicale ou psychologique fait toujours débat au sein des groupes professionnels, enseignants comme rééducateurs. Des reproches sont faits aux enseignants de déléguer le traitement de difficultés qui relèvent de leurs prérogatives, et c'est en particulier la distinction des missions entre l'enseignant et l'orthophoniste qui reste peu claire. Claudine Philippe, « La profession d'orthophoniste face à l'école élémentaire : au-delà d'une confrontation ? », in L. Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2007, p.181-191.

psychologue ou un CMPP, quand une difficulté estimée plus technique liée par exemple à un retard de maturation pourra conduire vers un suivi chez un rééducateur.

Enfin, il faut préciser que les enseignants n'orientent pas des enfants directement mais qu'ils conseillent des parents : aucun suivi ne se fait sans leur assentiment, et ces derniers n'acceptent pas toujours les propositions enseignantes. Ainsi, comme nous le verrons dans les deux prochains chapitres, les premiers suivis effectués par l'enfant ne révèlent pas nécessairement l'intention scolaire, sinon tout autant le questionnement parental.

4.4. Des parents qui peuvent négocier le statut et la prise en charge de l'enfant

Lorsque les enseignants font part de leurs inquiétudes à propos de l'enfant aux parents, la plupart des parents partagent leurs inquiétudes et suivent les suivis préconisés : par le RASED (10 enfants), un rééducateur (5), le CMPP (4). Tous cependant ne s'accordent pas aux hypothèses fournies par l'école.

Valérie : En petite section on nous a dit qu'il [Émilio] était peut-être autiste. Nous on a dit : « mais il est pas autiste ! » On le voyait pas du tout comme ça à la maison. (...) Oui, parce qu'entre ce que disait l'école et ce que nous on vivait à la maison, y avait un écart énorme. À la maison le gamin était souriant et blagueur, et à l'école il était dépressif, il participait pas... Alors on attendait de voir. Et à la grande section de maternelle à nouveau c'est la psychologue scolaire qui nous pose un autisme, et nous on a dit non. (...) Donc je suis allée fouiller un peu sur internet et là j'ai découvert ce que c'était un peu une psychomotricienne.

Malgré l'insistance de l'école, Valérie ne veut pas vérifier l'hypothèse d'un autisme chez l'enfant, qui lui paraît saugrenue. Alertée tout de même par les inquiétudes de l'école et souhaitant un avis tiers, elle va prendre l'initiative d'un suivi autre que celui proposé : un rééducateur psychomotricien, plus adapté selon elle au profil d'Émilio – elle s'interroge elle-même davantage sur ses habiletés motrices que sur ses capacités relationnelles. De la même manière, lorsque l'enseignant de moyenne section d'Ugo soupçonne chez l'enfant des difficultés de compréhension et accuse Séverine de faire « *trop de trucs* » pour l'enfant l'empêchant ainsi de développer son autonomie, Séverine s'énerve : « *J'étais furax ! Là, j'ai commencé vraiment à réfléchir. Parce que j'étais sûre qu'il comprenait. C'est mon fils, je le connais quand même bien, je sais qu'il comprenait. Donc c'est là qu'on a commencé à faire des tests d'audition, de tout* ». L'enfant passera alors des tests médicaux et non psychologiques. La mère de Mathis refuse aussi la proposition d'un suivi thérapeutique par l'école en moyenne section, après avoir accepté un suivi orthophonique quelques mois avant : « *J'ai volontairement fait de la résistance, je trouvais qu'il était trop jeune pour aller voir un psy* ».

C'est à chaque fois une suspicion d'un désordre psychologique ou d'un problème mental que les parents refusent : ils jugent ces soupçons inadaptés (ils ne correspondent pas à leurs propres

connaissances de l'enfant) et se sentent parfois injustement mis en accusation. Ils s'opposent et vont chercher à négocier avec l'école le statut de l'enfant, la nature de ses difficultés. Pour réduire l'incertitude, mais aussi se doter d'arguments, ils se tournent vers les professionnels de médecine et de rééducation pour une tierce expertise. Parfois, ils entreprennent des démarches non pas pour contrer un avis scolaire mais pour l'affiner, cumuler des connaissances sur l'enfant et ses possibles problèmes. Au total, dix-huit familles de l'enquête vont dès la maternelle prendre des initiatives en termes de « soins » ou de « bilans » pour l'enfant, parallèlement ou pas à des suivis proposés par l'école ou le pédiatre. Ainsi, les jugements et pratiques parentales sont des éléments différenciateurs des parcours des enfants en ce qu'ils vont participer à inscrire l'enfant dans certains types de prise en charge au détriment d'autres. A ce stade, il apparaît que lorsque les parents interviennent « contre » l'école, c'est pour mettre à distance les grilles de lectures et suivis psychologisants et/ou pathologisants.

J'analyserai dans le troisième chapitre de la thèse les caractéristiques des familles qui s'opposent voire s'imposent à l'institution comparativement à celles qui se laissent davantage guidées – qu'elles soient convaincues ou non par les moyens mis en place pour remédier au problème de l'enfant. En attendant, on peut tout de même faire l'hypothèse que leur détachement face à l'école est lié à leur position dans l'espace social (au sein de classes moyennes), car ces pratiques ne sont pas observées des sociologues qui enquêtent en milieux populaires : à l'inverse, ces derniers travaux font état de familles dominées par l'institution, dont les tentatives de résistances finissent par échouer face à une institution qui s'organise en vue de leur faire accepter le projet scolaire et/ou de soin²²⁷.

Conclusion intermédiaire

Pour qualifier les écarts des enfants aux normes scolaires, les enseignants vont mobiliser en priorité des référentiels psychologiques évoquant un désordre intérieur de l'enfant et suspectant des pratiques éducatives et/ou des situations familiales carencées ou peu adaptées. La récurrence de ces interprétations est à comprendre par la pénétration ancienne et persistante d'une vulgate psychologique au sein de l'institution, qui a constitué historiquement un levier de professionnalisation de la profession d'enseignant en maternelle. Cependant, c'est aussi une diversité d'expériences et de discours que rapportent les parents lorsqu'ils décrivent les premières alertes données par les enseignants l'école maternelle : la période apparaît surtout marquée par l'incertitude quant aux difficultés enfantines. Les premiers jugements forgés par les enseignants induisent des suivis spécifiques, se partageant en deux types : des prises en charge « techniques » chez des rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens) et des suivis thérapeutiques

²²⁷ P. Périer, *École et familles populaires. Sociologie d'un différend*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005 ; F. Sicot, *Décider d'une orientation ou d'une adaptation scolaire. Eléments pour une analyse d'un dispositif de jugement*, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=498>, 2009, consulté le 4 octobre 2013 ; L.M. Gremion-Bucher, *Les coulisses de l'échec scolaire : étude sociologique de la production des décisions d'orientation de l'école infantile et primaire vers l'enseignement spécialisé*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Genève, 2012 ; H. Dupont, *Ni fou, ni gogol ! orientation et vie en ITEP*, Fontaine [Isère], Presses universitaires de Grenoble, 2016.

chez des psychologues ou en CMPP²²⁸. Si la plupart des parents se range derrière l'avis de l'école dans un premier temps, certains donnent déjà à voir des pratiques de résistances en faisant pencher la prise en charge de l'enfant et la définition de ses difficultés dans un autre sens que celui proposé.

²²⁸ Nous verrons dans les chapitres suivants que cette distinction n'est pas aussi claire, du fait de rééducateurs qui font tendre leurs pratiques vers un suivi psychothérapeutique.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

D'après certains parents, l'école maternelle reste l'expérience scolaire la plus douloureuse pour leur enfant, ce dernier étant jugé pathologiquement inadapté à l'institution comme ce ne sera plus le cas par la suite. Pour d'autres, elle est à l'inverse une époque scolaire plutôt heureuse, ou du moins « tranquille », avant de subir la pression des performances requises dès l'école primaire et les verdicts négatifs qui l'accompagnent. Ainsi, si les difficultés des enfants persistent, leur écart à la norme scolaire ne va pas forcément croissant au fur et à mesure de la scolarité. Avant de suivre pas à pas l'évolution de leur carrière scolaire et des différentes aides dont ils bénéficient, ce premier chapitre a permis de répondre à un certain nombre de questions quant à la « nature » de leurs difficultés.

Quand et comment se manifeste l'anormalité des enfants qui seront finalement qualifiés de « dyspraxiques » ? L'école est la première à donner l'alerte, s'inquiétant des comportements inadaptés de l'enfant à son arrivée dans l'institution, ainsi que des faibles habiletés motrices ou langagières. Les descriptions faites des enfants à cet âge sont plurielles (mollesse/agitation, langage élaboré/enfant non communicant, maîtrise ou non des codes sociaux...) et il est difficile à ce stade d'imaginer qu'ils seront classés sous une même terminologie médico-psychologique. Les plaintes enseignantes à leur égard semblent être diverses, ainsi que peu spécifiques si l'on se réfère à la littérature sociologique sur la petite enfance déviante ou « en difficulté ». La maladresse, l'agitation, l'apathie, l'inhibition, le retrait des activités ou une parole peu développée sont les stigmates les plus répandus dans les discours des professionnels de la petite enfance rapportés par les parents – seules la violence et l'agressivité sont *quasi* absentes dans cette enquête. Ces enfants n'apparaissent pas alors comme de « nouveaux anormaux » mais bien comme des anormaux « traditionnels », pour lesquels des prises en charge *ad hoc* existent.

C'est à l'école que l'enfant devient anormalement en décalage avec les enfants de sa classe d'âge. Si les parents le justifient par l'œil expert de l'enseignant (qui a les moyens de la comparaison), il est aussi possible de l'expliquer au regard des normes et attentes institutionnelles : c'est avant tout parce que l'enfant n'est pas scolaire, adapté aux exigences de l'institution, qu'il apparaît comme anormal. L'enfant ne s'exprime pas selon les codes de la participation scolaire, il ne tient pas en place sur sa chaise, il n'est pas à l'aise dans la vie en collectivité, il n'est pas autonome au travail et dans les gestes quotidiens, il maîtrise mal les outils scolaires... autant d'aptitudes qui n'étaient pas attendues dans les milieux antérieurement fréquentés par l'enfant (famille, assistante maternelle, crèche...). C'est à ce titre que l'on parle de déviance ou d'anormalité d'école, dans la lignée de travaux sur les anormalités d'institution²²⁹. D'ailleurs, les signalements croissants portant sur le « graphisme pauvre » des enfants découlent d'une attention soutenue portée aux activités écrites en maternelle depuis trois décennies (que les sociologues décrivent comme un mouvement de scolarisation de la maternelle), ce qui nourrit la thèse de la production

²²⁹ R. Bodin, *L'institution du handicap*, op. cit. ; J. Gateaux-Mennecier, *La débilité légère*, op. cit. ; F. Muel-Dreyfus, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », art cit.

institutionnelle des troubles. « Production » dans tous les sens du terme, puisqu'on aura vu qu'à mesure que l'institution accroît ses exigences envers les comportements et les performances des enfants, elle ne donne pas aux enfants les moyens de « rattraper le retard » du fait d'une dénégation et d'une invisibilisation des processus d'apprentissages.

Ces manifestations enfantines hors normes semblent rapidement pathologisées pour une part des enseignants et décrites comme le signe d'un désordre intérieur de l'enfant, résultant des dysfonctionnements d'une famille pathologique. L'attention accrue portée aux comportements (notamment relationnels) et la manière de les interpréter sont héritées des référentiels savants psychanalytiques, vulgarisés et appropriés massivement par les enseignants de la petite enfance à partir des années 1960. Différents registres sont toutefois mobilisés pour expliquer les difficultés des enfants, ce qui transcrit les rapports divers des enseignants de maternelle à leur métier et à la difficulté infantile ; ce qui est aussi à comprendre par la non-appartenance des familles aux classes populaires, ces dernières faisant davantage l'objet de traitements psychologisants et familialistes de la part de l'école. C'est aussi la question de l'intervention précoce qui apparaît discutée dans le monde des professionnels de la petite enfance, entre une approche partisane de l'attente et de la réserve lorsque l'enfant est petit et « peu marqué », et une approche prenant parti pour un dépistage précoce afin d'affirmer ou d'éliminer au plus tôt une potentielle pathologie – ce débat sera développé au chapitre suivant. Et si l'externalisation du traitement de la difficulté scolaire n'est pas un fait nouveau, elle semble de plus en plus précoce, du fait de dynamiques entrecroisées : l'exigence accrue envers les enfants en maternelle ; l'incitation institutionnelle au travail partenarial avec des spécialistes extérieurs (les recommandations autour des troubles des apprentissages ne peuvent que renforcer ce mouvement) ; l'investissement des parents (ou du moins d'une certaine fraction de parents) qui vont de leur propre initiative aller chercher des expertises, même lorsque les agents scolaires ne les y pressent pas.

A ce stade, les trajectoires des enfants sont très ouvertes, et, sauf pour ceux qui accèdent déjà au diagnostic de dyspraxie en maternelle, un ensemble de traitements de leurs difficultés est alors probable. D'ailleurs plusieurs d'entre eux connaîtront successivement différentes qualifications de leur problème. Pour comprendre comment ces parcours de « soins » ou d'aide vont se différencier (avec des interprétations radicalement différentes des difficultés), mais aussi comment ils aboutiront au diagnostic de trouble cognitif au détriment des autres régimes d'explication (le trouble affectif, le handicap socio-culturel...), le prochain chapitre se propose d'étudier les producteurs d'expertise sur l'enfance en difficulté, leur histoire, leurs pratiques, leurs collaborations, et leurs clivages et controverses.

CHAPITRE 2

Structuration de l'expertise neurocognitive et différenciation des publics

Alors que les enfants soulèvent des inquiétudes dès la maternelle, c'est rapidement à l'extérieur de l'école que seront cherchées des réponses et des solutions. Si l'externalisation des suivis est précoce, les familles se confrontent au diagnostic de dyspraxie selon des temporalités très différentes. Les entretiens réalisés avec les parents indiquent que plusieurs acteurs interviennent pour qualifier et traiter le problème, des professionnels en libéral et des structures, qui se cumulent ou se succèdent, parfois avec une certaine continuité dans l'approche du problème, parfois avec de réelles inflexions dans le sens donné aux difficultés et dans les remédiations apportées. Les entretiens ont aussi donné à voir que les parents étaient très actifs dans la recherche de solutions, et pouvaient être à l'initiative de certains suivis, comme de l'arrêt de prises en charge qu'ils jugeaient insatisfaisantes. Plus généralement, ils participent aux négociations autour du statut de l'enfant et des conditions de sa prise en charge dans l'école et en dehors, contribuant ainsi à donner un sens aux trajectoires scolaires et de soins. Pour autant, on ne peut s'en tenir aux discours des parents sur les raisons de leurs décisions pour comprendre les parcours des enfants et leur circulation entre différents classements de la difficulté. En effet, leurs choix sont contraints par un contexte : celui des pratiques scolaires de jugement et d'orientation des enfants, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, ainsi que celui de l'offre de remédiation disponible dans et hors l'école, ses caractéristiques, son organisation, son fonctionnement.

Ce chapitre s'attache pour cela à l'étude de cette offre médico-psychologique, majoritairement extra-scolaire, dans laquelle circulent les enfants. Cette dernière a la particularité d'être marquée par des controverses professionnelles entre des approches « psy » des troubles et des « soins » (psychanalyse *vs* sciences neurocognitives), en plus d'abriter des concurrences professionnelles plus ordinaires. Dans cet espace aux savoirs non unifiés, les professionnels qui se succèdent produisent des expertises différentes et parfois contradictoires, qui vont engager les enfants et leurs familles dans un certain régime de soin, et au-delà, certains circuits sociaux au détriment d'autres²³⁰. Ce chapitre va donc examiner la façon dont se distribuent ces controverses sur le territoire – le territoire national et plus spécifiquement celui local de

²³⁰ R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*

l'Agglomération où s'est déroulée l'enquête, puisqu'ils présentent certaines spécificités qui participent à produire des trajectoires originales – et la manière dont les différentes expertises « psy » sont accessibles pour les familles : il s'agit de mettre au jour les groupes professionnels et les structures qui les portent, l'implantation géographique de ces derniers, leur coût financier pour les usagers, mais aussi leurs modes de recrutement (quels liens entretiennent-ils en particulier avec l'école, grand pourvoyeur d'enfants en difficulté ?), leurs collaborations, leurs pratiques, leurs rapports aux familles... Toutes ces analyses aideront à comprendre les parcours des enfants dyspraxiques, dans leurs récurrences et leur diversité ; on y cherchera aussi des clefs de compréhension de la morphologie sociale du groupe des enfants « dys » : leur appartenance aux classes moyennes et supérieures, alors que ce sont les enfants des classes populaires qui sont surreprésentés parmi ceux en difficulté scolaire.

La première partie du chapitre revient sur la construction de la cause de la dyspraxie en France. C'est en présentant les troubles spécifiques des apprentissages – parmi lesquels figure la dyspraxie – comme un problème de santé publique autant que scolaire que les promoteurs de la cause ont porté le débat dans l'espace public, et aux oreilles de l'Etat. Dans les années 2000, la cause de la dyspraxie naît comme une déclinaison de celle de la dyslexie formée deux décennies plus tôt, et c'est en s'inscrivant dans la dynamique plus vaste de promotion de la neuropsychologie infantile (discipline qui va commencer à se structurer en France à partir des années 1990) qu'elle va trouver des appuis institutionnels – ce qui ne se fera pas sans opposition de la part d'acteurs historiques du champ. La deuxième partie du chapitre retrace la construction de l'offre de prise en charge à destination des enfants atteints d'un trouble spécifique des apprentissages, et la manière dont elle s'est implantée dans un secteur préalablement dominé par une approche psychodynamique des troubles. Il s'agira en particulier de mettre en lumière leur mode d'accessibilité et leur sphère d'influence sur le territoire. La troisième et dernière partie pose la focale sur la pratique des rééducateurs en psychomotricité (groupe professionnel qui s'est révélé central dans le diagnostic et les prises en charge des enfants « dys »), et sur la manière dont l'appropriation des nouveaux référentiels neurocognitifs a transformé le métier. Ce sont leurs pratiques de rééducation qui ont évolué, mais aussi les rapports que les praticiens entretiennent aux familles et à la demande scolaire avec laquelle les enfants consultent. Ce groupe a opéré un repositionnement dans le champ des soins, en écartant sa dimension thérapeutique pour travailler de façon prioritaire les compétences cognitivo-motrices des enfants, induisant ainsi une certaine pédagogisation de l'activité professionnelle. Ces dynamiques professionnelles vont participer à produire une nouvelle division du travail autour de l'échec scolaire, dont il s'agira, dans les chapitres suivants, d'appréhender les effets sur les enfants concernés.

1. 1970-2000 : CONSTRUIRE UN NOUVEAU TERRITOIRE D'INTERVENTION GRÂCE AU TROUBLE COGNITIF

En France, le champ de l'« enfance anormale », et en particulier ses acteurs médico-psychologiques, est historiquement conquis par la psychanalyse²³¹, ce qui constitue un temps un frein à l'implantation des expertises neurocognitives et des causes qu'elles défendent, comme celle des « dys ». Dans les années 1970, les promoteurs de la dyslexie n'étaient pas parvenus à faire du trouble un problème de santé publique²³². Nous avons vu en introduction de la thèse que son succès a finalement été possible par l'évolution des politiques scolaires qui, à partir des années 1990, deviennent favorables à une grille de lecture en termes de spécificité cognitive individuelle. Mais c'est aussi tout un travail militant réalisé par les promoteurs du trouble (les spécialistes médico-psychologiques et les familles) qui permet de hisser le trouble cognitif à la reconnaissance de l'Etat. La cause de la dyspraxie est plus tardive, se formalisant réellement dans les années 2000 – c'est par exemple en 2003 que se crée la première association autour de ce trouble spécifique, « Dyspraxique mais fantastique » (DMF). Elle se constitue dans un contexte plus large de promotion d'une lecture neurocognitive des difficultés (d'apprentissage) des enfants, la neuropsychologie infantile étant jugée en retard par rapport à celle tournée vers les adultes. Ainsi, si la dyspraxie a son histoire sociale et scientifique particulière, avec ses acteurs dédiés, cette histoire n'est compréhensible qu'en retraçant celle plus ample des troubles spécifiques des apprentissages, mais aussi des sciences neurocognitives²³³ dans le domaine de l'enfance.

Nous verrons dans cette première partie que la catégorie nosographique est créée et soutenue par les acteurs de la Santé, alliés aux familles, mais que son histoire reste profondément articulée à la question de l'échec et de l'exclusion scolaire.

1.1. Développement d'une expertise sur initiative privée

1.1.1. Les premiers spécialistes de la dyspraxie en France : des experts originaires de deux champs disciplinaires

Les spécialistes de la dyspraxie en France sont principalement des médecins et des chercheurs en psychologie, et c'est dans les années 1990 que les recherches se développent sur ce trouble qui fait l'objet

²³¹ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit. ; P. Pinell et M. Zafirooulos, *Un siècle d'échecs scolaires*, op. cit.

²³² S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit.

²³³ Ce qu'on appelle aujourd'hui les sciences neurocognitives sont en fait un agrégat successif de plusieurs disciplines académiques prenant pour objet le fonctionnement du cerveau (les neurosciences, elles-mêmes produit d'un regroupement de différentes disciplines telles que la neuroanatomie, neuropharmacologie, neurophysiologie, la génétique moléculaire, la psychiatrie...) et la pensée humaine (la psychologie cognitive, les sciences de l'information, la philosophie de l'esprit...). B. Chamak et B. Moutaud, *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, Paris, Armand Colin, 2014.

de nombreuses qualifications – trouble de l'acquisition des coordinations, dyspraxie, trouble des fonctions exécutives... Les médecins, en haut des hiérarchies professionnelles dans le champ de la santé, et qui de ce fait structurent le développement des recherches autour de la pathologie (ils coordonnent des programmes de recherches, dirigent les premiers centres expérimentaux de diagnostic et de prise en charge...), sont issus de deux sous-champs disciplinaires différents : la neurologie et la médecine de rééducation. Une majorité des médecins qui s'intéressent à la dyspraxie sont des neurologues et des neuropédiatres (Catherine Billard, Yves Chaix²³⁴), qui se sont souvent d'abord spécialisés sur les troubles du langage (dyslexie, dysphasie) avant d'élargir leur intérêt aux troubles des apprentissages, et donc à la dyspraxie²³⁵. Caroline Huron est quant à elle psychiatre de formation, mais c'est également sa spécialisation dans les sciences cognitives et la neuro-imagerie qui l'amène à se spécialiser sur les troubles cognitifs de l'enfant, puis plus spécifiquement sur la dyspraxie. A leurs côtés, on trouve des médecins issus de disciplines somatiques, spécialisés dans la médecine physique et de réadaptation, ou la médecine de rééducation fonctionnelle (Michèle Mazeau, Chantal Feraud-Serres, Alain Pouhet). Parmi les spécialistes de la dyspraxie, on compte aussi des non-médecins : ce sont des universitaires, ayant réalisé leur cursus en psychologie (neuropsychologie, psychologie cognitive) ou en neurosciences (parmi lesquels Jean-Michel Albaret, Laurence Vaivre-Douret).

La dynamique scientifique et professionnelle autour de la dyspraxie résulte ainsi de la rencontre de deux mouvements. Le premier, c'est le développement des sciences neurocognitives à partir des années 1980, qui s'intéressent à des publics et des problématiques toujours plus larges²³⁶. Dans le domaine de la santé, les chercheurs et praticiens des sciences neurocognitives vont s'intéresser à des pathologies (somatiques et mentales) déjà établies, pour voir ce que ces nouveaux outils pouvaient nous apprendre sur elles : l'épilepsie, l'autisme, la schizophrénie, etc. Ils vont également défricher des domaines jusqu'alors peu étudiés par la médecine, et ainsi élaborer ou formaliser des connaissances sur de « nouveaux troubles », tels que les troubles des apprentissages. L'intérêt pour les troubles des apprentissages est renforcé par une dynamique externe à la médecine : l'intérêt de chercheurs en sciences neurocognitives pour les mécanismes cognitifs ordinaires en jeu dans les différents apprentissages enfantins²³⁷, notamment scolaires – on peut se référer aux travaux de Stanislas Dehaene (psychologue cognitiviste et

²³⁴ Les professionnels cités sont des acteurs qui ont eu un rôle important dans l'essor des recherches sur les troubles des apprentissages, et plus encore dans la diffusion des diagnostics hors du champ scientifique. Ils ont œuvré pour qu'ils soient reconnus par l'Etat, et pour le développement de dispositifs de prise en charge – et, ce faisant, ils ont appuyé l'institutionnalisation des sciences neurocognitives à destination des enfants en France. Leurs caractéristiques, rôles et actions seront développés au fur et à mesure des analyses de la première partie de ce chapitre.

²³⁵ Ce qui s'explique en partie par la forte intrication des différents troubles des apprentissages : parmi les enfants dyslexiques auxquels ils étaient confrontés, nombreux étaient ceux qui présentaient un trouble du geste. L'INSERM donne aujourd'hui le pourcentage de 50% de la population « dys » qui aurait un « trouble associé », souvent une autre « dys », un déficit de l'attention, un trouble du spectre autistique...

²³⁶ B. Chamak et B. Moutaud, *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, op. cit.

²³⁷ S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit.

neuroscientifique), s'intéressant au « cerveau en action » dans l'apprentissage des mathématiques puis de la lecture²³⁸.

Le deuxième mouvement professionnel soutenant l'intérêt pour la dyspraxie, c'est la reconversion de médecins et d'unités de soins prenant en charge des enfants infirmes moteurs cérébraux, vers la prise en charge d'enfants dyspraxiques – du fait que la dyspraxie renvoie, contrairement aux autres troubles des apprentissages, à une composante motrice. L'intérêt de ces médecins de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation pour cette nouvelle population semble s'expliquer en partie par la défection de leur public historique. On peut citer ici les propos tenus par Catherine Billard, neuropédiatre spécialisée dans les troubles des apprentissages depuis les années 1990 et Chef de l'« unité de rééducation, neuropsychologie et motrice de l'enfant », dans une interview de 2008 réalisée par la médecin-journaliste Catherine Faber²³⁹. Elle est interrogée sur l'« unité de rééducation neuropsychologique pluridisciplinaire » de l'hôpital Bicêtre qu'elle dirige depuis sa création en 2000 – la structure propose des aides au diagnostic et contribue aux projets thérapeutiques des enfants porteurs de troubles du langage.

Catherine Faber : Quand ce programme a-t-il été mis en route ?

Catherine Billard : Ce programme [l'unité de rééducation neuropsychologique pluridisciplinaire] a été approuvé en 1999, année de mon arrivée à l'hôpital de Bicêtre. Avant cette date, notre unité était une unité qui prenait en charge des enfants infirmes moteurs cérébraux (IMC). Nous avons travaillé deux années pour adapter et mettre en place le nouveau projet du service. Ce dernier se justifiait par la nécessité de proposer une prise en charge aux enfants dyslexiques en milieu spécialisé, cadre inexistant jusqu'alors. Je tiens à signaler que des structures de prise en charge des enfants IMC s'étaient développées dans le monde médico-social. Il n'y avait donc plus besoin d'une structure hospitalière pour les enfants IMC, mais elles faisaient défaut pour les enfants porteurs de troubles des apprentissages. C'est alors que, grâce au plan d'action ministériel, nous avons reçu les moyens nécessaires pour nous permettre de mettre sur pied ce projet.

Ainsi, au cours des années 1990 et plus encore des années 2000, plusieurs pôles experts sur les troubles des apprentissages se développent dans des structures accueillant des enfants infirmes moteurs et/ou sensoriels, en lien avec une désinstitutionnalisation de la prise en charge de ces précédents publics²⁴⁰ – vers plus d'ambulatoire et d'intervention « hors les murs », et une inclusion accrue en milieu ordinaire. Sur le territoire de l'enquête, c'est par exemple une unité d'une structure ASEI²⁴¹ qui devient un acteur important du réseau local de prise en charge pour « dys ». L'accueil des enfants atteints d'un trouble

²³⁸ S. Dehaene, *La bosse des maths*, Paris, Odile Jacob, 1996 ; S. Dehaene, *Le cerveau en action*, Paris, Presses universitaires de France, 1997 ; S. Dehaene, *Les neurones de la lecture*, Paris, Odile Jacob, 2007.

²³⁹ Disponible sur le site de l'association Association pour la recherche des troubles de l'apprentissage (ARTA), créée par Catherine Billard elle-même. <http://old.arta.fr/ressourceload.php?id=173>

²⁴⁰ Processus qui est à l'œuvre depuis les années 1970 dans le champ du handicap (mais aussi de la santé mentale). G. Eyal, « For a sociology of expertise : the social origins of the autism epidemic », *American journal of sociology*, 2013, 118, 4, p. 863-907 ; T. Pierre et P. Hirlet, « Ce que la désinstitutionnalisation de l'action sociale fait au travail (du) social », 7, Rouen, 2011.

²⁴¹ Agir, Soigner, Eduquer, Insérer. L'ASEI est une association nationale qui accompagne les personnes en situation de handicap, moteur, mental, psychique, sensoriels, de l'enfance aux personnes handicapées vieillissantes. En 2017, elle gère 46 centres regroupant 84 établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

spécifique des apprentissages apparaît comme une opportunité pour ces acteurs pour maintenir une patientèle malgré la diminution de leur public historique, et ainsi soutenir leur place dans la prise en charge de l'enfance handicapée ou en difficulté. Ils vont alors se former aux sciences neurocognitives et participer ainsi à l'essor de la discipline, et surtout au développement de dispositifs de prise en charge s'inscrivant dans ce virage conceptuel et pratique neurocognitif.

1.1.2. Des spécialistes sur tous les fronts

Les spécialistes décrits plus haut, et les médecins plus encore que les seuls universitaires, ont fortement œuvré pour la connaissance et la reconnaissance des troubles des apprentissages, en étant actifs sur plusieurs plans. Ils sont d'une part praticiens-chercheurs, et ont contribué à développer les connaissances sur la pathologie et les mécanismes cognitifs des enfants, dans le même temps qu'ils pratiquaient l'activité diagnostique et la prise en charge des enfants. Ce sont d'ailleurs eux qui ont développé les outils diagnostiques, et mis sur pied des structures pour le diagnostic et la prise en charge des enfants « dys ». D'autre part, ils ont milité pour la reconnaissance des troubles, sociale et plus particulièrement étatique, en activant plusieurs leviers.

1.1.2.1. *Des sciences neurocognitives tournées vers l'intervention thérapeutique*

Il est frappant de constater que les articles scientifiques produits dans les années 1990 et 2000 autour des troubles spécifiques des apprentissages traitent autant des mécanismes cognitifs du cerveau des enfants concernés, que des aides qui pourraient leur être bénéfiques²⁴². Recherche de connaissances sur le trouble et recherche de solutions sont étroitement intriquées, ce qui semble lié au développement des disciplines scientifiques neurocognitives et à leur caractère pragmatique.

Lorsqu'elle se développe dans les années 1960 aux Etats-Unis, la discipline neuroscientifique (qui est alors davantage un programme de recherche qu'une discipline en soi²⁴³) s'interroge sur le fonctionnement du cerveau humain autant qu'elle entend proposer une action dessus. Le projet neuroscientifique est plus ambitieux que la volonté de connaître la psyché individuelle : il vise, par la « connaissance universelle » du cerveau (considérée dans cette optique comme l'essence de l'humanité), l'amélioration du bien-être humain et social au moyen d'interventions sur le cerveau-même – qui seront rendues possibles grâce à la sophistication à venir des techniques. Ainsi, les fondateurs de cette approche ont, dès son institutionnalisation, l'ambition de traiter un large éventail de « problèmes psychologiques,

²⁴² La consultation des sommaires des différents numéros de la revue ANAE (première revue francophone sur une approche neuropsychologie des apprentissages chez l'enfant, créée en 1989) est à ce titre édifiante. <https://www.anae-revue.com/anae-en-acc%C3%A8s-libre/>

²⁴³ J. M. Abi-Rached, N. Rose, Historiciser les neurosciences, in B. Chamak et B. Moutaud, *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, op. cit., p. 58.

comportementaux et sociaux », des maladies mentales aux « troubles du ghetto urbain » en passant par « la menace de la drogue sur nos sociétés »²⁴⁴. Ils sont en quête, en somme, de « la survie et l'amélioration de la vie humaine sur la planète »²⁴⁵.

Cette ambition sociale se donne à voir dans l'institutionnalisation et le développement de ce qui devient une discipline scientifique : les chercheurs ne se bornent pas à la recherche fondamentale, mais proposent de nombreuses applications, en particulier dans le domaine de la santé²⁴⁶. C'est même la division du travail traditionnelle entre chercheurs et praticiens qui tend à être brouillée, les chercheurs étant eux-mêmes des praticiens (c'est le cas des médecins et des psychologues), et de nombreux praticiens de santé participant plus ou moins ponctuellement à l'effort de recherche. Ce pragmatisme scientifique s'observe dans le champ professionnel en France qui se développe autour des troubles cognitifs infantiles, qui « se traduit, au sein de l'univers des NC [sciences neurocognitives], par l'absence d'une division du travail fortement marquée entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée »²⁴⁷. La revue de neuropsychologie ANAE (Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant)²⁴⁸ créée en 1989 – étape importante de l'institutionnalisation des sciences neurocognitives infantiles en France – précise par exemple dans sa « stratégie éditoriale et scientifique » ses « fonctions et objectifs », qui sont dirigés autant vers la compréhension des troubles que l'amélioration de leur traitement. L'équipe d'ANAE aspire à ce que l'approche neuropsychologique qu'elle valorise permette d'« analyser et comprendre les pathologies », de fédérer les intervenants en leur permettant de « partager un vocabulaire, des modes d'analyse et d'évaluations », d'« optimiser la complémentarité et l'efficacité du travail et de la prise en charge coordonnés des enfants et des élèves »²⁴⁹. D'ailleurs, si une meilleure connaissance du cerveau doit permettre d'améliorer la prise en charge des enfants, la réaction des enfants aux aides et interventions est un appui pour les spécialistes pour comprendre les mécanismes du cerveau : la recherche fondamentale et la recherche appliquée se nourriraient donc réciproquement.

Plus particulièrement autour de la dyspraxie, on observe qu'une partie du travail de recherche des chercheurs en sciences neurocognitives est orientée vers la production d'outils diagnostiques, ou encore de méthodes de rééducation et de protocoles de prises en charge qui permettraient l'amélioration de la qualité de vie des enfants. La neurologue Michèle Mazeau a fait évoluer les outils diagnostiques de la dyspraxie au

²⁴⁴ F. Schmitt, 1970, p.1008, cité par J. M. Abi-Rached, N. Rose, Historiciser les neurosciences, in *Ibid.*, p. 56.

²⁴⁵ F. Schmitt, 1990, p.232, cité par J. M. Abi-Rached, N. Rose, Historiciser les neurosciences, in *Ibid.*, p. 57.

²⁴⁶ J. M. Abi-Rached, N. Rose, Historiciser les neurosciences, in *Ibid.* Notamment avec le développement de médicaments (antipsychotique...), et plus tard davantage des rééducations.

²⁴⁷ S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit, p. 225.

²⁴⁸ La revue est créée par la pédopsychiatre Claude-Jeanne Madelin dans « le souci de promouvoir la neuropsychologie de l'enfant », considérant que « la neuropsychologie française est exclusivement tournée vers l'adulte ». <https://www.anae-revue.com/qui-sommes-nous/historique-fondation/> Elle va fédérer les chercheurs et praticiens en sciences neurocognitive et leur donner une visibilité dans le monde scientifique et au-delà. Elle reste une revue importante avec ses 6 à 8 numéros annuels, et propose de nombreux numéros sur les troubles des apprentissages.

²⁴⁹ Voir leur site internet : <https://www.anae-revue.com/qui-sommes-nous/stat%C3%A9gies-%C3%A9ditoriales-et-scientifiques/>

début des années 2000, la neuropédiatre Catherine Billard a travaillé sur la création de logiciels de recherche visant à améliorer les compétences des enfants²⁵⁰, la chercheuse en psychologie Laurence Vaivre-Douret a produit des batteries d'évaluation des fonctions cognitives ainsi que des protocoles d'évaluation de dispositifs cliniques existants²⁵¹... A l'autre bout des hiérarchies professionnelles, on peut aussi observer qu'un certain nombre de praticiens rééducateurs participait à la recherche autour de la dyspraxie, aux côtés des médecins et chercheurs qui sont parmi les plus reconnus sur le thème. C'est le cas de plusieurs psychomotriciennes du territoire de l'enquête, qui font des recherches et publient des articles avec le directeur de l'école de psychomotricité (enseignant-chercheur en sciences cognitives) ou encore le neurologue responsable du Centre référent sur les troubles des apprentissages.

Ce pragmatisme scientifique conduit les spécialistes à se détourner de la question des causes des difficultés enfantines pour s'« orient[er] vers l'action à travers un matérialisme scientifique présenté comme libéré des *a priori* idéologiques et politiques »²⁵². Ils privilégient « d'une part, une approche descriptive des processus cognitifs engagés dans les apprentissages – et de leurs « corrélats anatomiques » – et, d'autre part, l'élaboration d'« interventions », qui ont pour objectif de maximiser les performances cognitives des individus et dont l'efficacité est expérimentalement démontrée »²⁵³. L'INSERM témoigne à ce propos sur la page de son site consacré aux troubles des apprentissages que « les efforts de recherche se concentrent actuellement vers le développement de *méthodes de remédiation innovantes* »²⁵⁴. Le brouillage de la frontière entre praticiens et chercheurs a très certainement favorisé la diffusion des catégories nosographiques dans le monde social, puisqu'il évacue l'étape parfois difficile de l'appropriation par des groupes professionnels au contact des publics de savoirs savants produits en laboratoire. D'emblée, la dyspraxie est définie sous une forme qui se prête à l'intervention thérapeutique de professionnels. Et, dans le même temps que se développe la recherche sur le trouble – nous avions vu en introduction qu'elle était qualifiée de récente et encore peu développée par l'INSERM en 2019²⁵⁵ –, c'est toute une offre de prise en charge qui se structure autour de plusieurs professions : médecins, psychologues et rééducateurs, avant même la reconnaissance des troubles par les pouvoirs publics.

²⁵⁰ Il est intéressant de noter qu'elle qualifie ce travail de « l'innovation la plus importante réalisée en *recherche fondamentale* » en 2008 (je souligne). Voir l'interview réalisée par Catherine Faber : <http://old.arta.fr/ressourceload.php?id=173>

²⁵¹ L. Vaivre-Douret, « Batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant », *Le Carnet PSY*, 2007, 115, 2, p.

²⁵² S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit, p. 222. L'auteur précise que « Contrairement à certaines idées reçues, elles tendent, au moins aujourd'hui, à reléguer au second plan les questionnements ontologiques (quelle est la cause première des difficultés d'apprentissage ?) ».

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ Souligné par les auteurs. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>

²⁵⁵ *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations, op. cit.*

1.1.2.2. Des experts militants

En plus d'avoir développé les interventions et prises en charge pour les enfants « dys », plusieurs des spécialistes susnommés ont su élargir leur audience pour faire reconnaître les troubles autant que l'approche neurocognitive des difficultés infantiles. C'est en participant aux groupes de travail ministériels autour des troubles « dys » qu'ils vont exercer une influence sur l'action politique. C'est le cas de la neuropédiatre Catherine Billard et la chercheuse en neuropsychologie Laurence Vaivre-Douret qui participent aux groupes de travail coordonnés par Jean-Charles Ringard en vue de produire d'abord un rapport (2000) puis un plan d'action (2001) sur les troubles du langage, à destination des ministères de l'Education nationale et de la Santé – dont je parlerai plus en détails au point 1.3. Cet espace est à la fois une fenêtre pour faire valoir leur conception du problème (qui passe pour l'instant sous les radars de l'action politique), et proposer des solutions et des pistes pour l'Etat pour diriger ses moyens (vers le développement de structures de soins, l'appui à certaines professions de rééducation, ...). On peut également citer le cas de la psychiatre et chercheuse en sciences cognitives Caroline Huron, qui deviendra en 2018 membre du conseil scientifique de l'Education nationale.

Ensuite, on observe que ces experts médico-psychologiques font un travail considérable de formation et de vulgarisation, à destination des personnes impliquées dans la prise en charge des enfants (acteurs éducatifs, scolaires, de rééducation, psychologiques, familles...) comme du grand public. Ils vont publier dès les années 1990 de nombreux ouvrages de vulgarisation, sur le fonctionnement du cerveau, le fonctionnement des enfants « dys », les méthodes pédagogiques et éducatives efficaces pour ces enfants « spécifiques »²⁵⁶, etc. Ils vont aussi multiplier les conférences partout en France devant des publics composés de professionnels, de familles et autres curieux. Enfin, plusieurs d'entre eux vont avoir une activité explicitement militante, liée à une étroite proximité avec le milieu associatif autour des « dys » (principalement composé de parents d'enfants concernés), et parfois en créant eux même des associations. C'est par exemple le cas de Caroline Huron qui crée l'association « Le cartable fantastique » en 2010 (dont M. Mazeau et S. Dehaene sont ambassadeurs), ou encore de Catherine Billard qui fonde l'association pour la recherche des troubles de l'apprentissage (ARTA) en 2000, et devient présidente de la Fédération française des dys (FFDys), après avoir été membre du comité scientifique pendant plusieurs années. Il faut aussi citer l'association Coridys, créée par des professionnels ayant en charge les enfants en difficulté, qui,

²⁵⁶ C. Huron, *L'enfant dyspraxique : mieux l'aider, à la maison et à l'école*, Paris, Odile Jacob, 2017 ; A. Pouhet et J.-C. Ringard, *S'adapter en classe à tous les élèves dys. Dyslexies, dyscalculies, dysphasies, dyspraxies, TDA/H...*, Poitiers, Canopé, 2011 ; M. Cerisier-Pouhet et A. Pouhet, *Difficultés scolaires ou troubles Dys ?*, Paris, Retz, 2015 ; C. Billard, *Dyslexie et troubles associés, on s'en sort ! Avec une stratégie adaptée à chaque enfant combinant savoir-faire et neurosciences*, Paris, Editions Tom Pousse, 2016.

considérant l'action des pouvoirs publics « beaucoup trop lente et limitée »²⁵⁷ va chercher à développer des réseaux de prises en charge « en complémentarité de l'existant »²⁵⁸.

Ce tissu associatif, caractérisé par une étroite collaboration entre familles et professionnels, est un acteur-clef de la reconnaissance des troubles.

1.1.3. Une alliance précoce entre médecins et familles concernées : les associations de « dys »

1.1.3.1. Une visibilité médiatique rapide de la cause en lien avec les propriétés sociales de ses membres

Les spécialistes médico-psychologiques des troubles des apprentissages ne sont pas les seuls promoteurs de la cause, et c'est de leur alliance avec les parents d'enfants concernés que naîtra véritablement le militantisme en faveur de la reconnaissance des troubles. Des liens entre médecins et familles se nouent dès les années 1970 autour de la cause de la dyslexie (avec le rapprochement historique entre le médecin Pierre Debray-Ritzen et Gisèle Plantier, mère d'un garçon dyslexique²⁵⁹), et vont déboucher sur la création en 1982 d'une association militante, l'Association des parents d'enfants dyslexique (APEDA-Dys), très active dans la médiatisation de la cause. Son action se dirige vers les familles potentiellement concernées, mais également vers les professionnels et institutions de la santé et de l'école, ainsi que vers les pouvoirs publics vers qui l'association pratique un lobbying constant. Voici un extrait de leur présentation sur le site internet APEDA-Dys :

APEDA-Dys France organise **des conférences**, publie une **newsletter**, a une **écoute téléphonique**, répond à de nombreux **courriels**, publie des **bulletins d'information**, ainsi que des **bulletins Hors-Série** tels que :

- ▶ « Comment **aider** le dyslexique en classe »
 - ▶ Des **conseils** pour les parents d'enfants dyslexiques
 - ▶ « Le Tiroir coincé » ou comment **expliquer** la dyslexie aux enfants
- Depuis le début de sa création, les contacts avec les associations de parents d'enfants dyslexiques d'**Europe** et d'**Outre-Atlantique** sont nombreux et fructueux.

²⁵⁷ Voir l'interview d'Ariel Conte en 2006 dans le journal Lacroix, président de Coridys de 1994 à 2011 psychanalyste et père d'une enfant dyslexique. <https://www.la-croix.com/Archives/2006-10-31/Dossier.-Les-langues-complexes-favorisent-la-dyslexie.-Debat.-La-prise-en-charge-des-enfants-dyslexiques-est-elle-suffisante-Interview-d-Ariel-Conte-Psychanalyste-pere-d-une-fille-dyslexique-president-de-l-association-Coridys-Non.-Le-plan-d-action-est-en-faillite- NP -2006-10-31-275546>

²⁵⁸ L'association travaille pour la reconnaissance des troubles, la mise en place d'outils de diagnostic et de rééducation. Son objectif est de devenir un organisme de coordination, de formation, d'information et de recherche, animé par des permanents. <http://anae-revue.over-blog.com/article-dissolution-de-l-association-coridys-quel-gachis-68188628.html>

²⁵⁹ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. Pierre Debray-Ritzen est psychiatre et un des premiers médecins à militer pour la reconnaissance de la dyslexie en France, contre l'approche psychanalytique du trouble. Gisèle Plantier écrit en 1981 un livre-témoignage sur le parcours de son fils dyslexique (livre préfacé par P. Debray-Ritzen) et co-fonde en 1982 l'Association des parents d'enfants dyslexiques (Apedys) qu'elle préside. G. Plantier, *Les malheurs d'un enfant dyslexique*, Paris, Albin Michel, 1981.

APEDA-Dys France a également des **actions de lobbying vers les pouvoirs publics** grâce à son appartenance à des **instances nationales** et **associatives** : CNCPH, Comité d'Entente, INPES, INSERM, Droit au Savoir²⁶⁰

Cette alliance fructueuse entre les médecins et les parents – qui n'est pas spécifique à cette cause, puisqu'elle a été régulièrement observée dans le champ du handicap de l'enfant²⁶¹ – est construite autour d'intérêts réciproques, les familles garantissant aux médecins « des débouchés professionnels sans concurrence », et ces derniers conférant aux parents « une légitimité scientifique sur laquelle fonder leur action »²⁶². Elle est favorisée par une proximité de classe entre les protagonistes, les parents qui vont se mobiliser occupent des positions sociales hautes dans l'espace social, souvent dans les secteurs médicaux ou éducatifs²⁶³, et qui vont être rentables dans l'investissement associatif, notamment pour attirer l'attention des politiques et des médias : A-M Montarnal, qui fonde APEDA-Dys avec G. Plantier, est ophtalmologiste, F. Cailloux (association Dyspraxique mais fantastique) enseignante dans le secondaire... On trouve même des parents d'enfants « dys » parmi les spécialistes des troubles neurocognitifs infantiles, comme c'est le cas de la psychiatre Caroline Huron, très investie dans tous les domaines ayant trait à la reconnaissance de ces troubles (associatif, scientifique, politique...). Aux propriétés sociales des membres associatifs va être corrélé un succès d'audience²⁶⁴, puisque dans les mois ou années qui suivent la création

²⁶⁰ Respectivement : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, Comité d'Entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Association nationale pour le Droit au Savoir et à l'insertion professionnelle des jeunes personnes handicapées. <http://www.apeda-france.com/spip.php?article6> (passages surlignés par l'association).

²⁶¹ Dès l'après-guerre, la France connaît un florissement d'associations de parents d'enfants handicapés, qui se regroupent en réseaux, s'allient avec des médecins, créent et gèrent des structures... comme l'UNAPEI créée en 1960 et reconnue d'utilité publique en 1963. Dans les années 1980, 60% du secteur privé de l'enfance inadaptée est géré par ce type d'associations (J. Roca, 1991, p.178).

²⁶² J. Roca, *De la ségrégation à l'intégration*, op. cit., p. 178.

²⁶³ Ce constat est partagé dans d'autres travaux ayant enquêté auprès d'associations de handicap ou troubles infantiles. J. Roca observe que les fondateurs des associations de l'UNAPEI sont en majorité des médecins et des avocats ; Lignier constate que les profils des premiers militants français autour de la précocité intellectuelle (membres de la première association, l'ANPES), montrent une « relative homogénéité sociale (...). L'association repose en effet pour l'essentiel sur des hommes, issus des catégories sociales les plus favorisées, âgés de 30 à 50 ans ». W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit., p. 87. Parmi la vingtaine de membres du conseil d'administration, se trouvent entre autres des architectes, des directeurs d'établissements scolaires, un météorologue, un médecin, un chimiste, un psychologue... Il faut cependant préciser que les premiers militants, et plus encore les présidents d'association, occupent des positions plus élevées que les militants de base, qui sont presque exclusivement des femmes et appartiennent aux différentes catégories des classes moyennes.

²⁶⁴ Aurore Lorette avait observé dans le champ du cancer que les cancers les plus visibles publiquement étaient les cancers qui touchaient les couches de la population les plus aisées (comme le cancer du sein qui occupe la moitié de l'espace politico-médiatique), car ces dernières parvenaient à faire valoir leur cause en se regroupant en association et en activant leurs ressources plurielles (réseau social, compétences expressives, connaissance du monde médiatique, ...). À l'inverse, les cancers, touchant prioritairement les classes populaires (comme celui des poumons et des voies aérodigestives supérieures), ont beaucoup moins d'audience et sont socialement plus stigmatisés car associés à des modes de vie peu sains. A. Lorette, *Les inégalités sociales face au cancer dans le Nord-Pas-de-Calais : étude du processus de mise en forme des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de malades atteints du cancer*, Thèse de doctorat de sociologie, Lille 1, 2017.

des associations, leurs président.e.s ou membres sont invités dans des émissions TV et de radio nationale²⁶⁵, elles se font parrainer par des personnalités publiques, etc.

1.1.3.2. Le développement du militantisme associatif « dys » : toucher l'école

Les années 1990 et 2000 verront fleurir de nombreuses autres associations autour des troubles spécifiques des apprentissages, de portée locale ou nationale, ciblée sur un trouble spécifique ou sur leur ensemble : Association avenir dysphasie (AAD) en 1992, HypersSupers en 2002 (autour du TDA/H), Dyspraxique mais fantastique (DMF) en 2003, Système Dys en 2006, Dys-positif en 2009, Dyspraxie France dys (DFD) en 2011, ... Toutes ces associations militent pour une meilleure reconnaissance des troubles et proposent un soutien moral et technique aux familles : conseil, groupe de parole, orientation, aide pour constituer les dossiers MDPH, etc. Certaines font du lobbying auprès des pouvoirs publics, d'autres montent des structures d'accueil pour les enfants (école, cours du soir...), d'autres encore sont implantées dans le tissu professionnel local... On observe un essaimage des associations sur le territoire national, en même temps qu'une dynamique de fédération entre ces différents collectifs, avec par exemple la création de la Fédération des troubles spécifiques du Langage et des Apprentissages (FLA) en 1998 (qui devient la Fédération française des Dys (FFDys) en 2009). Les différentes associations veulent mettre en avant la spécificité de chaque trouble (les militants de la dyspraxie regrettent par exemple leur moindre visibilité derrière la thématique des troubles du langage) tout en mettant en commun leur force, puisqu'elles partagent un même combat : la reconnaissance de la nature cognitive du trouble, et une prise en charge de soin et scolaire dédiée.

Ces associations autour des troubles « dys » sont d'un certain point de vue les héritières des associations autour de l'autisme, puisqu'elles vont chercher à infléchir le rapport de force entre approches « psy » des troubles en faveur de l'orientation neurocognitive²⁶⁶. Elles vont mettre en avant les recherches neurocognitives ainsi que les praticiens manipulant ces référentiels (en constituant par exemple des carnets d'adresse de professionnels locaux à proposer aux parents), et critiquer les traitements psychothérapeutiques qu'elles jugent inadaptés à la problématique de leurs enfants. Cependant, le combat des associations de « dys » s'oriente davantage vers l'institution scolaire, ce qui distingue ces dernières des associations autour de l'autisme. Davantage encore que les explications psychologiques des difficultés des enfants qu'ils trouvent culpabilisantes, les militants vont s'indigner contre le traitement scolaire qui est fait de leurs enfants : ce qu'ils considèrent comme de la « maltraitance scolaire » (les commentaires

²⁶⁵ C'est le cas de l'Association avenir dysphasie (AAD), créée en 1992, qui est invitée entre 1994 et 1995 sur des émissions radiophoniques de France inter, Europe 1 et LCI, se voit accorder un reportage par France 2 en 1996... Elle a pour parrains Jean d'Ormesson et le rappeur MC Solaar. Dyspraxique mais fantastique a pour parrain le chanteur Renan Luce...

²⁶⁶ C. Méadel, « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », *Politix*, 2006, n° 73, 1, p. 57-82 ; B. Chamak, « Le militantisme des associations d'usagers et de familles : l'exemple de l'autisme », *Sud/Nord*, 2010, 25, p. 71-80.

désobligeants, les punitions, l'abandon pédagogique...), mais aussi la relégation scolaire à laquelle ils sont parfois confrontés.

1.2. Construire la cause des trouble spécifiques des apprentissages : lutter contre l'échec scolaire et social

Des réseaux d'experts se structurent à partir les années 1990 autour des troubles des apprentissages. Ils concentrent la rhétorique sur le « drame » de la méconnaissance des troubles : l'incompréhension dont pâtissent les enfants et la « maltraitance » qui en découle. Défini comme un problème de santé publique, mais dont les enjeux sont avant tout scolaires : le risque auquel sont confrontés les enfants est avant tout celui de l'échec scolaire, et partant, de l'exclusion sociale.

1.2.1. Définir le trouble cognitif en insistant sur l'inadaptation du « cadre »

1.2.1.1. *Les troubles spécifiques des apprentissages : déficience ou différence ?*

Les troubles spécifiques des apprentissages sont dits « spécifiques » en distinction d'un trouble global qui atteint l'individu sur l'ensemble d'une de ses fonctions (tel que le retard mental, qui est une atteinte globale de l'appareil cognitif). Alors que le fonctionnement général de l'appareil cognitif (considéré comme le fondement de l'intelligence) de l'enfant « dys » est préservé, celui-ci présente des défaillances sur une ou plusieurs fonctions cognitives, comme certaines fonctions mémorielles (mémoire de travail, mémoire à court terme, mémoire visuelle...), le repérage dans l'espace, l'attention, des fonctions planificatrices du geste... Les experts médico-psychologiques (et les associations) oscillent entre deux registres discursifs concernant ces enfants : celui de la « déficience » et celui de la « différence » ou de la spécificité. Si, prises séparément, certaines fonctions cognitives sont moins performantes qu'attendues compte tenu de l'âge (avec un écart jugé « significatif », dont le seuil fixé contient toujours une part d'arbitraire²⁶⁷), les enfants font cependant preuve d'un fonctionnement alternatif davantage que déficient si l'on considère l'appareil cognitif dans son ensemble, puisqu'ils peuvent « compenser » certaines faiblesses par le renforcement d'autres fonctions. Par exemple, si un enfant éprouve une déficience dans les fonctions exécutives qui rend très laborieuse la prise de note, il peut montrer par ailleurs une très bonne

²⁶⁷ Les tests utilisés quantifient des performances cognitives (et langagières et motrices), et les valeurs retenues pour définir le seuil pathologique (la valeur à partir de laquelle la difficulté devient trouble) varient selon les écoles et les pays, peuvent faire varier la population de dyspraxiques du simple au triple si l'on s'en réfère à la diversité des travaux internationaux. Ainsi, « À l'âge scolaire, les prévalences varient de 1,8 % à 5,4 % quand on considère le 5^e percentile de la MABC [la Movement Assessement Battery for Children est la batterie de test la plus employée dans les publications de recherche pour évaluer les compétences de coordination motrice des enfants] comme seuil pour interpréter que la performance motrice est significativement inférieure à la normale compte tenu de l'âge chronologique. Elles varient de 6,7 % à 27,7 % quand la valeur seuil considérée est le 15^e percentile (...) ». *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations, op. cit.*, p. 11.

mémoire auditive qui va le rendre performant dans l'exercice social demandé : la restitution d'une leçon dans les jours qui suivent son enseignement²⁶⁸. Ainsi, dans le travail rééducatif auprès des enfants, les professionnels ne vont pas seulement renforcer les compétences cognitives faibles des enfants, mais ils vont considérer son fonctionnement cognitif dans son ensemble pour lui proposer des stratégies de travail personnelles qui seront les plus efficaces, c'est-à-dire les moins coûteuses pour un résultat optimal.

Cette définition du problème en termes de « spécificité » et de diversité humaine, est de plus en plus mobilisée dans le champ du handicap par les militants (par les personnes concernées, leurs proches et certains spécialistes), et n'est pas sans rappeler le discours de militants investis dans la cause de l'autisme²⁶⁹, ou encore des enfants intellectuellement précoces. Concernant ces derniers, alors que les militants vont faire valoir la vulnérabilité de ces enfants brillants²⁷⁰, il s'agit dans le cas des « dys » de faire valoir les qualités de ces enfants socialement (et scolairement) en difficulté, afin qu'ils ne soient plus perçus sous le seul angle du manque ou de la déficience. On l'observe dans tous les ouvrages ou discours de spécialistes à destination du « grand public » :

Intelligents et beaux parleurs, les enfants dyspraxiques – du fait de leurs difficultés gestuelles et visuo-spatiales – échouent souvent à l'école. En effet, pratiquement tous les *documents* (livres, fichiers, et tous supports pédagogiques) qui leur sont proposés dans le cadre scolaire sont *inadaptés* (présentation, typographie, mise en page, schémas et graphiques, cartes et plans, etc.) et ne leur permettent ni d'apprendre, ni de faire la preuve de leurs connaissances (contrôles le plus souvent écrits). [Michèle Mazeau, médecin MPR, sur le site « Le cartable fantastique »]²⁷¹

Ces enfants, le plus souvent, « sont lents et accusent un retard dans leur scolarité ». Il [le neurologue Jean-Pierre Lasserre] a insisté sur l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoces. Il a également rappelé qu'il y a plusieurs formes d'intelligence et que « statistiquement, il y a plus de talents chez les « dys... » que chez les autres. Il serait dommage de ne pas les mettre en valeur ! » (...) « Ces enfants sont en grande difficulté à l'école ou au contraire formidables si on décèle les troubles spécifiques et aussi si on révèle les talents cachés de ces enfants » [extrait de conférence du Dr Lasserre, médiatisé par un journal local²⁷²]

Plusieurs titres d'ouvrages de militants – des parents souvent, parfois également professionnels ayant à charge des enfants « dys », enseignants ou rééducateurs – mettent en avant l'idée d'un talent ou d'une valeur positive associée à l'« atypisme » des « dys » : « Vive les zatyptiques ! », « Tout le monde n'a

²⁶⁸ Les caractéristiques cognitives sont cependant très spécifiques d'un cas à l'autre, et une sous-performance cognitive n'est pas forcément corrélée à une sur-performance d'autres fonctions comme c'est observé chez certains enfants.

²⁶⁹ Brigitte Chamak montre que la conception de l'autisme en termes de différence faisant partie de la diversité humaine (voir le concept de neurodiversité) est surtout mobilisée par les personnes concernées (et certains spécialistes) alors que les associations de familles ont traditionnellement toujours plus décrit l'autisme comme une pathologie. B. Chamak, « Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge : le rôle des associations en France », *Cahiers de recherche sociologique*, 2005, 41-42, p. 169-190.

²⁷⁰ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit. La mise en avant de la vulnérabilité des enfants précoces est selon l'auteur l'argument qui a permis la reconnaissance de la thématique comme un problème public.

²⁷¹ <https://www.cartablefantastique.fr/association/nos-ambassadeurs/michele-mazeau/>

²⁷² <https://www.ladepeche.fr/article/2013/05/18/1629069-grepiac-les-dys-des-deficiences-encore-trop-peu-depistees.html>

pas la chance d'être dys », « Le don de dyslexie », « L'enfant extra-ordinaire »²⁷³... et les associations de « dys » affichent des listes de personnes célèbres ayant réussi malgré leur « dys », voire même grâce à leur « dys », dont Albert Einstein est sûrement la figure la plus emblématique²⁷⁴. Ce sont les qualités intellectuelles des enfants qui sont vantées (d'intelligence normale, « voire supérieure »), mais aussi un ensemble de qualités originales, telles que des talents oratoires, une créativité développée, la persévérance, la tolérance... Cette conception du trouble permet de requalifier les enfants tout en insistant sur leur mise en difficultés par un cadre inadapté. C'est aussi une définition du trouble en termes de problème « technique » qui doit mettre à distance son atour négatif.

1.2.1.2. Un problème « technique »

Les enfants présentant des dysfonctionnements neuropsychologiques à l'origine de troubles du langage oral et écrit sont des enfants normalement voire supérieurement intelligents mais qui ont un problème d'ordre « technique », c'est-à-dire un problème cognitif sur lequel se sont parfois greffés des problèmes psychologiques secondaires. Ils sont indemnes de toute déficience intellectuelle, visuelle, auditive ou d'autres anomalies sévères qui nécessitent la prise en charge en « milieu médical spécialisé ». [L. Vaivre-Douret, chercheuse en neuropsychologie, 1999²⁷⁵].

Les chercheurs s'étant intéressés à la dyslexie, puis aux autres troubles des apprentissages, ont longtemps cherché l'origine génétique du trouble. Actuellement, des recherches perdurent dans ce domaine, mais en l'absence de découverte majeure, on observe un consensus pour dire que la cause exacte de ces troubles développementaux (c'est-à-dire qui apparaissent au cours du développement de l'enfant) n'est pas connue, et qu'elle est probablement multifactorielle²⁷⁶, comme pour l'autisme. S'il est difficile d'affirmer une origine, les spécialistes des troubles des apprentissages éliminent cependant certaines causes, définissant ainsi ce que ces troubles ne sont pas : ils écartent l'affection médicale, la déficience intellectuelle, le handicap socio-culturel et le trouble psychoaffectif²⁷⁷. Le terme « technique », employé dans la citation ci-dessus par L. Vaivre-Douret en synonyme de « cognitif », a ainsi vocation à distinguer

²⁷³ A. Akoun et I. Pailleau, *Vive les Zatyptiques ! Aidons nos enfants surdoués, hypersensibles, dys- et autres zèbres de 3 à 20 ans à s'épanouir*, Paris, Leduc.s éditions, 2017 ; I. Babington, *L'enfant extra-ordinaire. Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages chez l'enfant*, Paris, Eyrolles, 2018, p. ; R.D. Davis et E.-M. Braun, *Le don de dyslexie. Et si ceux qui n'arrivent pas à lire étaient en fait très intelligents ?*, Paris, Desclée De Brouwer, 2012 ; F. Filleur, D. Filleur et O. Filleur, *Tout le monde n'a pas la chance d'être dys*, Manois, Editions du Parc des étangs de Mortagne, 2019 ; C. Valet et al., *SOS mon enfant est dys : révélez ses talents pour réussir*, Vanves, Hachette Pratique, 2017.

²⁷⁴ « Surtout, ne perdez pas espoir, Albert Einstein, Victor Hugo, Steven Spielberg, Léonard de Vinci... Ces grands hommes étaient tous dyslexiques mais ça ne les a pas empêchés d'avoir un parcours fabuleux ! » sur le site de la FFDys.

²⁷⁵ L. Vaivre-Douret et L. Castagnéra, « L'ampleur du problème », in L. Vaivre-Douret et A. Tursz, « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? », art cit, p. 24-29. La chercheuse en neuropsychologie Laurence Vaivre-Douret coordonne ce dossier avec la pédiatre Anne Tursz pour le Haut comité en santé publique, et elle co-écrit trois articles (sur huit) en plus de l'introduction au dossier.

²⁷⁶ *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations*, op. cit.

²⁷⁷ Bien que ces troubles, bien distincts, peuvent être associés. M. Mazeau, *Mieux comprendre les DYS-, de leur émergence aux neurosciences*, Paris, Éditions Tom Pousse, 2017.

le problème en même temps que le « démoraliser »²⁷⁸, en dédouanant l'enfant, ses parents et son environnement d'une responsabilité dans la survenue des difficultés.

La définition des « dys » telle qu'elle est construite par les spécialistes-militants de la cause permet donc de dédramatiser la pathologie elle-même, tout en mettant en avant le drame social que constitue l'absence de reconnaissance du trouble, qui entraîne un mauvais traitement (qui suppose une aide adaptée). Elle permet aussi, selon une conception sociale du handicap, de mettre l'accent sur l'inadaptation de l'environnement, en l'occurrence le cadre scolaire qui met les enfants en difficulté, car construit pour les cerveaux typiques.

1.2.2. L'argument du « coût de la méconnaissance »

Chacun interprète les comportements qui sortent de la norme, en fonction de ses "*croyances*", de sa formation²⁷⁹. La peur qu'un diagnostic stigmatise l'élève est encore souvent évoquée. L'absence de diagnostic est source d'exclusion. Ce problème est dramatique (...). Dans la majorité des cas, le défaut de prise en compte des besoins éducatifs particuliers est la principale cause de la situation de handicap. [Ariel Conte, Président de Coridys, 2009²⁸⁰]

Les troubles d'apprentissage sont le prélude à des échecs scolaires parfois irrémédiables, responsables d'une insertion sociale impossible. Pourtant une telle situation peut être évitée si les difficultés rencontrées par les enfants dès l'âge préscolaire sont identifiées et prises en charge précocement et de façon adaptée. [Laurence Vaivre-Douret, chercheuse en neuropsychologie, 1999]²⁸¹

Ainsi s'ouvre le dossier sur les troubles spécifiques des apprentissages pour la Haute autorité de santé en 1999²⁸². L'introduction donne le ton du dossier : si les différents spécialistes vont y décrire les troubles (leur fonctionnement, manifestations...) et donner à voir les dispositifs existants, il s'agit avant tout de démontrer l'intérêt et l'urgence de la reconnaissance des troubles des apprentissages, et corrélativement du développement de dispositifs diagnostiques et de prise en charge. C'est une rhétorique dramatique qui est mobilisée par ces acteurs (chercheurs, praticiens, militants associatifs, directeurs d'établissement) qui veulent alerter les autorités sur le thème.

²⁷⁸ Terme emprunté à Pierre-Henri Castel. L'auteur l'emploie quand il évoque le passage d'une compréhension psychanalytique des symptômes obsessionnels (pensés alors comme des névroses obsessionnelles) à une lecture comportementaliste (en termes de troubles obsessionnels compulsifs) : « les symptômes obsessionnels traditionnels y subissent à la fois une « désémantisation » (ils ne font plus sens) et une « démoralisation » (la dimension de remord et de responsabilité y est désormais jugée parasitaire) (...) ». P.-H. Castel (2008) « De la névrose obsessionnelle aux TOC : remarques sur le passage du paradigme psychanalytique au paradigme cognitivo-comportementaliste », in F. Champion, *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, 2008, 186-202.

²⁷⁹ Ariel Conte, président de l'association Coridys et père d'un enfant dyslexique, est psychanalyste et observe que la dyslexie de sa fille l'a entraîné à déconstruire ce qu'il considère être « de nombreux présupposés professionnels » : l'idée du « trouble cognitif comme "symptôme" », etc.

²⁸⁰ A. Conte, « Handicap cognitif. Points de repère et enjeux », *Réadaptation*, 2009, 564, p.12.

²⁸¹ L. Vaivre-Douret et A. Tursz, « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? », art cit, p. 23.

²⁸² C'est la première publication collective produite publiée par un organe de santé publique autour des troubles des apprentissages (et notamment sur la dyspraxie).

(...) mais une grande partie de la population et surtout des professionnels, demeure dans l'ignorance des causes de ces troubles ce qui provoque de grands retards et souvent l'absence de prise en charge avec des *conséquences psychologiques et sociales dramatiques*. Il faut insister sur ce fait : un nombre considérable d'enfants et d'adolescents souffrent actuellement d'un défaut de soins et de *maltraitance* par ignorance. On peut s'attendre de la part des familles à des demandes croissantes de soins et d'enseignement adapté, puis à de vives réactions quand *l'étendue du désastre* apparaîtra. » [Ariel Conte, Président de Coridys, 1999)²⁸³ – je souligne]

C'est donc l'enjeu social de la reconnaissance des troubles qui est mis à l'honneur dans cette publication, et qui est défini autour des enjeux scolaires et l'insertion sociale des individus concernés. Les auteurs défendent l'idée que diagnostiquer les « dys », c'est éviter aux individus « la spirale sociale infernale de l'échec scolaire » en même temps qu'épargner à la société le coût social et économique que représente un individu désinséré et souffrant : le coût « des redoublements et des scolarités en structures spécialisées », le coût de « prises en charge médicales coûteuses et inefficaces », le coût d'« un taux de chômage élevé et de longue durée », le coût également de « longs suivis psychologiques pour réparer les adultes brisés »...

Là où on n'aurait eu à traiter initialement qu'un trouble neuro-acquisitif, on va devoir plus tard ajouter les traitements de difficultés psychologiques secondaires croissantes (auto-dévalorisation, névrose d'échec profond permanent, impuissance apprise, dépression, somatisations, troubles comportementaux réactionnels, etc.), de difficultés familiales accrues (dégradation du climat familial en lien avec l'anxiété parentale, « obsessionnalisation » sur le scolaire, dépression, conflits, etc.), et de difficultés sociales aggravées (vécus de marginalisation, réactions déviantes comportementales, cursus scolaire en zig-zag, etc.). [Philippe Roux, Directeur d'établissement, 1999)²⁸⁴]

L'idée perdure aujourd'hui que « Lutter contre les dyslexies [et, pourrions-nous rajouter, les autres « dys »], c'est donc une affaire d'intégration sociale qui concerne tout autant le bien-être de l'individu que celui du corps social » (Catherine Billard, neuropédiatre, 2016)²⁸⁵. Il faut souligner la mobilisation d'un discours de l'urgence et de la nécessité d'une intervention précoce, afin d'enrayer le « risque ». De la sorte, ils se positionnent en tant que spécialistes sur une période stratégique des trajectoires des enfants, en recommandant leur intervention dès la petite enfance, lors de la scolarisation en maternelle.

Définir le trouble cognitif s'accompagne pour ces spécialistes d'une dénonciation des « mauvaises orientations » et des « traitements inadaptés » proposés à l'enfant. Ainsi, construire le territoire du trouble

²⁸³ A. Conte, « Dans la dynamique associative », in L. Vaivre-Douret et A. Tursz, « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? », art cit, p. 63.

²⁸⁴ P. Roux, « Il est temps d'agir », in *Ibid.*, p. 60. Le centre médical et scolaire spécialisé « Les Lavandes » reçoit pour des séjours temporaires de rééducations pluridisciplinaires intensives des enfants atteints de troubles sévères d'apprentissage du langage écrit (dyslexies, dysorthographies, dyscalculies). Il est considéré comme le premier innovant dans le domaine des troubles cognitifs spécifiques infantiles. Son directeur Philippe Roux est impliqué dans la dynamique de reconnaissance des troubles dys comme un problème de santé publique : il participe aux groupes de travail du rapport Ringard et du plan d'action de 2002.

²⁸⁵ C. Billard, *Dyslexie et troubles associés, on s'en sort ! Avec une stratégie adaptée à chaque enfant combinant savoir-faire et neurosciences*, op. cit.

cognitif, c'est aller capter des patientèles dans d'autres institutions de l'enfance en difficulté et/ou handicapée.

1.2.3. Dénicher les « dys » pour se créer une patientèle

Dans les années 1990 et 2000, les enfants « dys » que diagnostiquent les médecins ont connus d'autres régimes de prises en charge avant leur rencontre. Ces prises en charge sont associées à des diagnostics médico-psychologiques qu'ils jugent inadaptés, et certains d'entre eux vont alors étudier les enquêtes de population produites dans plusieurs dispositifs de l'enfance en difficulté et handicapée dans le but de détecter les « dys » qui seraient « passés inaperçus ». C'est le cas de L. Vaivre-Douret qui revient sur une enquête réalisée sur les enfants des établissements spécialisés (Instituts de rééducation et Instituts médico-éducatifs) en Aquitaine en 1997²⁸⁶. En étudiant les diagnostics, motifs et mode d'entrée des enfants dans ces établissements, elle fait l'hypothèse d'une présence d'enfants dont l'origine des difficultés se trouverait dans un trouble spécifique des apprentissages

Des enfants normalement intelligents ont intégré ces structures [les IR] parce qu'ils présentaient un retard scolaire important. On retrouve ainsi 228 enfants (16,3 %) qui ne présentent qu'un trouble léger du comportement et surtout 141 enfants (10,1 %) qui ne présentent ni troubles du comportement, ni déficience, ni psychose, ni retard mental. (...) La surprise provient du nombre considérable d'enfants ne présentant ni déficience mentale ni déficience motrice. En effet 194 enfants (14,8 %) ont intégré ces structures (un tiers d'entre eux est entré directement dans cette structure, alors que 26 proviennent d'IR) uniquement parce qu'ils présentaient un retard scolaire important, ne dépassant qu'avec difficulté le niveau de CP.

Ces enfants sans diagnostic médical de retard mental ni pathologie psychiatrique seraient pour la chercheuse de potentiels « dys » à qui il faudrait faire passer des tests neurocognitifs. Elle déplore le fait qu'un tiers de ces enfants n'ait pas connu de prise en charge en libéral avant l'intégration dans ces structures – qui auraient pu être à même d'évaluer la présence d'un trouble cognitif. Ainsi, en ciblant un ensemble de dispositifs dans lesquels seraient intégrés des « dys » du fait d'un mauvais diagnostic de la situation de l'enfant : les CLIS et les RASED dans les écoles, les IR (ancienne appellation des ITEP), les IME, les CMPP... les spécialistes des troubles des apprentissages se construisent un territoire qui bouscule les frontières des champs scolaires, de la santé mentale et du secteur médico-psycho-pédagogique. Diagnostiquer un trouble cognitif revient dans ces cas à disqualifier un diagnostic (et une prise en charge) préétabli, ce qui n'ira pas sans controverses dans le monde professionnel, où les conceptions savantes des troubles se mêlent à des intérêts professionnels.

Les spécialistes des troubles des apprentissages entendent « se tailler un marché »²⁸⁷ en allant récupérer des enfants « dys » intégrés dans d'autres dispositifs, et parallèlement en intervenant

²⁸⁶ L'étude porte sur 152 établissements et près de 8000 enfants

²⁸⁷ F. Muel-Dreyfus, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », art cit.

précocement auprès de la petite enfance : l'action précoce de dépistage en population générale est pensée comme la clef pour une prise en charge adaptée et un parcours réussi. Les difficultés scolaires étant les premières manifestations d'un trouble spécifique des apprentissages, c'est à l'école maternelle qu'ils souhaitent situer la première évaluation neurocognitive. A la fin des années 1990, la proposition est de mieux former les agents scolaires : les enseignants pour le repérage, le médecin scolaire pour le dépistage²⁸⁸.

1.3. Les années 2000 et la formalisation des dispositifs « dys »

1.3.1 Les « dys » deviennent une catégorie de l'action publique, à la fois sanitaire et scolaire

Les années 1990 sont donc celles de la constitution des troubles des apprentissages comme un problème scientifique et social par les spécialistes des sciences neurocognitives – dynamique qui s'inscrit dans un mouvement plus large de développement de l'expertise neurocognitive à destination de l'enfance. Ils développent les recherches, produisent un corpus de connaissances scientifiques, se fédèrent, créent des associations, alertent les pouvoirs publics. Pourtant dans ces années, ils ne parviennent pas à convertir l'Etat à leur cause et à faire des « dys » une catégorie de l'action publique. Alors que le ministère de la Santé accueille à plusieurs reprises des colloques internationaux sur les troubles des apprentissages (notamment en 1991 et 1994), il ne donne pas de suite aux demandes formulées par les participants de développer des dispositifs dédiés dans l'enseignement spécialisé, et de former des professionnels de la santé et de l'éducation à la neuropsychologie²⁸⁹. C'est dans les années 2000 que les pouvoirs publics reconnaîtront ces troubles et œuvreront à la formalisation et au développement des modes de prévention, de dépistage et de prise en charge.

Ce sont d'abord des institutions de conseil à l'Etat dans le domaine de la Santé qui prennent position en faveur de la reconnaissance des troubles spécifiques des apprentissages comme un problème de santé publique : c'est le cas du Haut comité de la santé publique (HCSP)²⁹⁰ en 1999 et de la Conférence nationale de santé (CNS)²⁹¹, organes consultatifs d'appui à l'action publique, qui considèrent que la France

²⁸⁸ La réduction importante du nombre sera toutefois un obstacle à leur pleine participation au processus de repérage des troubles cognitifs à l'école.

²⁸⁹ En 1991, à l'occasion du troisième Colloque international de l'UNFD (Union nationale France dyslexie), les participants publient un manifeste regroupant ces demandes, mais il n'aura pratiquement pas de suite. A. Conte, « Dans la dynamique associative », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, 26, p. 62-63.

²⁹⁰ Créé en 1991, le Haut Comité de la santé publique est un collège pluridisciplinaire de vingt-six membres, présidé par le ministre chargé de la Santé. Il donne des avis et apporte au ministre des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique. Depuis sa création en 1991, il a formulé des propositions sur de nombreux problèmes de santé publique (précarité, pollution atmosphérique, nutrition, infections virales aiguës, souffrance psychique des adolescents...) et sur le système de santé (allocation régionale des ressources, panier de biens et de services de santé...). Il devient en 2004 le Haut conseil de la santé publique. <https://www.bnfs.fr/dictionnaire/hcsp.html>

²⁹¹ Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé. Le CNS exerce trois missions : formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique, élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, et

est en retard sur la thématique. En 2000, c'est le ministère de l'Education nationale qui commande un diagnostic sur l'état des lieux de la prise en charge des enfants avec un trouble du langage – c'est Jean-Charles Ringard, inspecteur d'académie de l'Education nationale, qui produira un rapport²⁹² –, ce qui lancera une dynamique gouvernementale collective pour les deux décennies à venir. En 2001, ce même J-C Ringard rédige avec Florence Veber (pédiatre) un plan d'action à destination des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage à la demande des ministères de la Santé et de l'Education nationale et du secrétariat d'Etat aux personnes âgées et aux personnes handicapées²⁹³. Les auteurs du plan d'action considèrent que les troubles spécifiques du langage doivent devenir une « affaire d'Etat », rejoignant la thématique de l'accès aux soins mais aussi le problème de l'illettrisme et de l'exclusion : « Notre pays présente indéniablement un retard par rapport aux pays anglo-saxons et à ceux du Nord de l'Europe. Nous constatons, par ailleurs, que des personnes à titre individuel, et plus encore des associations, se sont constituées en groupes d'opinions, voire de pression. Il importe aujourd'hui que ce problème soit une "affaire d'Etat" qui requiert des mesures nationales »²⁹⁴. Le plan vise à développer l'offre de prise en charge pour ces enfants estimés à 4 à 5 % de la population infantile, et peut-être plus encore la prévention, le repérage et le diagnostic des troubles, considérés comme un préalable à toute action efficace. Les auteurs insistent sur le partenariat entre les acteurs de la santé et de l'Education nationale, reconnaissant ces pathologies comme un problème scolaire autant que de santé publique : « (...) un plan national d'action est arrêté, traduisant le souci prioritaire des deux ministères de favoriser la maîtrise du langage oral et écrit chez tous les enfants et de faire de ce champ d'action, respectivement un élément de la politique nationale d'intégration et de scolarisation et une priorité en matière de santé publique »²⁹⁵. L'action politique se centre sur le langage – ce qui se comprend par l'agenda des politiques scolaires qui mettent le langage au cœur des apprentissages²⁹⁶ et par le fait que la dyslexie est un objet historique des sciences neurocognitives appliquées à l'enfance –, mais les dispositifs accueillent également des enfants en difficulté dans les apprentissages sur un versant non langagier (malhabiletés gestuelles, désorganisation cognitive, difficultés d'attention, difficultés mathématiques...), si bien que rapidement, les politiques publiques emploieront les

contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/cns-instance-consultative/article/missions>

²⁹² J.-C. Ringard, *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, op. cit. J-C Ringard est également directeur des services départementaux de l'Education nationale de la Loire-Atlantique.

²⁹³ J.-C. Ringard et F. Veber, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, op. cit. F. Veber est chargée de mission auprès du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Dans une interview publiée dans le *Journal des psychiatres*, elle précise que ce plan « se veut une réponse à la demande pressante et permanente des Associations de parents qui depuis une dizaine d'années sollicitent les différents responsables de l'Éducation nationale comme de la Santé ». M. Bergès-Bouines et S. Calmettes, « Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » », *Journal français de psychiatrie*, 2002, 15, 1, p. 24-25.

²⁹⁴ J.-C. Ringard et F. Veber, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, op. cit., p. 8.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 4.

²⁹⁶ F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit.

termes de « troubles spécifiques des apprentissages »²⁹⁷, troubles « dys », « troubles cognitifs » ou encore « handicaps cognitifs » pour référer à ces enfants en difficultés dans les apprentissages, sans prioriser le thème du langage.

Par la suite, c'est la loi handicap de 2005²⁹⁸ qui donne une autre consistance sociale aux troubles « dys », par la création d'une nouvelle catégorie de handicap : celle de handicap cognitif. En fonction d'un certain degré d'atteinte, les dyspraxiques, comme les autres individus concernés par un trouble cognitif, peuvent se faire reconnaître handicapés, et bénéficier à ce titre de dispositifs spécifiques et de droits nouveaux. Le modèle du handicap porté par cette loi se trouve à mi-chemin entre le modèle catégoriel (ou médical), où le handicap est avant tout défini par une déficience, et le modèle universaliste (dit aussi social ou environnemental), qui définit le handicap comme le résultat d'une interaction entre une caractéristique individuelle et un environnement, et qui promeut une action sur l'environnement, considéré inadapté à l'inclusion de la diversité humaine. C'est une approche personnalisée du handicap qui est portée par la loi, où, si l'environnement est considéré comme handicapant, c'est un traitement personnalisé sur la personne qui va être proposé (avec une action sur chaque situation au cas par cas), afin de lui permettre d'exprimer tout son potentiel²⁹⁹. Pour les enfants « dys », l'administration du handicap propose une prise en charge financière des séances de rééducation ainsi qu'un aménagement des conditions de scolarisation sur-mesure : aide humaine et/ou technique en classe, allègement de tâche, modification des rythmes scolaires... En créant la catégorie de handicap cognitif, la loi n'impacte pas seulement les prises en charge des personnes concernées, mais aussi le monde des professions de l'enfance en reconnaissant les troubles cognitifs comme un territoire d'intervention, aux côtés des troubles mentaux et des handicaps moteurs et sensoriels, asseyant de la sorte un peu plus l'autorité des sciences neurocognitives.

1.3.2. Reconnaissance étatique et démultiplication des dispositifs

Devenus une catégorie de l'action publique d'Etat, les diagnostics de troubles spécifiques des apprentissages se voient conférer une force sociale inédite. C'est d'abord la figure de l'enfant « dys » qui est légitimée, « normalement intelligent » mais « différent », « incompris » et pour cela « maltraité », injustement mis en difficulté en société et à l'école en particulier, malgré de réelles capacités. La

²⁹⁷ Dès 2002, les ministères concernés (au nombre de cinq) valident l'élargissement de la catégorie dans une circulaire parue au Bulletin officiel : « Les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) qui font l'objet de cette circulaire sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi les dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité ». <https://www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm>

²⁹⁸ De son nom complet : la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Elle est promulguée le 11 février 2005 sous le gouvernement Raffarin.

²⁹⁹ Pour un développement plus en détail de ces trois modèles du handicap, se référer au chapitre d'ouvrage suivant : Winance M, Ville I et Ravaut JF, « Discours et pratiques autour du handicap : catégories, situations, parcours de vie », in D. Vrancken et al., *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique, Editions Academia, 2008. Il est intéressant de constater que les politiques françaises du handicap rejoignent les politiques scolaires, en ce qu'elles considèrent que l'idéal social à atteindre est spécifique à chaque individu en fonction de son potentiel.

reconnaissance par les différents ministères de ces catégories diagnostiques va produire un effet de légitimation interne à l'Etat, avec une production importante à partir des années 2000 de rapports, lois, dispositifs, etc., mais aussi externe, la reconnaissance étatique de la cause des « dys » faisant de cette dernière une cause sérieuse³⁰⁰. La légalisation « confère à une perspective une valeur absolue, universelle, l'arrachant ainsi à la relativité qui est inhérente, par définition, à tout point de vue, comme vision prise à partir d'un point particulier de l'espace social. Il y a un point de vue officiel, qui est le point de vue des officiels et qui s'exprime dans le discours officiel. (...) Ce point de vue est institué en tant que point de vue légitime, c'est-à-dire en tant que point de vue que tout le monde doit reconnaître au moins dans les limites d'une société déterminée » (Bourdieu, choses dites, 1987, p.162). Dans le cas des troubles spécifiques des apprentissages, la reconnaissance étatique va permettre de toucher et convaincre un public large, jusqu'alors sceptique ou plus simplement ignorant, par une plus grande médiatisation de la cause. Elle va alors inciter, à une échelle plus massive, à la multiplication des appropriations individuelles et privées³⁰¹. Cette reconnaissance va aussi participer à l'équilibre des rapports de force entre les différentes orientations psychologiques qui structurent en partie les acteurs de l'enfance en difficulté. Même si les pouvoirs publics ne critiquent pas frontalement l'expertise psychodynamique des difficultés infantiles, ils considèrent que les interprétations psychologiques sont trop systématiquement appliquées et notamment de façon inadaptée à certains publics (dont les « dys »)³⁰². Suite à la publication du plan d'action de 2001, les deux ministères affichent un soutien à l'expertise neurocognitive et une volonté d'appuyer son développement, par un soutien à la recherche, à la formation des professionnels, et à l'essor ou la restructuration de dispositifs de prise en charge se référant à ce nouveau référentiel.

1.3.3. Des transformations structurelles scolaires qui appuient l'essor de ces expertises

La reconnaissance étatique et sociale de la cause des « dys » doit donc beaucoup aux experts des sciences neurocognitives (du champ de la santé), qui se sont associés aux familles concernées, qui disposaient de ressources pour porter la cause auprès des pouvoirs publics³⁰³. Les professionnels de terrain

³⁰⁰ Double légitimation observée par W. Lignier retraçant l'histoire sociale de la cause de la précocité intellectuelle. W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit.

³⁰¹ R. Castel, *La gestion des risques*, op. cit. ; W. Lignier, « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », art cit.

³⁰² Les auteurs du plan d'action préviennent que la reconnaissance d'un diagnostic de « dys » ne préjuge pas de la nature de l'aide apportée (thérapeutique, pédagogique ou rééducative), et que « la reconnaissance officielle d'un trouble spécifique du langage, générateur de la souffrance des élèves et de leurs familles, ne représente pas l'adhésion passive à un courant de pensées ou de recherches plutôt qu'à un autre ». J.-C. Ringard et F. Veber, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, op. cit., p. 6.. Dans une interview faisant suite à la publication du rapport, son auteure F. Veber affirme cependant que, concernant les enfants « dys », « L'ensemble des réponses françaises était plutôt d'ordre psychologique et nous avons constaté que jusqu'à présent elles n'étaient pas satisfaisantes dans l'immense majorité des cas ». M. Bergès-Bounes et S. Calmettes, « Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » », art cit.

³⁰³ Sandrine Garcia parle à ce propos d'un rapprochement entre les pouvoirs publics, les parents d'enfants dyslexiques et les psychologues cognitivistes (auxquels nous pourrions ajouter les autres experts neurocognitifs comme les médecins) qui se forme dans les années 1990-2000 « contre l'alliance nouée dans les années 1970-1980 entre les pédagogues, les psychologues cliniciens et les orthophonistes ». S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit., p. 125.

de l'Education nationale (enseignants, enseignants spécialisés, médecins et psychologues scolaires, inspecteurs...) n'ont pas été des acteurs de la dynamique. Une frange de ces acteurs était imprégnée par des référentiels psychologiques qui rendaient difficile l'adhésion aux savoirs neurocognitifs, et il n'y a pas eu, au sein de l'Education nationale, de groupes d'acteurs s'étant saisis de ces nouveaux référentiels savants³⁰⁴. Les dispositifs scolaires pour les « dys » ont donc davantage été construits et implantés « par le haut », par les experts et hauts fonctionnaires de l'institution. Nous avons vu en introduction que la diffusion des diagnostics de « dys » avait aussi été grandement favorisée par l'évolution des politiques scolaires : ce sont des politiques scolaires non directement liées à ces nouvelles pathologies et handicaps qui ont favorisé la pénétration progressive de ces nouveaux référentiels. C'est d'abord la reconnaissance de « besoins spécifiques » (impliquant une différenciation croissante des scolarités depuis les années 1980) qui a favorisé l'intégration de nouvelles catégories ; ce sont aussi les injonctions au partenariat et au travail pluridisciplinaire avec des spécialistes du champ médico-psychologique qui ont favorisé plus spécifiquement l'introduction de référentiels neurocognitifs.

L'intervention des médecins et des psychologues dans le traitement de l'échec scolaire n'apparaît pas avec l'émergence de la problématique « dys », mais est aussi ancienne que l'école obligatoire. Les rapports entre les spécialistes médico-psychologiques et l'institution scolaire évoluent tout au long du 20^{ème} siècle entre concurrence, collaboration et conflits³⁰⁵. A partir des années 1980, l'Education nationale va, au travers de ses politiques, inciter au travail pluridisciplinaire pour traiter et gérer les enfants en difficultés, et c'est peu à peu une injonction au partenariat qui se constitue³⁰⁶. L'idée que l'école ne peut résoudre seule les problèmes de certains enfants se développe, et l'on va requérir l'intervention de professionnels du soin de plus en plus précocement et fréquemment, pour déterminer la nature du problème autant que pour prendre en charge sur le long terme les difficultés des enfants. « À partir du moment où l'élève montre ou énonce des signes inquiétants et qu'il présente des difficultés scolaires, l'enseignant ne doit plus agir seul (Garnier, 2003). (...) Plus récemment, le partenariat avec d'autres professionnels dans et hors l'école (Garnier, 1997 ; Glasman, 1992 ; Kherroubi & van Zanten, 2000 ; Morel, 2014 ; Payet, 1997, 2015 ; Tardif & Levasseur, 2010) évolue vers une compréhension globale et singulière de l'élève, dans une logique inclusive, visant une complémentarité des registres interprétatifs de la difficulté et une prise en charge sur-mesure »³⁰⁷. Cette organisation partenariale autour de l'échec scolaire entraîne une circulation des savoirs entre différents corps professionnels de cultures différentes (enseignants, psychologues, rééducateurs, médecins...), et, avec le maintien des hiérarchies professionnelles en faveur des professions médico-

³⁰⁴ Comme ça avait été le cas pour l'appropriation des schèmes psychanalytiques quelques décennies plus tôt, avec des psychologues scolaires et des enseignants spécialisés (au sein des GAPP) qui avaient fait de ces savoirs un levier d'autonomisation professionnelle. C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit.

³⁰⁵ J. Roca, *De la ségrégation à l'intégration*, op. cit. L'auteur retrace le rapport de force constant entre les ministères de l'Education Nationale et de la Santé tout au long du 20^{ème} siècle autour du traitement des enfants inadaptés.

³⁰⁶ A ce propos, S. Morel parle de « nouveau paradigme pluridisciplinaire », dont l'analyse est au fondement de sa thèse.

³⁰⁷ J. Pelhate, *La mise en scène partenariale de l'échec scolaire. Approche ethnographique du traitement interinstitutionnel de la difficulté scolaire en REP (Genève)*, op. cit., p. 32.

psychologiques et au détriment des enseignants³⁰⁸, elle devient un vecteur de l'introduction des catégories médico-psychologiques dans l'école³⁰⁹ – et *in fine* un élément favorisant la compréhension des difficultés scolaires en des termes pathologiques et individualisants. Le succès de la catégorie de troubles des apprentissages résulte donc aussi d'un management institutionnel, et ils deviendront à leur tour une justification de son maintien.

Il faut relever que les auteurs du plan d'action autant que les décideurs politiques sont conscients des résistances professionnelles possibles à la compréhension des difficultés infantiles en termes de « dys » (dans le domaine scolaire comme médico-psychologique)³¹⁰, ce qui va influencer sur le développement des dispositifs de prise en charge. L'Education nationale mise sur une sensibilisation progressive des acteurs, même si les associations de parents, renforcées par la loi de 2005 sur le handicap (qui donne un cadre juridique à certains aménagements scolaires), vont faire pression pour imposer certains modes de scolarisation au détriment d'autres. Dans le champ de la santé, le développement des dispositifs pour enfants « dys » se fera finalement davantage en dehors des circuits de soins traditionnels, plutôt que par la conversion d'acteurs médico-psychologiques très présents dans le suivi des enfants en difficultés scolaires, comme les CMPP. La partie suivante du chapitre s'attachera à montrer comment s'est développée cette offre, et comment sa structuration particulière a pu influencer sur la morphologie sociale de la population des enfants « dys », et sur leurs trajectoires.

Conclusion intermédiaire

Alors que dans les années 1970 les experts de la dyslexie sont isolés et marginalisés, les experts des sciences neurocognitives ont réussi, trente ans plus tard, à en faire un objet légitime de recherche et d'intervention, au sein d'un ensemble plus vaste de troubles cognitifs infantiles. C'est à partir des années 1980 que la recherche en sciences neurocognitives sur les enfants s'est développée (en s'intéressant aux

³⁰⁸ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, *op. cit.* Le nouveau paradigme pluridisciplinaire autour de l'échec scolaire est l'objet de la thèse de Stanislas Morel. Partant du constat d'une collaboration accrue entre les différents « partenaires », il se demande si cette injonction au partenariat permet « un dépassement des égoïsmes professionnels pour une "mise en commun" » ? Il en vient à la conclusion que cette nouvelle organisation du travail n'est pas synonyme de rapports égalitaires. « L'affichage pluridisciplinaire tend à dissimuler les rapports de domination derrière l'idéal du "travailler ensemble", il contribue à l'instauration de nouvelles formes de violence symbolique dans l'univers du travail » (p. 505). Ce déséquilibre des forces se produit à défaveur des enseignants qui se voient en partie dépossédés de leur mandat pédagogique auprès des élèves en difficultés scolaires et semblent subir l'entrisme de professions médicales – médecins et rééducateurs – dans le domaine. ».

³⁰⁹ J.-P. Payet et al., « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes : diffusion des savoirs experts et altération de la collaboration avec les parents dans l'enseignement prioritaire », *Raisons éducatives*, 2018, 22, 1, p. 49-73. « Loin de la figure du/de la professionnel-le isolé-e résolvant les problèmes à partir de ses seules habiletés, les enseignant-e-s sont au contraire immergé-e-s dans un maillage institutionnel qui suppose un partage d'informations, une appropriation de divers savoirs, une connaissance des partenaires (...). Connaissances et terminologies exogènes imprègnent les représentations enseignantes à l'égard de la difficulté scolaire » (p.58-59). Les auteurs de l'article observent que si la collaboration professionnelle répétée fait évoluer les représentations enseignantes de la difficulté, elle modifie également en profondeur la professionnalité enseignante, puisque dans cette division du travail ils deviennent « des pourvoyeurs d'informations plutôt que des professionnel-le-s capables d'élaborer des réponses pédagogiques aux difficultés observées ».

³¹⁰ Du fait des controverses savantes mais aussi des rivalités et liens de concurrence entre groupes professionnels et institutions.

troubles comme aux apprentissages ordinaires), et si leur apport aux questions pédagogiques fait débat³¹¹, on ne peut que constater qu'une offre de prise en charge s'est structurée autour des troubles des apprentissages. Les promoteurs ont su produire une véritable « expertise » dans le sens où l'entend le sociologue Gil Eyal, comme un réseau qui lie des agents, des dispositifs, des concepts et des organisations institutionnelles et spatiales³¹². Ils ont en effet su fédérer un ensemble d'acteurs (des familles, des acteurs du soin et des pouvoirs publics principalement), notamment au sein de structures associatives, ils ont produit des outils diagnostiques, élaboré des dispositifs thérapeutiques, et pensé une organisation des soins – dont on verra la construction progressive dans la deuxième partie du chapitre.

Au début des années 2000, la dyspraxie est définie et reconnue par les pouvoirs publics comme une pathologie cognitive (au sein d'un ensemble plus vaste de troubles cognitifs), et considérée comme sous-diagnostiquée, du fait de l'absence jusqu'alors de connaissance à son sujet et de tests disponibles. Ils vont alors soutenir les experts neurocognitifs dans leur entreprise de constitution d'un nouveau territoire d'intervention, en favorisant la formation de professionnels à ces nouveaux référentiels savants et en incitant au repérage massif de cas dans les écoles et les dispositifs des secteurs médico-éducatifs, médico-sociaux et psychiatriques. Cette entreprise suscite des controverses, tous les acteurs du champ ne s'accordant pas à cette lecture neurocognitive des difficultés des enfants, et plusieurs agents vont s'opposer à cette dynamique de dépistage massif des troubles cognitifs. C'est en particulier le cas des professionnels qui s'inscrivent dans une perspective psychanalytique ou psychodynamique, très présents dans le champ de l'enfance en difficulté, et défendent une lecture relationnelle des difficultés scolaires (symptômes d'un trouble psychoaffectif). Les expertises « psy » vont entretenir entre elles des rapports de concurrence, et pour mieux comprendre la façon dont elles allaient marquer les parcours des enfants (quels enfants vont être pris en charge par ces nouveaux dispositifs de la dyspraxie ? Comment l'orientation vers l'un ou l'autre se réalisait-elle ?), j'ai décidé de m'intéresser à la structuration de ces offres de soin, leurs collaborations et leurs modes de recrutement des publics, ce à quoi est consacré la seconde partie du chapitre.

2. 2000-2010 : LA STRUCTURATION D'UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE PARALLÈLE

Cette « grande opposition entre TCC et psychanalyse »³¹³ est structurante du champ médico-psychologique français à partir des années 2000, et marque les parcours de soins de nombreux enfants,

³¹¹ Certains auteurs estiment que si les connaissances sur les mécanismes cognitifs ont sans nul doute progressé ces dernières années, elles ne révolutionnent pas tant les analyses pédagogiques sur les phénomènes d'apprentissage qu'elles innoveraient en termes d'administration de la preuve. Voir par exemple l'interview du sociologue Stanislas Morel dans le journal *Libération* : E. Cario, « Stanislas Morel : "Les neurosciences illustrent la dépolitisation actuelle de la question scolaire" », *Libération.fr*, 2018 p.

³¹² G. Eyal, « For a Sociology of Expertise », art cit.

³¹³ C. Borelle, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical.*, op. cit.

qui vont être confrontés à différentes qualifications de leurs difficultés et connaître successivement différentes formes de prises en charge³¹⁴. Elle va aussi produire de la différenciation entre enfants « en difficulté », en les orientant vers une prise en charge ou l'autre. Dans cette thèse, j'ai voulu comprendre la répartition des publics entre ces différents classements médico-psychologiques et scolaires. Pour saisir les mécanismes de cette différenciation, je me suis intéressée aux quêtes diagnostiques parentales et à leurs façons de faire des choix, car ils sont réputés actifs dans le domaine³¹⁵, mais j'ai d'abord voulu connaître les contraintes institutionnelles des espaces dans lesquels ils se mouvaient.

Qu'est-ce qui est proposé aux parents lorsque les enseignants repèrent une difficulté, un écart à la norme ? A quelles remédiations peuvent-ils recourir ? Comprendre les parcours des enfants et les décisions parentales passe par la connaissance de l'offre de prise en charge disponible, celle-là étant certainement la première contrainte des choix parentaux. La question de l'accessibilité des différentes offres d'aide est apparue importante : disponibilité de l'information, présence de professionnels, coûts du suivi, horaires proposés... Après avoir vu comment s'était construite la cause des « dys », cette deuxième partie du chapitre retrace la façon dont s'est structurée cette nouvelle expertise (au sein de groupes professionnels et structures spécifiques, avec des modes de recrutement propres, des liens singuliers entretenus à l'école...) selon l'hypothèse que les soubassements institutionnels en contraignaient l'accès, et participaient à la sélection des enfants – et donc à définir la morphologie finale de la population des enfants dyspraxiques.

L'expertise neurocognitive ne se substitue pas aux expertises préexistantes sur les troubles infantiles, mais s'insère dans une offre de prise en charge déjà structurée. Elle doit en particulier se faire une place au sein d'un champ médico-psychologique imprégné de longue date par la psychanalyse – mais aussi au sein d'un ensemble institutionnel complexe à la croisée des secteurs psychiatrique, médico-social et médico-pédagogique. Le plan d'action de 2001 incite à la création de pôles diagnostiques spécialisés dans les troubles des apprentissages, ainsi que la réorientation d'un certain nombre de dispositifs scolaires et médico-psychologiques existants (CLIS, UPI, CMPP, CAMPS³¹⁶), afin qu'ils intègrent ces enfants atteints d'un trouble des apprentissages. Cette dernière préconisation rencontrera des obstacles lors des tentatives de mise en œuvre, et c'est bien une offre de prise en charge parallèle, en dehors des circuits traditionnels qui se met en place pour diagnostiquer et traiter les enfants présentant un trouble des apprentissages. Je reviens dans un premier temps sur l'organisation de l'offre de remédiation

³¹⁴ C'est ce qu'ont révélé plusieurs enquêtes de terrain s'intéressant aux parcours d'enfants diagnostiqués d'un trouble des apprentissages ou d'un autisme. *Ibid.* ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; C. Méadel, « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », art cit.

³¹⁵ J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit ; W. Lignier, « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », art cit ; S. Morel, « La cause de mon enfant », art cit.

³¹⁶ Les Unités pédagogiques d'intégration (UPI) sont des classes qui accueillent des jeunes handicapés âgés de 11 à 16 ans dans un collège ou un lycée ordinaire. Elles sont renommées en 2015 Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) est un établissement médico-social chargé de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans.

psychologique d'orientation psychanalytique, pour comprendre dans un second temps les voies par lesquelles s'est rendue disponible l'expertise neurocognitive.

2.1 L'implantation historique de l'expertise psychodynamique

L'expertise psychanalytique, dite aussi psychodynamique, se développe dès l'après-guerre dans le champ de l'« enfance inadaptée » (plus tard considérée comme « handicapée »³¹⁷), et ce sont les CMPP, créés à la fin des années 1960, qui seront au cœur de sa diffusion. C'est en particulier sur leur essor et sur leur mode de fonctionnement que se focalise cette sous-partie, puisqu'ils sont des acteurs importants de cette histoire, également car ils sont très présents dans les parcours des enfants de l'enquête : 12 enfants de l'enquête y ont à un moment donné été pris en charge, et c'est dans ces structures que les familles se sont le plus fréquemment confrontées à l'approche psychanalytique. Il apparaissait nécessaire de mieux connaître ces structures pour comprendre les expériences et trajectoires familiales.

2.1.1. Les CMPP au cœur de la dynamique

Les années 1960 sont une époque de grandes transformations des champs de la maladie mentale et de l'enfance anormale, traversées par un mouvement de désinstitutionalisation général des prises en charge psychiatriques – prises en charge « totales », perçues de plus en plus comme une privation abusive de liberté³¹⁸ – et animées d'une volonté de décloisonner le travail auprès des enfants entre les différents secteurs, sanitaire, social et pédagogique. La psychanalyse est présentée par ses défenseurs comme l'approche idéale pour traiter les individus dans ces nouveaux dispositifs ouverts et décloisonnés, par l'humanisme qu'elle oppose au modèle disciplinaire étatique jusqu'alors dominant. Son modèle alternatif représente un espoir, en proposant des débouchés là où la médecine mentale traditionnelle montre ses limites³¹⁹, et c'est en particulier dans le champ de l'enfance dite inadaptée qu'elle parviendra à s'étendre. Les Centres médico-psycho-pédagogiques, créés en 1963³²⁰, s'inscrivent à la croisée de deux dispositifs à vocation hégémonique dans le champ médico-psychologique en train de se construire : la psychiatrie

³¹⁷ Puis « en situation de handicap », en référence respectivement aux lois de 1975 et 2005 sur le handicap.

³¹⁸ Les prises en charge dites totales ne disparaîtront pas jusqu'à aujourd'hui, mais elles se marginalisent et deviennent un modèle repoussoir pour les personnes concernées comme pour les pouvoirs publics. On y oppose l'intégration en milieu ordinaire (puis l'« inclusion »), et des prises en charge en ambulatoire plutôt qu'en structures.

³¹⁹ L'appétit des médias pour la nouveauté, ou encore l'élitisme de l'intelligentsia de gauche sont d'autres facteurs du succès de la psychanalyse. R. Castel et J.-F. Le Cerf, « Le phénomène "psy" et la société française », *Le Débat*, 1980, 3, p. 22-30.

³²⁰ L'idée d'une structure regroupant des spécialistes de la santé mentale, de la psychologie et des questions scolaires (ou pédagogiques) est légèrement antérieure à 1963 : les CMPP sont le fruit de la fusion de deux structures, les Centres Psycho-Pédagogiques, dont le premier fut créé en 1946 sous la direction du psychanalyste Georges Mauco, et des Centres Médico-Psychologiques créés en 1949. Ces deux structures précurseuses des CMPP résultent de la collaboration entre des psychiatres ou psychologues d'orientation psychanalytique et des membres de la Haute administration de l'Education Nationale³²⁰ (dans le cas des CPP) et des médecins de la santé mentale (dans celui des CMP).

publique ouverte (insérée dans la communauté) et la psychanalyse comme modèle indépassable d'approche de la problématique du sujet³²¹.

Les CMPP proposent un accueil de jour pour les enfants et adolescents (et leur famille) qui s'y rendent pour des séances ponctuelles, généralement hebdomadaires. Ils regroupent une équipe pluridisciplinaire de professionnels exerçant sous l'autorité d'un médecin psychiatre (plus marginalement pédiatre) : psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, et parfois enseignants spécialisés – les groupes professionnels sont les mêmes depuis leur création, seule leur proportion a évolué au cours du temps. Cette pluridisciplinarité les désigne pour accueillir un public infantin aux problématiques diverses, et c'est dans leur approche du soin ainsi que dans leur mode de recrutement qu'ils vont se distinguer des structures médico-sociales et psychiatriques d'alors. Les CMPP deviennent dès leur création « un haut lieu de diffusion de la psychanalyse en direction de l'enfance »³²², et les psychiatres-psychanalystes, à la tête de ces structures, sont des acteurs déterminants du mouvement. Ces derniers vont s'intéresser aux individus présents dans les institutions ordinaires, sans attendre de recevoir ceux qui en sont écartés ou exclus³²³. L'école leur apparaît comme un réservoir de patients potentiels, qu'il faut aller chercher.

Entre les années 1960 et 1980, les schèmes psychanalytiques pénètrent un ensemble large de groupes professionnels et de structures de l'enfance (ordinaire comme inadaptée³²⁴) et devient un vecteur fédérateur entre ces acteurs qui partagent dès lors un même langage, et une approche commune des problématiques infantiles.

2.1.2. L'école : le premier fournisseur de patientèle des CMPP

A leur création, les CMPP, comme les autres institutions ouvertes nouvelles de l'enfance inadaptée, ne rencontrent pas naturellement leur public. Les thérapeutes des centres se livrent à une « forme de prosélytisme »³²⁵ dans les écoles, défendant l'idée que les enfants scolairement inadaptés souffrent de

³²¹ R. Castel, *La gestion des risques*, op. cit., p. 20.

³²² R. Castel, *La gestion des risques*, op. cit.

³²³ De façon générale, en s'intéressant aux individus « malades » mais aussi de plus en plus aux individus « sains », la psychanalyse redessine la frontière entre le normal et le pathologique. Et si la psychanalyse a accompagné le mouvement de désinstitutionnalisation du champ psychiatrique, elle a aussi participé à étendre son influence en captant de nouvelles populations d'individus jusqu'alors non suivis. A ce titre, Robert Castel parle d'un « interventionnisme généralisé » de la part des « psy » qui se met en place dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle en France. *Ibid.*, p. 47.

³²⁴ Les enseignants de l'école maternelle et primaire dans une moindre mesure, enseignants spécialisés, rééducateurs en orthophonie et psychomotricité, psychologues, etc. *Ibid.*, CHAMBOREDON Jean-Claude et PREVOT Jean, « Le "métier d'enfant". Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle », in *Revue Française de Sociologie*, n° 3, vol. 14, juillet 1973, p. 295, C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit.

³²⁵ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

troubles psychiques qui méritent leur expertise. Ils travaillent à se faire connaître et se présentent comme les acteurs indiqués et légitimes dans le diagnostic et le traitement des inadaptations scolaires.

La généralisation d'une culture psychologique parmi les enseignants, le développement de la profession des psychologues scolaires, et plus tard des Groupes d'aides psychopédagogiques (GAPP, créés en 1970, qui deviennent en 1990 les RASED) autour d'une expertise psychologique des élèves en difficulté scolaire³²⁶ vont favoriser l'implantation des CMPP dans le traitement de l'enfance scolairement inadaptée, en leur fournissant autant d'alliés au sein même de l'école. La file active des centres ainsi que leur nombre croissent avec les années, et c'est l'école qui constitue le premier orientateur vers ces structures. A partir des années 1980, le rapport entre l'offre et la demande s'inverse : « le nombre de consultations auprès des institutions type CMPP ou CMP a plus que doublé depuis 1989, provoquant l'apparition de listes d'attente qui imposent aux familles de patienter parfois près de six mois avant d'obtenir un premier rendez-vous »³²⁷. Cette dynamique se poursuit dans les années 2000, avec le maintien de listes d'attente malgré l'ouverture continue de structures. Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2006 auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés relate une augmentation de 27% des CMPP entre 2001 et 2006. « Parallèlement, le nombre de séances a progressé de 7 %, de même que les effectifs du personnel, notamment les psychomotriciens et les psychologues »³²⁸.

Aujourd'hui, le recours à ces structures de soin (mais aussi à des professionnels de psychologie et de rééducation en libéral) s'est banalisé, en même temps que la scolarisation en milieu ordinaire devenait la norme pour tous les enfants, y compris pour les inadaptés. Ces deux mouvements se sont même appuyés l'un l'autre, puisqu'à l'heure où l'école se doit d'accueillir tous les élèves, elle cherche des solutions pour « faire avec » des enfants qui ne parviennent pas à se fondre dans les cadres scolaires : cette demande scolaire rencontre une offre extérieure de prise en charge, qui ne cesse de s'accroître et de se diversifier tout au long du 20^{ème} (et 21^{ème}) siècle, à la croisée des secteurs de la santé mentale et du médico-social (et plus tard du handicap). Le succès des CMPP est tel, qu'aujourd'hui ils « figurent parmi les institutions les plus sollicitées pour apporter une aide aux enfants en difficulté dans le cadre scolaire. Entre 150 000 et 200 000 enfants y consultent tous les ans³²⁹ : même si, parmi eux, certains ne consultent pas pour des problèmes

³²⁶ Les enseignants spécialisés des GAPP, spécialisés dans les rééducations psychopédagogiques et psychomotrices, sont en partie formés par des psychiatres des CMPP et les psychologues scolaires, et leur identité professionnelle va se construire autour d'une expertise psychologique : ils vont centrer leur action sur les aspects psychologiques de la relation de l'enfant à l'école, au maître et aux apprentissages, davantage que sur le contenu pédagogique des enseignements. DORISON Catherine, « La place de la pédagogie dans les relations entre enseignants spécialisés et enseignants des classes ordinaires : du tabou à la collaboration », in *Les Sciences de l'éducation*, n° 4, Vol. 39, 2006, p. 63-79, C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit.

³²⁷ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit., p. 397.

³²⁸ L. Masson, « Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) en 2006 », *Dossier solidarité et santé : l'enquête auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006*, 2011, 20, p.35.

³²⁹ En 2016, un rapport de la CNSA relate une file active de 219.844 enfants. C. Branchu et al., *Mission relative à l'évaluation et au fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile-juvénile (CMP-IJ)*, IGAS, 2018, p.51.

scolaires, la plupart sont adressés par les établissements scolaires et, en particulier, par les écoles maternelles et élémentaires »³³⁰.

2.1.3. Les années 2000 : volonté des pouvoirs publics de réorienter les pratiques des CMPP

En 2001, dans le plan d'action rédigé par J.-C. Ringard et F. Veber sur les troubles spécifiques du langage, les CMPP sont pressentis pour participer au diagnostic et à la prise en charge des troubles cognitifs.

Axe prioritaire n° 3 : Mieux prendre en charge

Action n° 11 : Réévaluer les dispositifs médico-social et sanitaire concernés pour mieux définir leur rôle dans les réponses à proposer aux enfants porteurs de troubles du langage, tant en matière qualitative et quantitative, pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge (CAMSP – CMPP – établissement spécialisé médico-social, maison d'enfant à caractère sanitaire). (...) Avec la prise de conscience récente du problème de santé publique que constituent les troubles d'apprentissage du langage oral et écrit, et sans négliger les besoins en matière de troubles psychiques et comportementaux, il apparaît indispensable de réévaluer la place et les missions de ces différents dispositifs³³¹.

Suivant la publication du plan d'action, et spécifiquement pour répondre à cette mesure « n°11 », l'Inspection générale de l'Education nationale (IGEN) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) se voient confier la mission d'enquêter sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles spécifiques du langage³³². Leur problématique de départ consistait à « vérifier si les retards et les échecs constatés dans ce domaine étaient liés pour partie aux faiblesses du dispositif de dépistage, et en particulier à des présupposés étiologiques fortement imprégnés par l'approche psychothérapeutique (présupposés véhiculés par nombre d'équipes médico-sociales comme par les RASED) »³³³. Ils intègrent à l'analyse un ensemble d'acteurs très divers, de l'Education nationale et du secteur médico-social : enseignants, CLIS, SEGPA, RASED, médecine scolaire, CAMSP, CMPP, CMP, établissements pour déficients auditifs, pour déficients intellectuels, troubles du comportement... Il ressort d'abord de leur enquête qu'au début des années 2000, très peu de professionnels intègrent les référentiels neurocognitifs à la compréhension de leurs publics, qu'il s'agisse des enseignants ou des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social. Ils font l'hypothèse que cette

³³⁰ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit., p. 369. Il faut préciser que la très grande majorité d'entre eux suivent un cursus scolaire ordinaire : 98% sont scolarisés dans une école ordinaire, et 91% dans une classe ordinaire (les autres se trouvant en CLIS, ULIS ou SEGPA). C. Cases et E. Salines, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2004, 1, p. 181-204.

³³¹ J.-C. Ringard et F. Veber, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, op. cit., p. 30.

³³² C. Bizot et al., *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*, IGAS/IGEN, 2002. Ce sont les ministres de l'Emploi et de la Solidarité, de l'Éducation nationale, et les ministres délégués à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées et à la Santé qui sont à l'origine de ce rapport.

³³³ *Ibid.*, p. 90.

absence de référence entraînerait un sous-diagnostic (moins repérés et dépistés), mais aussi une mauvaise prise en charge, à comprendre ici comme ne respectant pas les protocoles établis par les experts (approche pédagogique individualisée et par projet dans la classe, rééducations cognitives en dehors, etc.). Ils observent ensuite que « c'est le secteur en particulier des orthophonistes, qui prend en charge en ambulatoire la majorité de ces enfants, bien que leur formation sur les troubles complexes des apprentissages soit encore insuffisante »³³⁴. Ils tiennent à distance les volontés de création de structures spécialisées pour la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages (comme il se fait pour l'autisme, et comme c'est la tendance plus générale dans le champ depuis quelques années), soutenant que des structures sont en principe prédisposées à l'accueil de ces enfants, notamment les CMPP, pour le diagnostic différentiel et le suivi : « ils reçoivent déjà une grande partie des enfants souffrant de troubles dits instrumentaux, disposent des équipes nécessaires et sont bien articulés avec l'école ; mais un certain nombre d'entre eux n'ont pas la culture neuropsychologique, voire dénie l'existence propre de ces troubles, systématiquement rapportés à une étiologie psychogène »³³⁵.

Ce faisant, les auteurs de cette enquête reprennent l'idée des militants selon laquelle les enfants « dys » seraient sous-diagnostiqués, et mal orientés du fait de l'absence de formation des professionnels, voire de présupposés imputant à des désordres psychoaffectifs des difficultés d'apprentissage. Ils vont préconiser une enquête de prévalence dans la population scolaire générale, ainsi que des « recherches d'inadéquations » pour trouver des dys dans des dispositifs de prises en charge où ils ne seraient pas diagnostiqués comme tels, « notamment dans les CMPP, les instituts de rééducation, les établissements pour déficients intellectuels, les hôpitaux de jour ». Cette démarche veut cerner les « besoins » autant que « sensibiliser les professionnels de la psychiatrie infantile-juvénile, de la psychologie et du travail social à la question de ces troubles » (IGAS 2002).

De telles enquêtes de dépistage massif n'ont au final pas été réalisées, mais dans les années 2000-2010, des enquêtes sur les CMPP décrivent le maintien d'une prédominance de l'approche psychanalytique des troubles et du soin, avec une pénétration tardive et partielle des outils des sciences neurocognitives. Ces structures n'apparaissent toujours pas, en 2020, comme des acteurs du dépistage et de la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages – ou très marginalement.

³³⁴ *Ibid.*, p. 91.

³³⁵ *Ibid.*

2.1.4. Atouts et déclin d'une expertise psychologique

2.1.4.1. Une défiance réciproque entre CMPP et pouvoirs publics

À partir des années 2000, les CMPP se retrouvent au cœur de tensions politiques. Le fonctionnement relativement atypique de ces centres dans le paysage des dispositifs du secteur médico-social³³⁶ rentre en tension avec l'évolution des politiques des secteurs médico-social et du handicap (loi 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et loi de 2005 sur le handicap), des protocoles de prises en charge et des modes de financement. C'est un mode de gouvernance général qui est promu par les politiques publiques, qui vise à rationaliser les activités des acteurs du soin : les pouvoirs publics vont chercher à standardiser les pratiques de soin, en s'appuyant par exemple sur des recommandations de bonnes pratiques associées à des pathologies, ou encore en formalisant les références diagnostiques (qui sont par ailleurs en débat), et ils vont aussi demander aux structures et aux professionnels de renseigner leurs pratiques selon les protocoles prédéfinis, défendant l'idée d'une plus grande transparence pour les usagers – mais aussi pour l'administration publique. Ainsi, les activités de soin doivent être davantage contrôlables et évaluables par les pouvoirs publics et notamment les financeurs, selon les méthodes de la Nouvelle gestion publique³³⁷. Si l'approche du soin telle qu'elle est conçue par les spécialistes neurocognitifs se conforme aux intentions des réformateurs politiques (classements diagnostiques, quantification de l'activité...), ce n'est pas le cas des approches psychanalytiques qui se sont développées en faisant preuve d'un plus « fort niveau d'indétermination »³³⁸, en ne répondant pas à des règles explicites et prescriptives. Des auteurs américains étudient le développement de la psychiatrie en France des années 1970³³⁹ : ils observent que les savoirs des psychiatres-psychanalystes (et par la suite des autres catégories de soignants se référant à la psychanalyse), qu'ils qualifient « d'indéterminés », sont peu formalisés et se rattachent à l'expérience du psychiatre et à ses qualités personnelles, se révélant en cela difficilement transmissibles dans un cadre scolaire et peu contrôlables, par des collègues comme par une autorité extérieure – à l'inverse des savoirs techniques et formalisés. Cette caractéristique a contribué à assurer une grande autonomie à la

³³⁶ Notamment car ils se positionnent aux frontières de différents secteurs : médico-social, psychiatrique, médico-éducatif, pédagogique. Créés avant la première grande loi sur le handicap de 1975 (la plupart des structures sont créées entre 1966 et 1975), les CMPP ne requièrent pas de leurs publics une reconnaissance de handicap par la MDPH, contrairement à d'autres structures prenant en charge des enfants avec des troubles psychiques (IME, ITEP, SESSAD). F. Tétard, « Regards sur l'histoire des CMPP », *Réadaptation*, 2006, 534.

³³⁷ P. Bezès, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Le Lien Social., Paris, Presses universitaires de France, 2009 ; C. De Visscher et F. Varone, « La Nouvelle Gestion Publique "en action" », *Revue internationale de politique comparée*, 2004, 11, 2, p. 177.

³³⁸ H. Jamous et B. Peloille, « Professions or self-perpetuated systems? Changes in the French university-hospital system » dans *Professions and professionalization*, Cambridge, University of Cambridge Press., 1970, p. 109-152.

³³⁹ R.J. Barrett, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Nouvelle édition., Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1999 ; H. Jamous et B. Peloille, « Professions or self-perpetuated systems? Changes in the French university-hospital system », art cit ; P. Atkinson, M. Reid et P. Sheldrake, « Medical Mystique », *Sociology of Work and Occupations*, 1977, 4, 3, p. 243-280.

profession, mais a aussi régulièrement généré des tensions dans les rapports avec l'administration publique.

Les CMPP émettent de nombreuses réserves sur le sens que les pouvoirs publics veulent donner à leur activité à partir des années 2000 : ils ne partagent pas l'ensemble des grilles diagnostiques en vigueur, et apparaissent notamment sceptiques envers les nouvelles nosographies cognitives, telles que la redéfinition de l'autisme ou encore les troubles spécifiques des apprentissages, qu'ils définissent comme une médicalisation abusive³⁴⁰ des difficultés infantiles ; ils sont réticents, si ce n'est franchement opposés, à catégoriser comme handicapés les enfants qu'ils reçoivent, ce qui peut générer des conflits à l'heure de la redéfinition de la notion de handicap et de l'extension de ses catégories³⁴¹ ; ils considèrent l'activité diagnostique secondaire, et non comme un préalable à toute prise en charge ; ils renseignent peu leur activité par écrit, que ce soit à destination des usagers ou des autorités administratives, là où la loi de 2002 requiert l'usage d'un ensemble d'outils visant à publiciser l'information (livret d'accueil, charte des droits et des libertés des personnes accueillies, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, projet d'établissement...) ³⁴² ; ils s'opposent à la réduction des durées de prises en charge qui leur est demandée afin de correspondre à certains standards de soin, mais aussi d'absorber les files d'attente³⁴³, etc.

L'opposition des CMPP aux évolutions récentes des secteurs médico-social et du handicap repose pour une part sur une certaine conception du soin éloignée des protocoles construits par les pouvoirs publics, et d'autre part sur des considérations plus politiques et socio-économiques, les CMPP militant pour le maintien des services publics, notamment en zones fragilisées (désert médicaux, populations précaires...), à l'heure des restrictions budgétaires.

2.1.4.2. Les CMPP comme frein à la diffusion des diagnostics neurocognitifs

Les contraintes des politiques publiques s'ajoutent aux pressions des associations qui militent pour une spécialisation des structures autour de pathologies récemment reconnues, comme l'autisme, et

³⁴⁰ A. Philipps, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, Mémoire de l'École des hautes études en santé publique, EHESP, Paris, 2008 ; S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

³⁴¹ Antoine Philipps prend note d'une réelle réticence des CMPP aux troubles cognitifs, et plus largement à la notion de « handicap psychique ». Les directeurs qu'il interroge considèrent cette dernière comme une résurgence de l'objectivisme médical, « thérapeutiquement contre productive » car enfermante et stigmatisante : « alors que la maladie mentale ou psychique se soigne et se guérit, le handicap serait entaché d'irréversibilité et aurait une vraie incidence sur les enfants et leurs parents » Pour ces raisons, Les CMPP s'opposent à la loi de 2005 (qui étend le champ du handicap à un ensemble nouveau de problématiques), et depuis lors, restent à la marge des prises en charge recommandées pour ces pathologies « nouvelles ». A. Philipps, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, op. cit., p. 29.

³⁴² A. Philipps, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, op. cit.

³⁴³ C. Branchu et al., *Mission relative à l'évaluation et au fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile-juvénile (CMP-IJ)*, op. cit.

parallèlement contre les prises en charge de type psychanalytique, à faveur de pratiques inspirées des théories cognitivo-comportementales³⁴⁴. Cependant, les CMPP parviennent à maintenir leur autonomie, les politiques publiques étant davantage des incitations que des obligations. Ils parviennent encore à définir l'objet du soin, les publics qui sont pris en charge, et le contenu de leur travail, tenant à distance les critères des pouvoirs publics tout en bénéficiant des financements de ceux-ci³⁴⁵.

Les orientations théoriques des CMPP ont évolué dans les deux dernières décennies, tout en restant majoritairement d'inspiration psychanalytique³⁴⁶. Plusieurs centres témoignent articuler leur approche notamment avec des outils issus des sciences neurocognitives (région PACA) – aussi avec l'« analyse systémique ». Cette évolution est permise par l'arrivée de nouveaux acteurs formés aux approches neurocognitives, des médecins dans un premier temps (psychiatres, pédiatres), qui ensuite vont décider de recruter des psychologues et des rééducateurs formés à ces nouveaux outils. Cependant, les différents enquêteurs n'observent pas de collaborations entre les CMPP et les centres référents sur les troubles des apprentissages qui se développent au cours des années 2000, ni avec les autres acteurs spécialisés sur les troubles des apprentissages – ils collaborent essentiellement avec les écoles, et d'autres structures comme les hôpitaux de jour, MECS, CAMSP. Leur appropriation des référentiels neurocognitifs apparaît davantage ponctuelle que généralisée, et les CMPP n'apparaissent pas comme des acteurs du dépistage des troubles des apprentissages, quand bien même ils sont confrontés à un public susceptible de correspondre aux catégories diagnostiques. Sur le territoire de l'enquête, un CMPP est devenu un acteur du dépistage et des prises en charge des troubles cognitifs, là où les autres, consulté par un tiers des familles, n'ont pas conduit les enfants au diagnostic de dyspraxie.

Les CMPP sont solidement implantés sur le territoire national, et reçoivent un nombre important et croissant d'enfants au cours des années 2000-2010. La prise en charge financière des suivis par la sécurité sociale et leur partenariat historique avec l'école sont deux atouts forts qui leur assurent une patientèle sans cesse renouvelée, notamment parmi les enfants en difficultés précoces dans le cadre scolaire, qui sont le cœur de leur patientèle. Par leur scepticisme vis-à-vis des approches neurocognitives, et leur importance en tant qu'acteur de soin (importance politique autant que numéraire, en termes de nombre d'enfants à charge), les CMPP apparaissent comme un frein à la diffusion des diagnostics récents de troubles spécifiques des apprentissages.

³⁴⁴ On peut se référer à l'article paru dans le journal Le Monde, où des associations de parents d'enfants autistes se réfèrent aux recommandations des autorités de santé pour critiquer les approches psychanalytiques, auxquelles ils sont confrontés en particulier dans les CMPP. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/03/30/la-prise-en-charge-de-l-autisme-dans-les-centres-medico-psychologiques-vertement-critiquee_5443537_3224.html

³⁴⁵ C'est aussi par des pratiques de contournement qu'ils préservent leur tranquillité, comme la pratique du codage diagnostique à destination de l'administration : ils notent par exemple dans les fiches à destination de la caisse primaire d'assurance maladie des diagnostics qui ouvrent droit à une prise en charge financière par la sécurité sociale, quand bien même ils n'ont pas usage de ces diagnostics dans leur pratique du soin. S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

³⁴⁶ A. Philipps, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, op. cit.

Puisque la restructuration des CMPP en vue de prendre en charge les troubles neurocognitifs infantiles s'avère lente et laborieuse³⁴⁷, c'est en dehors de ces acteurs historiques que va se développer une offre médico-psychologique basée sur ces nouveaux référentiels. Ce sont d'abord des pôles diagnostiques qui émergent, et qui peu à peu vont travailler en réseau avec des libéraux qui assureront le suivi des enfants.

2.2. Développement d'un réseau de prise en charge parallèle

Dans cette sous-partie, c'est l'histoire locale de l'essor d'un réseau de prise en charge autour des troubles des apprentissages qui est retracée, histoire locale qui n'en reste pas moins très intriquée à l'histoire nationale. On s'intéresse aux acteurs qui construisent cette histoire, à leur stratégie d'imposition, et surtout à la façon dont ils s'insèrent au sein d'une offre déjà complexe, et aux liens qu'ils entretiennent avec les autres acteurs du champ : les acteurs du soin, les écoles, mais aussi les associations ou encore les pouvoirs publics. Se faisant, il s'agit de saisir les opportunités qu'ils offrent aux familles en termes d'accès : où recrutent-ils les enfants ? Quelles sont les conditions pour obtenir un rendez-vous ou une prise en charge ? Proposent-ils des orientations vers d'autres professionnels ou structures, et lesquels ? Existe-t-il une porosité entre ces différents acteurs qui se présentent comme des concurrents, du fait d'approches différentes des troubles infantiles ? Plus que l'émergence de nouvelles structures, il apparaît que la forte croissance de la pratique en libéral soit le fait institutionnel marquant de l'essor de ces nouveaux dispositifs.

2.2.1. Création de pôles de compétences dans les hôpitaux publics : Les Centres référents sur les troubles du langage et des apprentissages (CRTL A)

2.2.1.1. *Une pluralité de missions pour des « supers-spécialistes »*

La première étape du plan d'action de 2001 à voir le jour, est la constitution dans chaque région d'un pôle de compétence sur les troubles spécifiques des apprentissages – d'abord centrés sur les troubles du langage, ils élargissent vite leur action à l'ensemble des troubles des apprentissages. C'est une circulaire ministérielle qui, en 2002, valide la proposition faite dans le plan d'action de 2001, « d'identifier et de promouvoir, dans les centres hospitaliers universitaires, des centres référents formés d'équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge »³⁴⁸. Ces unités, qui

³⁴⁷ C'est aussi le cas d'autres acteurs historiques des secteurs du soin et de l'éducation : les PMI, CAMSP, RASED notamment.

³⁴⁸ Circulaire co-produite par la ministre de l'emploi et de la solidarité (É. Guigou), le ministre de l'éducation nationale (J. Lang), le ministre de la recherche (R-G. Schwartzberg), la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées (S. Royal) et le ministre délégué à la santé (B. Kouchner). Encart B.O. n°6 du 7-2-2002. « Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ». <https://www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm>

prennent le nom de « centres référents sur les troubles du langage et des apprentissages » (CRTLTA), se développent sous l'autorité d'un médecin (pédiatre, neurologue, psychiatre, ou MPR) et réunissent une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins un (neuro)psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien ou ergothérapeute et parfois d'un enseignant (spécialisé), dans la volonté de faciliter la collaboration avec les écoles. Dans de rares cas, ces unités abritent une classe pour scolariser durant quelques mois des enfants « dys » considérés comme sévèrement atteints et en proie à une déscolarisation, afin de résoudre une situation de crise et de construire avec les partenaires une orientation scolaire à l'enfant (retour en milieu ordinaire, choix d'une école privée, classe ULIS...). En 2004, un CRTLTA est présent dans chaque région française.

La première compétence des CRTLTA est d'évaluer les difficultés des enfants avec les outils récents des sciences neurocognitives – que doivent maîtriser l'ensemble de l'équipe dans sa profession – et d'établir le cas échéant des « diagnostics précis ». Mais ces centres sont également investis d'autres missions. Ils doivent présenter une activité de recherche (et de promotion de la recherche), par l'élaboration et la participation à des protocoles de recherche clinique, mais aussi de recherche sur l'évaluation des pratiques de soins : les outils diagnostiques, les techniques de rééducation et l'imagerie cérébrale. Des études épidémiologiques sont également attendues de ces structures. Parallèlement, les professionnels des CRTLTA doivent participer à la formation des professionnels du territoire, de manière à ce que ces derniers puissent participer au rôle de repérage, d'orientation, de dépistage et de diagnostic qui leur est demandé. La formation doit se faire à destination d'une large palette de professionnels des secteurs de la santé et de l'éducation (enseignants, inspecteurs de l'Education nationale, psychologues et médecins scolaires, médecins de ville, pédiatres, rééducateurs, etc.) et peut se faire sous différents formats : formation continue, intervention dans la formation initiale (étudiants en médecine, pour le professorat des écoles...), publications, participations à des congrès, etc. Dans la même optique, ils doivent développer un rôle de conseil envers les équipes qui ont à charge des enfants atteints d'un trouble des apprentissages. Enfin, à défaut de prendre en charge eux-mêmes les enfants, il leur est demandé « de pouvoir apporter une réponse étayée en termes de diagnostic, de projet thérapeutique et de projet pédagogique », et de coordonner les différents acteurs du territoire mobilisés sur cette thématique. Pour cela, ils doivent être implantés et bien connaître le territoire local, afin de ne pas fournir aux familles des réponses standardisées, ou de ne pas surcharger inutilement certains services par habitude historique de collaboration alors qu'une pluralité de compétences y est présente. Et puisqu'il y a une majorité d'acteurs libéraux parmi les personnels compétents à prendre en charge sur le long terme les enfants « dys » (notamment les rééducateurs et psychologues), il est demandé aux centres de coordonner cette multitude d'acteurs indépendants et d'assurer une évaluation des suivis.

2.2.1.2. Une embolie précoce des CRTLA

Les centres référents sont dans un premier temps l'unique pôle diagnostique régional, et les évaluations publiques autour des dispositifs pour les troubles des apprentissages font rapidement état d'une « embolie » des services – avec des différences interrégionales toutefois. Sur le territoire enquêté, le CRTLA autant que les militants associatifs se plaignent dès 2004 des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous au centre, qui s'élèvent déjà à six mois en moyenne. Dans les années 2010, ce temps d'attente est évalué à plus d'un an et demi³⁴⁹. Localement et nationalement, les acteurs des troubles des apprentissages vont chercher à développer d'autres pôles de compétences diagnostiques (qui seront décrits au point suivant), et proposer une organisation des soins dans laquelle ils n'interviennent plus qu'en dernier recours, pour établir un diagnostic pour les « cas complexes » :

Troubles Dys. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

L'orientation d'un usager et de sa famille vers un centre de référence ne doit être effectuée que :

- dans les cas complexes et/ou sévères, pour le diagnostic, l'analyse de la situation et dans certains cas pour une prise en charge en unité spécialisée ;
- s'il n'y a pas de progression dans les rééducations ;
- en cas de remise en cause ou de besoin d'affiner le diagnostic.

La CNNSE [Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant], suite à ses travaux, suggère ainsi que l'orientation des usagers vers les centres de référence s'effectue uniquement après avis d'un professionnel de niveau 2 [médecins formés au diagnostic et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages³⁵⁰]. Le recours systématique aux CRTLA provoque en effet un flux trop important en inadéquation avec leur fonction, qui consiste principalement à analyser les troubles les plus complexes après une évaluation générale de l'enfant ainsi que de son histoire et de son environnement. Le recours au bon niveau de diagnostic est le garant de l'efficacité et de la pérennité des dispositifs. Le recours aux CRTLA notamment ne constitue pas un préalable à l'attribution de compensations spécifiques liées au handicap³⁵¹. »³⁵²

³⁴⁹ Une enquête menée par la FFDys portant sur 1000 individus porteurs d'un trouble des apprentissages partout en France, montre qu'en 2015, les délais d'attente pour une première consultation dans un CRTLA sont en moyenne supérieurs à six mois. *Dys : enquête 2015. Parcours santé en lien avec la scolarité et l'emploi*, Paris, Pôle Santé de la FFDys, 2015.

³⁵⁰ Le niveau 1 est composé des professionnels de proximité consultés en première intention lorsque l'enseignant ou la famille repère des difficultés chez l'enfant : le psychologue scolaire, le médecin généraliste, un orthophoniste... Le niveau 2 se définit par des acteurs davantage spécialisés sur la question des troubles infantiles médicopsychologiques, comme certains rééducateurs paramédicaux, des psychologues, des pédiatres ou autres médecins spécialisés. Les CRTLA forment enfin le niveau 3 de la procédure diagnostique, étape non systématique car réservée à la seule part des enfants dont la prise en charge n'aurait pas été jugée satisfaisante aux niveaux antérieurs.

³⁵¹ Cette précision fait suite aux pratiques constatées de la part des MDPH, qui ont pris l'habitude de renvoyer les familles vers les centres référents lorsque les dossiers médicaux des enfants leur paraissent incomplets. « L'engorgement de ces centres est en partie lié au fait que les MDPH auprès desquelles sont demandées les prestations liées au handicap renvoient souvent les demandeurs vers les Centres pour obtenir un diagnostic. » (Enquête de la FFDys de 2015, *Parcours santé en lien avec la scolarité et l'emploi*)

³⁵² P. Pentier et P. Gilbert, *Troubles Dys. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages*, Paris, Caisse nationale de solidarité

La saturation des services va empêcher la structure de réaliser l'ensemble des missions qui lui sont confiées. A l'échelle nationale, ils font le constat d'un délaissement des activités de recherches. C'est aussi le rôle de coordination ou de formation selon les territoires qui devient secondaire par rapport à l'activité diagnostique. La surcharge de ces centres publics va également rendre déterminante la participation d'acteurs privés qui, comme c'est le cas sur le territoire enquêté, vont proposer une offre diagnostique semblable, mais non prise en charge par l'Assurance maladie. Sur l'Agglomération, le CRTLA lui-même a appuyé le développement d'un réseau de ville afin d'absorber la demande : la file d'attente du CRTLA, mais aussi les « besoins cachés » supposés, du fait d'un manque de publicisation de l'offre. Il s'agit de désengorger les services existants autant que d'élargir le marché en train de se créer.

Le CRTLA de l'Agglomération a été créé en 2001 dans l'unité neurologique pédiatrique d'un CHU. Le service est composé de trois médecins, deux psychomotriciennes, trois orthophonistes, deux psychologues et un enseignant spécialisé. Il a ouvert en 2004 une unité spécialisée pour la rééducation des troubles du langage oral³⁵³. Une des psychomotriciennes exerçant au CRTLA depuis 2013 – jusqu'à aujourd'hui – me confirme lors d'un entretien la présélection des enfants opérée par le centre : les secrétaires filtrent les appels, en renvoyant les familles en première instance vers d'autres médecins (de « niveau 2 ») s'ils ne les avaient pas déjà consultés. Elles proposent à cette occasion aux parents « *des noms de pédiatres ou de neurologues spécialisés dans les troubles des apprentissages* » (Mélanie Loriol, psychomotricienne au CRTLA)³⁵⁴. Les médecins spécialisés dont parle cette psychomotricienne sont des médecins (pédiatres ou pédopsychiatres) qui ont suivi la formation du Diplôme Universitaire (DU) « Langage, Motricité, et Troubles des Apprentissages chez l'Enfant », monté en 2007 par le neuropédiatre responsable du CRTLA et le directeur de l'Institut de Formation en Psychomotricité local, enseignant-chercheur en sciences cognitives – anciennement psychomotricien. Ce DU est un point de départ de la constitution du réseau local.

pour l'autonomie, 2014, p.19-20. Voir aussi le rapport produit par la CNNSE : CNNSE, *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013.

³⁵³ Ce dispositif intègre 5 ou 6 enfants avec un trouble spécifique du langage oral (autrement nommé dysphasie), en âge d'être scolarisés en primaire. Ces enfants ont un temps de classe le matin au sein de l'hôpital avec l'enseignant de l'unité, ainsi que des rééducations avec une orthophoniste et une psychologue. L'après-midi, ils sont intégrés dans leur école de secteur.

³⁵⁴ Les expériences des familles enquêtées corroborent ce témoignage : trois d'entre elles ont d'abord cherché à obtenir un rendez-vous au CRTLA pour faire faire un bilan complet à leur enfant, puis elles ont été réorientées par les secrétaires du centre vers des cliniques privées. Au final, le diagnostic produit dans ce dernier cadre a été estimé satisfaisant pour ces familles, et elles n'ont pas souhaité se rendre au CRTLA à sa suite.

2.2.2. Développement de réseau de ville : l'expérience locale public/privé

2.2.2.1. S'appuyer sur les volontés du privé

En 2013, 177 professionnels ont ainsi obtenu ce DU, dont 63 pédiatres, tous exerçant dans la région et souvent dans l'agglomération enquêtée ou ses environs³⁵⁵ – la plupart sont des professionnels de santé, plus marginalement des professionnels de l'Education nationale et de la MDPH. Si par cette démarche, les responsables du diplôme veulent étoffer le nombre de professionnels formés au diagnostic et à la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, ils souhaitent également les organiser en réseau. Le DU leur fournit un « langage et des outils communs » qui doivent faciliter l'échange, et il s'accompagne de séminaires annuels où est convié l'ensemble des diplômés « pour maintenir un fort niveau d'interaction entre les acteurs »³⁵⁶. En 2013, plusieurs des anciens stagiaires décident, avec certains de leurs formateurs, de formaliser leur collaboration et de renforcer leur dynamique de travail commune autour des troubles des apprentissages en se constituant en association. Pour ce faire, ils intègrent une association préexistante, le réseau P'tit MIP, créé en 2007, qui fédère les professionnels de santé impliqués dans le dépistage et la prise en charge des nouveau-nés à risque de handicap³⁵⁷ dans la région – un des pédiatres fondateurs du réseau P'tit MIP devient un des proches collaborateurs du CRTLA après avoir suivi la formation du DU, dans le domaine de la recherche comme dans le suivi des enfants.

Ce pédiatre exerce dans une clinique privée au sein de l'Agglomération, et centre son activité sur les enfants présentant des troubles des apprentissages à la fin des années 2000. Ne disposant pas d'une équipe de rééducateurs formés aux outils neurocognitifs sur place, il collabore avec des psychologues et des rééducateurs installés en libéral³⁵⁸, et devient de la sorte un pôle diagnostic important sur la ville, qui rayonne sur les départements voisins du fait de l'absence d'une offre semblable. D'après les parents de l'enquête qui y ont fait diagnostiquer leur enfant, le temps d'attente y était de deux à quatre mois, soit bien plus réduit qu'au CRTLA. D'autres acteurs locaux se sont centrés sur l'activité diagnostique des troubles des apprentissages au tournant des années 2010, et il existe aujourd'hui quatre autres consultations spécialisées sur l'Agglomération : une en clinique privée, une dans un CMPP³⁵⁹, et deux autres au sein de

³⁵⁵ Y. Chaix et al., « Troubles du langage et des apprentissages : la structuration des centres de compétences en région Midi-Pyrénées », *ANAE*, 2013, 125. On peut retrouver ces informations sur la plateforme « Talamot » créée par les fondateurs du DU « troubles des apprentissages », plateforme qui vise à mutualiser les connaissances et fédérer les acteurs localement : <http://talamot.com/>

³⁵⁶ *Ibid.*

³⁵⁷ Cette association des problématiques « enfants prématurés »/« troubles des apprentissages » n'est pas fortuite, les naissances avant le terme étant considérées comme un facteur favorisant l'apparition d'une « dys ». Cette articulation des deux problématiques permet par ailleurs aux spécialistes des troubles des apprentissages de se situer au plus tôt des parcours d'enfants, puisqu'ils peuvent proposer une surveillance aux familles dès la naissance de l'enfant dans le cas des prématurés.

³⁵⁸ Ces collaborations entre le pédiatre et les rééducateurs se sont construites peu à peu de façon informelle, d'abord au sein du réseau du DU, également par le biais de l'école de psychomotricité locale qui forme des professionnels aptes à manipuler les outils nécessaires au diagnostic des troubles des apprentissages.

³⁵⁹ Un CMPP qui fait figure d'exception localement en ayant saisi ce virage neurocognitif.

l'ASEI³⁶⁰, dans deux unités distinctes, l'une spécialisée de longue date sur les troubles du langage oral, et l'autre sur les handicaps moteurs. Si les deux cliniques fonctionnent avec le concours de praticiens en libéral pour l'émission de bilans, les deux structures associatives regroupent l'ensemble des professionnels indiqués, à l'image du CRTLA.

Ces quatre pôles diagnostiques sont structurés en réseau au sein de l'association P'tit MIP et doivent constituer un filtre en amont du CRTLA. Mais ce réseau a aussi une action militante, en vue de promouvoir le développement d'une offre de dépistage et de prise en charge des troubles neurodéveloppementaux des enfants. Ils plaident auprès des pouvoirs publics pour élargir leurs bases, obtenir des moyens, et notamment des moyens d'intervention précoce.

2.2.2.2. Développer l'offre publique

L'association P'tit MIP est soutenue par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans ses différentes missions³⁶¹, qui considère qu'elle remplit des missions de service public. P'tit MIP noue des liens avec les associations de « dys » locales, et ensemble, ils militent pour un accès précoce des familles aux expertises neurocognitives en cas de difficultés infantiles : ils organisent toujours davantage de formation à destination des professionnels, réalisent des évaluations régulières des structures et activités de soins, veulent développer le maillage territorial et accompagnent pour cela « la création des structures de diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages dans chaque département de la région »³⁶². C'est ainsi qu'ils parviennent à faire ouvrir en 2017 des Centres de compétence des troubles spécifiques des apprentissages (CCTA) dans trois départements de la région. Les CCTA sont inscrits au niveau 2 de l'offre des soins, entre les professionnels de premier recours et le CRTLA, et ont été mis sur pied dans le but de proposer une évaluation diagnostique plus rapide aux parents, et de désengorger le CRTLA et les autres pôles diagnostiques de l'Agglomération qui voient leur délai d'attente croître d'années en années – en 2018 le délai d'attente au CCTA de l'Agglomération est de moins de trois mois. Je ne développerai pas davantage sur ces nouvelles structures, car, construites récemment, elles n'ont pu impacter les parcours des familles de l'enquête. On peut cependant remarquer qu'elles dénotent une volonté de rendre ou de garder publique l'évaluation neurocognitive des enfants, afin de ne pas creuser les disparités économiques comme territoriales³⁶³. La dynamique collective qui a entraîné la constitution des CCTA montre aussi que c'est une logique collaborative qui structure les liens entre les acteurs de l'expertise neurocognitive sur le territoire,

³⁶⁰ Association évoquée dans la première partie de ce chapitre, qui accompagne les personnes en situation de handicap, moteur, mental, psychique, sensoriels, de l'enfance aux personnes handicapées vieillissantes. La ville enquêtée comprend une dizaine de structures et services gérés par l'ASEI, dont un grand centre qui accueille des enfants handicapés moteurs et sensoriels : c'est ici que se développera une expertise sur les troubles spécifiques des apprentissages.

³⁶¹ Les missions de l'Association P'tit MIP sont financées par l'ARS, et elles sont définies dans le cadre du Plan Régional de Santé, à partir du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

³⁶² Voir la présentation du réseau P'tit MIP sur la page d'accueil de leur site internet : <http://ptitmip.fr/role-et-missions>.

³⁶³ C'est un argument mobilisé par les professionnels du réseau P'tit MIP exerçant dans le public comme le privé.

et non concurrentielle. S'il peut y avoir des débats sur les définitions savantes des troubles, les meilleurs outils (diagnostiques ou rééducatifs) à manipuler, les conditions de scolarisation à proposer, ces débats restent limités au milieu scientifique, et, en dehors, les experts font front commun pour asseoir l'expertise neurocognitive dans le paysage des prises en charge des enfants en difficulté. La nécessité d'une collaboration est ainsi liée au fait qu'elle soit une expertise naissante ou en développement, et se voit sûrement renforcée par le fait qu'elle soit contestée par une fraction des professionnels de l'enfance (une partie de ceux s'inscrivant dans une approche psychanalytique surtout). Et jusqu'à présent, les files actives conséquentes des pôles diagnostiques ne rendent pas nécessaire pour ces nouveaux experts le fait de devoir se démarquer entre eux, et neutralisent jusqu'à présent le développement de liens concurrentiels.

2.2.3. L'essor des rééducateurs en libéral : des acteurs-clés du dépistage et du traitement des « dys »

2.2.3.1. *Le libéral ciblé par les politiques autour des troubles spécifiques des apprentissages*

Les pôles diagnostiques décrits précédemment ne participent que peu aux prises en charge des enfants, sinon pour évaluer les bénéfices des suivis. C'est le secteur libéral des psychologues et des rééducateurs qui aura la charge de « traiter » ces enfants et de les suivre au long cours. Cette participation du secteur libéral était pressentie au début de la structuration de l'offre pour les troubles des apprentissages. La circulaire de 2002, faisant suite au plan d'action de 2001, décrit une double stratégie de développer le libéral en même temps que convertir les structures de type CMPP aux approches neurocognitives. Cette deuxième piste ne s'étant pas concrétisée, ou très peu, le libéral occupe aujourd'hui une place décisive et conséquente dans la diffusion des diagnostics de « dys », autant que dans le suivi des enfants et des familles.

Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage
(J-C. Ringard, F. Veber)

Sur les modalités de prise en charge :

Dans le domaine scolaire, il est préconisé qu'elle s'effectue, pour la majorité des enfants et des adolescents concernés :

- dans une classe ordinaire avec des stratégies pédagogiques diversifiées ;
- dans une classe ordinaire avec une adaptation de l'enseignement et des interventions spécialisées des membres du réseau d'aides spécialisées et un suivi par les médecins de l'Education Nationale ou des services de soins (SESSAD...) *ou des professionnels libéraux en relation avec des réseaux de soins* (orthophonistes, psychomotriciens, médecins...). (p.13)

Axe prioritaire n° 2 : Mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble du langage oral et écrit :

Action n° 8 : Donner des recommandations aux DDASS afin qu'elles identifient, au sein de chaque département, un *réseau de professionnels de santé libéraux compétents* pour l'élaboration des diagnostics et le suivi des prises en charge en lien avec les centres référents précités³⁶⁴. (p.27)

Dans une interview réalisée peu après la publication du plan d'action, Florence Veber considère même que « la prise en charge médicale des troubles des apprentissages est avant tout dans le secteur libéral ». Le rôle de l'hôpital y est décrit comme marginal, et davantage valorisé pour la pluralité de ses compétences, « où l'enseignement, la recherche et le soin vont de pair »³⁶⁵. Cette intention politique repose en partie sur le constat qu'au début des années 2000, c'est le secteur libéral qui prend en charge la majorité des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage³⁶⁶, et que cette forme « souple » de prise en charge est considérée la plus adaptée pour les « formes légères et modérées » des troubles. De plus, les pouvoirs publics sont sensibles au fait que le prix de revient d'un même acte effectué par un praticien (un orthophoniste, un médecin) en libéral est moins élevé que celui effectué par le même professionnel en institution (hôpital, CMPP...). Ils vont alors cibler deux défauts du système libéral : le manque de professionnels (et de professionnels formés à la thématique plus spécifique des troubles des apprentissages), et l'absence de coordination avec les autres acteurs de la prise en charge.

Dans l'optique de faire participer les professions libérales, l'Etat promeut la formation initiale et continue des professionnels de santé (pédiatres, médecins de ville, orthophonistes, psychomotriciens...) aux troubles des apprentissages et aux référentiels neurocognitifs, de manière à ce qu'ils soient compétents pour « utiliser des nouveaux outils de dépistage validés et développer la recherche et l'évaluation des pratiques professionnelles »³⁶⁷. Concernant les rééducateurs, l'Etat va même augmenter le *numerus clausus* à l'entrée des instituts de formation, de manière à augmenter le nombre de praticiens en exercice, jugé insuffisant pour absorber ces nouvelles demandes. « De plus, dès l'année scolaire 2001-2002, le nombre d'étudiants à l'entrée du certificat de capacité d'orthophoniste a été relevé de 50 places. En ce qui concerne les psychomotriciens, une réflexion est en cours pour améliorer leur formation sur la prise en charge de ces enfants »³⁶⁸. Le nombre de ces rééducateurs (ainsi que des psychologues) en exercice ne cessera d'augmenter au cours des années 2000 et 2010. C'est particulièrement marquant chez les psychomotriciens, dont les effectifs étaient stables depuis les années 1980, et c'est le mode d'exercice en

³⁶⁴ Ces propositions sont reprises à l'identique dans la circulaire de 2002. Je souligne

³⁶⁵ M. Bergès-Bounes et S. Calmettes, « Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » », art cit, p. 25.

³⁶⁶ C'est le constat posé par la mission IGAS/IGEN de 2002.

³⁶⁷ Encart B.O. n°6 du 7-2-2002. « Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ». <https://www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm>

³⁶⁸ Encart B.O. n°6 du 7-2-2002. Le numerus clausus à l'entrée des instituts de psychomotricité fera finalement plus que doubler entre 2003 et 2013. *Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé*, DREES, 2016.

libéral qui connaîtra la plus forte progression³⁶⁹. La croissance des groupes professionnels autour de la psychologie et de la rééducation semble permise par ce tournant neurocognitif, puisqu'ils sont de plus en plus sollicités « notamment sous l'influence des recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui exigent des diagnostics et des soins impliquant toutes ces disciplines ».

2.2.3.2. *Les rééducateurs en libéral : un atout de poids pour la diffusion des référentiels neurocognitifs*

Si les dynamiques professionnelles ne sont pas l'objet direct de la thèse, elles nous intéressent dans la manière dont elles vont participer à produire des publics et des parcours. Le développement des psychologues et rééducateurs en libéral va être un atout majeur de l'expertise neurocognitive pour assurer les suivis des enfants, mais aussi pour capter une clientèle : la légèreté du dispositif est attrayante pour le public (contrairement aux structures plus contraignantes et stigmatisantes) et s'inscrit dans les dynamiques institutionnelles d'inclusion des handicaps en milieu ordinaire, et de souplesse des dispositifs (réorganisation facile des suivis, cumul facilité avec d'autres prises en charge, venue possible des professionnels dans les écoles...) ; les praticiens libéraux sont par leur nombre et leur dissémination sur le territoire de vrais professionnels de proximité (bien qu'il subsiste des inégalités territoriales, entre départements, entre villes et campagnes, centres ville et périphérie) ; l'offre de soin en libéral est orientée autant vers les institutions (l'école en particulier, pour qui les rééducateurs deviennent des partenaires réguliers) que vers les particuliers³⁷⁰... autant d'arguments qui vont favoriser la saisie du dispositif libéral, et par conséquent, la diffusion des expertises neurocognitives qui s'y épanouissent. Cependant, le coût des séances, conséquent (entre 25 et 50 euros) et souvent à la charge des patients³⁷¹, et le maillage territorial partiel ne rend pas cette offre également accessible pour toutes les familles : elle suppose des ressources économiques, mais également des ressources socio-culturelles afin de s'orienter dans un marché pluriel, traversé de controverses et méconnu – ce qui sera étudié au chapitre suivant.

On observe alors des liens entre l'émergence de catégories diagnostiques et l'essor de groupes professionnels, et l'on précisera leur nature dans la troisième et dernière partie du chapitre avec l'exemple plus particulier de la dyspraxie et de la psychomotricité.

³⁶⁹ C. Branchu et al., *Mission relative à l'évaluation et au fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile (CMP-IJ)*, op. cit.

³⁷⁰ W. Lignier, « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », art cit.

³⁷¹ Seules les séances en orthophonie, prescrites par un médecin, sont prises en charge par l'Assurance maladie et donc gratuites pour les familles. Elles sont pour l'Etat moins coûteuses que les mêmes séances réalisées en structures.

2.2.4. Des réseaux de soin parallèles, et hermétiques ?

En plus d'être acteurs du soin, les praticiens libéraux sont souvent les professionnels de premier recours pour les familles, soit les premiers consultés après que des difficultés dans le cadre scolaire aient été établies. Ils constituent pour cela une première étape du processus diagnostique. Cependant, il faut prendre note du fait que tous les psychologues et rééducateurs en libéral ne manipulent pas les référentiels neurocognitifs, et ne sont donc pas tous des agents de la diffusion des diagnostics de dyspraxie. S'ils ne peuvent établir eux-mêmes un diagnostic médical qui reste la prérogative des médecins, ils vont tout de même, en fonction de leur orientation théorico-pratique, orienter les familles vers une certaine interprétation du problème et une approche du soin spécifique. Cette direction se concrétise dans des réseaux de collaboration qui apparaissent structurés autour des orientations professionnelles.

Lucie Carrère (psychomotricienne, « clinicienne », libéral/CMPP) : À l'inverse je renvoie aussi vers d'autres professionnels. C'est des personnes avec qui j'ai l'habitude de travailler, avec qui on partage le même langage. C'est des gens que j'ai pu rencontrer dans le cadre du salariat [IME, CMPP], des gens que je connaissais par ailleurs. (...) Oui, les professionnels avec qui je travaille, c'est des gens qui sont cliniciens. C'est vrai que sur [l'Agglomération] y a une grande prévalence cognitiviste, c'est pas évident de se faire une place en tant que psychomot' quand on a une formation différente. A cause du fonctionnement des neuropédiatres surtout. Ils demandent des tests précis, chiffrés... ou ils demandent certains types de rééducation. Et du coup c'est quand même tout un réseau qui est constitué, avec des liens entre l'école et les médecins en ville. Du coup je suis à côté, mais c'est pas grave.

Enquêtrice : Est-ce que parfois les parents viennent sur la demande d'un neurologue, pour avoir un bilan spécifique, dans un processus diagnostique ?

Corine Blondin (psychologue, « clinicienne », libéral) : Rarement. Je pense qu'ils sont pris dans des dispositifs autres en fait. Moi je ne travaille pas forcément en partenariat avec des neuropsychologues, avec le milieu médical, hospitalier. Donc je pense que ça concerne des psy qui travaillent dans ces types de réseaux. Et comme moi je suis plus dans une approche clinique que médicale et neurologique, du coup je fais pas partie de ces réseaux-là. Je travaille différemment on va dire. Je suis en contact avec une psychomotricienne et une orthophoniste avec qui je travaille de façon privilégiée on va dire.

Enquêtrice : Comment vous avez connu ces personnes-là ?

Corine Blondin : Par des réseaux professionnels notamment. (...) C'est des personnes d'orientation clinique, qui ont la même approche que moi. Non effectivement c'est pas la majorité sur [l'Agglomération]. C'est important de travailler avec des personnes qui ont la même approche parce que par exemple, pour ce qui est des troubles des apprentissages, moi je pourrais pas... on peut communiquer [avec les professionnels inscrits dans une approche neurocognitive], mais on n'a pas le même éclairage sur la situation, sur ce qui a pu générer ce type de difficultés, et donc pas non plus sur le type d'actions à mettre en œuvre pour aider l'enfant.

Le terrain réalisé auprès des psychomotriciennes de l'Agglomération (et de psychologues plus marginalement) a mis au jour une réelle ligne de fracture entre les praticiennes de tendance « neuro » et celles de tendance « clinicienne »³⁷², comme elles se présentent elles-mêmes. Elles décrivent des pratiques diagnostiques et de soin différentes (et souvent jugées inconciliables davantage que complémentaires), sous-tendues par des interprétations différentes des difficultés des enfants qu'elles reçoivent – et dont elles estiment par ailleurs que ce sont les mêmes – : les « cliniciennes » vont poser un « pré-supposé

³⁷² Les « cliniciennes » réfèrent plus spécifiquement aux professionnelles s'inscrivant dans une approche psychanalytique, et non à la notion de psychologie clinique qui est elle revendiquée par un ensemble beaucoup plus vaste de professionnels.

psychoaffectif » derrière les difficultés de l'enfant, souvent « intriquées à une problématique familiale » (Corine Blondin), quand les « neuro » vont d'abord s'intéresser à améliorer les performances cognitivo-motrices des enfants. Elles vont alors chercher à collaborer avec des professionnels manipulant « le même langage » comme le spécifie la psychomotricienne Lucie Carrère dans l'extrait ci-dessus, c'est-à-dire se référant aux mêmes grilles de lectures. Elles vont apprendre à se connaître en lisant les bilans réalisés sur les enfants qu'elles partagent, en travaillant au sein d'une même structure, au sein de collectifs professionnels (syndicats, associations, collectifs d'échange de pratiques...) ou encore d'associations autour de pathologies (enfants précoces, autisme...).

Les professionnels des tendances différentes peuvent être amenés à travailler ensemble au sein de structures, comme c'est le cas de Laure Bégau, de tendance « neuro », qui exerce à temps partiel dans un IME marqué par une approche psychanalytique. Si elle estime « intéressant de connaître d'autres points de vue », le travail d'équipe peut être difficile (c'est d'ailleurs ce qui la pousse à démissionner à la fin de l'année) car elle ne comprend pas toujours le discours des psychiatres et de l'équipe éducative « très branchés psy. Moi je parle de difficultés de coordination motrice, je les travaille en faisant des ateliers sport, des parcours de santé... pour que les enfants intègrent le bas du corps et s'entraînent à le coordonner. Et en réunion, le psychiatre parle d'angoisse de morcellement, d'angoisse de liquéfaction... ! C'est difficile, on n'a pas du tout le même regard sur l'autisme ». Laure Bégau qualifie les divergences de points de vue de « parfois trop extrêmes »³⁷³, et elle souhaite démissionner dans les semaines qui suivent l'entretien pour travailler dans une structure plus en accord avec sa pratique.

En libéral, Laure Bégau est inscrite dans un réseau de collaboration où ils s'adressent mutuellement des enfants avec le neuropédiatre fondateur du réseau P'tit MIP, le CRTLA et d'autres professionnels formés aux problématiques des troubles spécifiques des apprentissages.

Laure Bégau (psychomotricienne, « neuro », libéral/IME) : Moi je le connaissais de nom [le neuropédiatre fondateur du réseau P'tit MIP], alors j'ai commencé à lui adresser des gamins, j'ai pris contact avec lui, puis voilà petit à petit... mes bilans lui ont plu, et quand il reçoit des familles de ma commune, il les renvoie vers moi si besoin. (...) [L'Agglomération] c'est un petit milieu, et quand tu viens de l'école de [l'Agglomération], t'as déjà un petit réseau à la sortie quoi.

De la même manière que les rééducatrices « neuro » vont orienter les familles vers des neuropédiatres dont elles connaissent les spécialités en cas de soupçon de handicap, les rééducatrices cliniciennes interrogées vont davantage se tourner vers les CMPP pour une expertise plus approfondie et supervisée par un médecin. Ainsi, les « neuros » orientent vers les « neuros » et les « cliniciens » vers les « cliniciens ». Ce sont alors deux circuits de prise en charge parallèles qui se dessinent, dans lesquels les

³⁷³ Les psychomotriciennes interrogées durant l'enquête mettent davantage en avant les divergences entre les approches que leur complémentarité : Patricia Desrozières (psychomotricienne « clinicienne ») parle de « fossé » qui les sépare, Chantal Delgado (psychomotricienne « clinicienne ») qualifie l'approche « neuro » de « dérive sectaire », Agnès Barral estime que « les psychomotriciennes "neuro" et "psy" ne font pas le même boulot » ...

familles ne sont pas orientées en fonction de la nature du trouble de l'enfant, psychologique ou cognitif, mais bien en fonction de la pratique du professionnel. Autrement dit, la définition des difficultés de l'enfant semble dépendre du professionnel consulté. C'est ce que confirmeront les parcours d'enfants analysés au chapitre suivant, en particulier ceux qui connaissent successivement différentes qualifications de leurs difficultés : c'est bien par la connaissance des acteurs du soin et leur organisation sur le territoire que l'on peut comprendre cette diversité diagnostique autour d'un même cas. L'offre de soin telle qu'elle s'est structurée favorise plutôt le maintien des familles dans la première approche rencontrée, sans que ne soient présentées les autres conceptions du problème.

Conclusion intermédiaire

A l'étude du marché professionnel autour des troubles infantiles, on ne peut parler de déclin de la psychanalyse, ne serait-ce que par le poids encore important des CMPP, mais aussi par la référence de multiples professionnels et structures à ces grilles d'analyse³⁷⁴. En revanche, le développement continu de l'offre neurocognitive, atteste de la fin de son monopole. Les expertises neurocognitives à destination de l'enfance n'ont pas été portées par la création de nouveaux groupes professionnels, mais elles n'ont pas non plus pénétré les structures historiques de l'enfance en difficulté – ou lentement. Ce sont bien dans de nouvelles unités qu'elles se sont développées, dans le secteur public et privé (CHU, cliniques privées, structures associatives), ainsi que parmi les praticiens en libéral. Ainsi, les controverses entre les approches psychanalytiques et neurocognitives ne se rencontrent pas frontalement au sein d'un même espace de travail où des professionnels aux orientations professionnelles divergentes seraient forcés de collaborer – ou seulement marginalement, comme nous avons pu le voir avec l'expérience d'une psychomotricienne « neuro » exerçant au sein d'un IME à dominante psychanalytique³⁷⁵. L'offre de prise en charge médico-psychologique pour les enfants en difficulté précoce dans le cadre scolaire s'organise en deux circuits parallèles (et peu perméables par le jeu des orientations professionnelles) qui comprennent chacun l'ensemble des corps de métiers requis pour assurer la pluridisciplinarité demandée par les politiques publiques : médecins (pédiatre, psychiatre), psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...

Chaque circuit présente des caractéristiques spécifiques qui vont produire une certaine forme de sélection des enfants, en particulier sociale : coûts des prises en charge, mode de recrutement, liens avec l'école, ancienneté de la présence sur le territoire, densité des liens entretenus entre acteurs... L'expertise neurocognitive est sur l'Agglomération soutenue par de nombreux acteurs privés³⁷⁶ dont la consultation

³⁷⁴ On rejoint en cela les analyses de Samuel Lézé, contre un discours commun sur la fin de l'autorité de la psychanalyse. S. Lézé, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

³⁷⁵ Les professionnels interrogés font par ailleurs le constat que les structures embauchent du personnel en tenant compte de leur façon de pratiquer le métier. Ainsi, être formé à l'école de psychomotricité de l'Agglomération peut constituer un atout comme un frein à l'embauche en fonction de l'orientation de la structure employeuse. De la même manière, les rééducateurs vont davantage s'orienter vers de structures dont ils partagent les modes de pratiques.

³⁷⁶ Ce développement apparaît favorisé par la formation spécifique des psychomotriciens sur l'Agglomération, qui forme des praticiens en mesure de participer au diagnostic et au suivi des troubles des apprentissages.

est financièrement à la charge des familles, comprenant des cliniques mais aussi un ensemble de praticiens installés en libéral. Ce mode de développement favorise un recrutement des familles parmi les classes moyennes et supérieures, qui disposent de ressources économiques et qui ont davantage l'initiative d'aller consulter des professions libérales pour remédier aux difficultés de l'enfant. Les familles de milieux populaires sont à l'inverse davantage dépendantes des jugements et propositions scolaires, des enseignants et des RASED qui vont davantage collaborer avec des CMPP, ou des orthophonistes.

Avant de passer à l'analyse des parcours réels des enfants de l'enquête et des modes de décisions parentaux dans un contexte où les savoirs professionnels ne sont pas unifiés, la dernière partie de ce chapitre va s'intéresser au repositionnement du groupe professionnel des psychomotriciens avec l'essor de cette nouvelle expertise neurocognitive : cette dernière a favorisé leur extraction des structures médico-sociales et psychiatriques dans lesquelles ils exerçaient pour s'installer en libéral, et traiter une patientèle « nouvelle », avec en particulier des problèmes forts de concentration et des difficultés en graphisme. Ce faisant, ces professionnels s'insèrent dans le champ de l'échec scolaire et renforcent une dynamique lancée par l'orthophonie vingt ans plus tôt, qui a pu être décrite comme une médicalisation de l'échec scolaire mais que l'on comprendra ici davantage comme une pédagogisation des professions paramédicales, et ce faisant, une externalisation et une privatisation des apprentissages scolaires.

3. DES RAPPORTS CONTRASTÉS AU TRAVAIL SCOLAIRE SELON L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE. L'EXEMPLE DES PSYCHOMOTRICIENS

Les professionnelles rencontrées dans le cadre de la thèse s'accordent pour dire que, selon l'approche dans laquelle elles s'inscrivent, elles ne pratiquent pas le métier de la même manière : elles n'ont pas les mêmes analyses des situations pour lesquelles les familles consultent, et n'ont en conséquence pas la même approche du « soin ». Si j'ai pu observer des séances de psychomotricité de professionnelles formées sur l'Agglomération et se revendiquant d'une pratique « neuro », les cliniciennes ne m'ont pas ouvert les portes de leur cabinet. Les analyses de pratiques proposées dans cette partie de chapitre sont donc de ce point de vue limitées, car elles se réfèrent davantage aux récits de pratiques produits par les professionnels – qui ne recourent jamais exactement les pratiques réelles. Ces discours apparaissent cependant intéressants pour situer les professionnels dans l'espace du soin (thérapeutique *vs* rééducatif) et saisir ce qui les différencie (ou pas). Leurs récits de pratiques amènent à penser que les « neuros » et les « cliniciennes » proposent un travail différent aux enfants. Ce sont aussi deux lignes de fracture qui se dessinent dans les entretiens : leur rapport aux familles, à la demande parentale et la place des parents dans le soin, ainsi que leur rapport aux enjeux scolaires, et la considération de leur rôle vis-à-vis des difficultés scolaires des enfants.

3.1. Faire de la « thérapie psychomotrice » : travailler le psychisme, écarter le travail scolaire

3.1.1. Le présupposé psychoaffectif et le travail thérapeutique

3.1.1.1. Présupposer le trouble psychoaffectif, refuser le diagnostic médical

C'est d'abord la démarche diagnostique des professionnelles et leurs interprétations des difficultés de l'enfant qui sont décrites comme différentes par les praticiennes de l'approche « clinique » par rapport à leurs consœurs « neuro », mettant derrière les difficultés des enfants une « composante psychologique et non neurologique » (Lucie Carrère, psychomotricienne clinicienne, libéral/CMPP).

Enquêtrice : J'avais vu que sur votre site internet vous disiez prendre en charge les enfants avec des difficultés d'apprentissages, mais vous ne parlez pas de « dys », ou de trouble des apprentissages... vous prenez quand même en charge des enfants dyspraxiques ou... ?

Chantal Delgado (psychomotricienne « clinicienne », libéral/CMPP) : Oui effectivement, sur la brochure je parle d'enfants qui ont les mêmes symptômes cliniques que la dyspraxie, mais sans le terme de « dys ». C'est parce que la dyspraxie c'est un terme médical, qui a des présupposés médicaux, c'est-à-dire qu'il y aurait un dysfonctionnement neurologique. C'est les mêmes symptômes, mais on n'en a pas la même lecture³⁷⁷. Je pense qu'il peut y avoir un trouble cognitif, suite à une maladie ou autre... mais c'est loin d'être tout le temps le cas je pense. Ce sont des difficultés affectives qui selon moi génèrent aussi ce type de difficultés. Si par exemple on considère les difficultés au niveau corporel, les maladroitures, les difficultés visuo-spatiales, graphomotrices, et la motricité plus générale, en tant que clinicien on va s'intéresser au vécu corporel de l'enfant, notamment dans les premiers soins avec sa mère, comment il a été porté, et comment il a pu intérioriser des repères corporels en lui, et voir ce qui peut générer les difficultés actuelles. Donc on part plutôt du présupposé que ce sont des difficultés relationnelles, du moins affectives qui éclairent un peu la situation. D'où l'importance de l'entretien avec les parents pour savoir ce qui s'est joué dans les premières relations, ce qui a été projeté sur l'enfant.

Patricia Desrozières (psychomotricienne « clinicienne », libéral) : Oui je suis un peu critique envers ces approches médicalisantes, forcément. Après je ne dis pas que c'est pas nécessaire sur certains enfants, mais je pense que c'est loin d'être toujours le cas. Parfois j'ai des enfants qui viennent d'un cabinet que je ne vais pas citer (*rires*), avec un soupçon de dyspraxie, mais quand moi je travaille avec les enfants on n'arrive pas forcément sur ce type de difficultés. Du coup, quand les parents viennent vers moi avec ce doute, je retravaille le diagnostic avec eux, et on essaie de voir ensemble ce qui a pu gêner l'enfant dans sa construction (...). On revient sur son histoire, sur celle des parents aussi.

Ces « présupposés » interprétatifs, comme elles les nomment elles-mêmes, vont guider leur démarche diagnostique comme leur activité de soin. Elles ne vont pas fonctionner suivant la démarche « bilan/diagnostic » lors d'une première séance comme le proposent les praticiennes « neuro », puisqu'elles considèrent qu'il n'est pas possible, *a fortiori* lorsque l'enfant a moins de 7 ou 8 ans, d'établir en une ou deux séances un diagnostic médico-psychologique précis : « *il est impossible à ce stade de déterminer ce qui relève d'un problème inné ou acquis, neurologique ou psychique, résorbable ou*

³⁷⁷ De la même manière, Lucie Carrère est convaincue par le fait qu'une partie de sa patientèle, « *s'ils étaient vu par d'autres [praticiens], qui ont d'autres approches, ben c'est sûr ils seraient dyspraxiques* ».

définitif » (Patricia Desrozières, psychomotricienne « clinicienne »). Les quatre cliniciennes interrogées affichent même une réticence envers les diagnostics médico-psychologiques, avec la crainte que ces derniers enferment l'enfant dans une identité pathologique³⁷⁸ – et éventuellement dans une carrière médicale – de laquelle il n'arrive pas à se départir. Ainsi, Lucie Carrère parle de « *laisser une chance à l'enfant* » avant de chercher à qualifier médicalement ses difficultés, et Chantal Delgado de « *danger du diagnostic* ». Au cours de son enquête sur les CMPP, dans le cadre d'un mémoire de l'École des hautes études en santé publique, Antoine Philipps avait recueilli une réticence semblable de la part des directeurs des CMPP vis-à-vis des handicaps psychiques (voir point 2.1.4.1.)³⁷⁹. C'est aussi Pauline Blum qui observe que face aux troubles psychiques qui se déclarent à l'adolescence, les psychiatres préfèrent régulièrement entretenir un certain flou diagnostique afin de garder l'horizon du jeune ouvert (une « incertitude heureuse »), plutôt qu'établir un diagnostic psychiatrique précis qui limiterait ses projections, et *in fine* ses possibilités réelles³⁸⁰.

3.1.1.2. *La pratique de soin*

Ce sont aussi des activités spécifiques réalisées en séances qu'elles décrivent, centrées sur « l'expression du désir de l'enfant ». Elles décrivent des jeux, des activités d'expression et motrices non-directives, avec des consignes peu précises où l'enfant dispose d'une grande latitude pour les mettre en œuvre : dessin, parcours, jeux de rôles... Elles vont par cette démarche chercher à cerner le sens que revêt le « symptôme » (mauvais graphisme, maladresse, agitation...) pour l'enfant, mais aussi la façon dont il se représente son corps, sa place dans l'espace, son rôle dans son environnement. Par exemple, sur le thème spécifique du graphisme (qui constitue le motif premier des soins de leur patientèle en libéral), elles vont chercher à « *comprendre ce que signifie laisser une trace écrite pour l'enfant* » (Patricia Desrozières³⁸¹) :

Patricia Desrozières (psychomotricienne « clinicienne », libéral) : Des fois il écrit de façon illisible car c'est trop engageant pour lui de laisser une trace écrite. C'est aussi qu'il grandit, qu'il doit composer avec de nouvelles responsabilités, et pour X raisons, il n'est pas prêt à ça. (...) Parfois aussi l'enfant ne veut pas écrire parce qu'il y a trop d'exigences autour de l'écrit. Les parents sont brillants, ont fait de grandes études, alors l'enfant a le poids de la pression familiale, et c'est difficile. La pression de l'école aussi, qui est exigeante sur ce qu'elle demande aux enfants... il faut qu'il soit dans la performance, dès le CP, avant parfois.

³⁷⁸ « Ya un côté dangereux, parce qu'on crée une identité du dyspraxique. J'ai vu un enfant, il disait : "je suis dyspraxique". Il ne s'appelait pas Paul ni machin, il était dyspraxique, c'était son identité, il se présentait comme ça. On pouvait plus toucher à rien. C'était : "je peux pas faire, je suis dyspraxique". S'il perdait ça, il était plus personne. Donc à vouloir donner des noms à tout... » (Chantal Delgado).

³⁷⁹ A. Philipps, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, op. cit.

³⁸⁰ P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit.

³⁸¹ Si l'expression, est de P. Desrozières, les deux autres formuleront la même idée au cours de l'entretien.

Elles vont aussi user de stratégies du « détour », pour ne pas confronter frontalement l'enfant aux activités pour lesquelles il éprouve des difficultés, voire qu'il « refuse ». De façon générale, la difficulté exprimée est considérée comme un symptôme sur lequel il ne faut pas agir directement, sinon replacer en contexte pour mettre en place une approche plus « globale » du soin.

Lucie Carrère (psychomotricienne « clinicienne », libéral/CMPP) : Disons que y a des enfants qui viennent pour des difficultés en graphisme, mais on travaille pas du tout le graphisme. Je vais pas forcément m'attaquer à ce qui fait blocage, mais essayer de trouver son aisance ailleurs. Et de manière indirecte, ça va lui permettre d'être plus confiant, d'accepter de laisser une trace, d'abord sur la pâte à modeler, sur du sable...

Chantal Delgado (psychomotricienne « clinicienne », libéral/CMPP) : En libéral, il y en a beaucoup qui viennent me voir pour des problèmes de graphisme. Après, je sais pas comment ferait précisément une psychomotricienne neuro, mais là quand je reçois un enfant avec un problème de graphisme (il fait des grosses lettres, il a une écriture complètement déstructurée...), je ne peux pas faire de rééducation de l'écriture, puisqu'il me dit : « non ». Donc je suis bien obligée de contourner, et de passer par autre chose pour l'aborder. (...) Puis la différence [avec les praticiennes « neuro »], c'est que je ne vais pas forcément m'attaquer au symptôme, à la difficulté décrite. Disons que mon approche est plutôt dans une psychomotricité globale. C'est pas à partir d'exercices d'écriture, ou disons que c'est pas le gros du travail, que je vais le faire évoluer... je fais davantage un travail global et de sens. Je vais m'attacher à son tonus général, à l'organisation dans l'espace, à son corps en mouvement... voilà on va faire des parcours, des jeux de mimes, des... plutôt que des exercices d'entraînement à l'écrit quoi.

De façon significative, les psychomotriciennes cliniciennes disent pratiquer une « thérapie psychomotrice » davantage que des « rééducations psychomotrices » comme le conçoivent les « neuro ». Elles veulent créer au sein de leur cabinet un espace dédié à l'enfant, dans lequel il se sente à l'aise et libéré des injonctions et exigences extérieures (familiales, scolaires), afin de mieux cerner son désir, ses souffrances, les enjeux dans lesquels il est pris au quotidien, et faire en sorte qu'il puisse regagner une confiance en lui, et dénouer ses blocages. Le travail des praticiennes se dirige aussi vers les parents, la problématique du lien étant estimée intriquée aux difficultés des enfants qu'elles reçoivent.

3.1.1.3. *La famille, objet du soin*

Lorsque les psychomotriciennes et psychologues cliniciennes font référence à l'environnement de l'enfant, elles s'intéressent de façon privilégiée aux relations intrafamiliales, entre parents et enfants, entre enfants de la fratrie, et plus particulièrement aux liens de la mère à l'enfant. Elles observent les relations entre les membres de la famille lors de leur venue au cabinet, et vont questionner les parents sur le thème. Ces praticiennes considèrent qu'une problématique familiale est régulièrement à l'origine des difficultés de l'enfant (en particulier en CMPP pour celles qui y exercent), et vont à partir de là travailler « la problématique de l'attachement », le lien parents-enfant comme partie du soin global qu'elles mettent en place. Ce travail peut se réaliser de plusieurs manières, en tenant les parents à distance du travail thérapeutique (par exemple en leur communiquant peu les réalisations de l'enfant durant les séances, dans le but de préserver cet espace pour l'enfant), ou à l'inverse en les prenant eux-mêmes en charge, en leur

proposant de s'inscrire dans des groupes de paroles (au CMPP) ou en leur recommandant d'entamer un travail psychothérapeutique de leur côté – la proposition est faite à la mère presque exclusivement.

Chantal Delgado : Moi j'ai mis en place des groupes parents-enfants. Je le propose à des parents qui ont un lien... c'est la problématique du lien, un attachement qui n'est pas de bonne qualité avec l'enfant, par exemple avec la séparation qui est trop difficile. Parfois on ne peut pas travailler juste avec l'enfant, mais il faut aussi travailler le lien avec les parents.

Lucie Carrère : Ou je pense à cet autre enfant qui était agité, et finalement ça allait très bien, c'était plus dans la dynamique familiale qu'il y avait un truc. C'était la maman qui animait des choses chez l'enfant, et ça s'est soldé plus par une thérapie pour la maman plutôt qu'un suivi de l'enfant.

C'est aussi en retravaillant la demande parentale vis-à-vis des séances de rééducations que les praticiennes entendent remédier au problème, particulièrement dans les cas où les parents relaient les attentes scolaires de performance, et sont considérés comme une source de pression contre-productive pour l'enfant.

Chantal Delgado : Les parents sont beaucoup en demande par rapport à ce qu'ils peuvent faire à la maison. Moi je propose rien, et c'est dur de leur dire de lâcher... enfin je leur dis que jouer et faire des activités avec eux c'est bien, mais qu'il faut que le jeu reste du jeu, et pas du travail rééducatif quoi. (...) Ou des fois, les parents ont du mal à comprendre qu'on puisse aider leurs enfants en séance avec des mikados et d'autres jeux, ne voient pas les compétences que ça met en œuvre, ça ne fait pas sérieux. (...) Vraiment, les parents ça reste surtout l'écriture où ils veulent voir des améliorations, ils me dépeignent pas des difficultés à la maison, sur l'habillage ou les repas.

Elles peuvent alors reprocher aux professionnels des approches neurocognitives d'entretenir ce mythe de la performance (généralisé par les exigences scolaires, et plus généralement « la société actuelle »), en répondant favorablement aux demandes d'entraînement scolaire pour lesquelles les familles viennent consulter.

3.1.2. Mettre à distance des enjeux scolaires

Ainsi, une des caractéristiques de la pratique « soignante » des professionnels s'inscrivant dans une approche psychanalytique, est de mettre à distance les enjeux scolaires, quand bien même ils sont au cœur des demandes parentales (et de l'école). C'est une des analyses majeures qu'avait réalisée Stanislas Morel suite à un travail de terrain de longue durée dans un CMPP : « Revendiquant, pour la plupart, leur inscription dans le secteur du "soin" ainsi qu'une orientation psychanalytique et refusant, à l'inverse, d'être considérés comme des spécialistes de l'échec scolaire, les professionnels du CMPP d'Antray opèrent une traduction du problème afin de l'appréhender avec des catégories de pensée et de classement issues de la psychanalyse. L'équipe, dominée par des psychiatres et des psychologues psychanalystes, appréhende une grande partie des difficultés scolaires comme l'expression de difficultés psychologiques, ou, pour reprendre leurs propres termes, comme un "symptôme" qu'il serait inutile d'aborder "de front" sous peine de le voir

se déplacer et resurgir sous une autre forme. Le "symptôme" scolaire faisant écran à d'autres difficultés de l'enfant, il serait impératif d'appréhender les motifs cachés de son apparition grâce à l'exploration d'autres aspects de la personnalité de l'enfant et/ou des membres de sa famille »³⁸². Ainsi dans l'optique analytique, les difficultés scolaires ne sont pas le cœur du problème mais bien davantage un terrain trouvé par l'enfant « pour exprimer des souffrances qu'il n'arrive à dire autrement »³⁸³.

Lucie Carrère : Oui souvent c'est l'école qui conseille de venir consulter en psychomotricité. Les difficultés scolaires sont le signe d'appel. (...) Moi je leur propose des supports ludiques : des jeux de société des temps de relaxation... je pars vraiment de ce que veut faire l'enfant, mais après j'ai mes objectifs. Mais ça ne va jamais être directif comme à l'école. Je vais pas reprendre ce qui pose directement souci à l'école. Après, les rééducations peuvent aider, mais mon action ne porte pas là-dessus.

La demande scolaire est également tenue à distance du fait qu'elle n'émane pas des enfants eux-mêmes (le « sujet », la personne à traiter) mais de l'école (qui a ses propres exigences et attentes envers les élèves) et/ou des parents, quand ceux-ci sont sensibilisés aux objectifs de réussite scolaire. Cette demande dite « sociale » est à écarter, afin de « faire émerger la "demande" de l'enfant, [en l'amenant] à formuler "ses propres motivations", mais aussi à chercher à les rapprocher de celles du psychanalyste »³⁸⁴, qui s'intéresse à la souffrance et aux conflits psychiques avant tout. L'échec ou les difficultés scolaires sont relativisés, et surtout, les professionnels du CMPP refusent que leur action soit évaluée en regard de l'évolution des capacités scolaires de l'enfant : ils dissocient leur travail thérapeutique des échéances scolaires, et ne veulent pas être considérés comme une cellule de renforcement scolaire. Sandrine Garcia observe que pour les CMPP comme pour les autres acteurs de l'orthopsychanalyse³⁸⁵, les notions même d'« évaluation » et d'« efficacité » sont dévalorisées, associées à une culture du résultat autoritaire et déshumanisée³⁸⁶. Ils y opposent en premier lieu un objectif d'épanouissement, nécessairement déconnecté de (et supérieur à) la question des résultats scolaires³⁸⁷.

³⁸² S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit., p. 402.

³⁸³ « Les enfants se servent souvent des apprentissages scolaires pour exprimer des souffrances qu'ils n'arrivent à dire autrement ». Halmos Claude, *Le Monde* 11/11/2009. Cette psychanalyste médiatique ayant travaillé aux côtés de Françoise Dolto est reconnue comme une spécialiste de l'enfance et de la maltraitance. L'idée que l'enfant « choisit » (plus ou moins inconsciemment) le terrain scolaire pour exprimer un mal-être, une objection, un refus... revient régulièrement dans les écrits des « psy » d'inspiration psychanalytique, qui ne tiennent pas compte des réelles difficultés que peuvent représenter les apprentissages pour de nombreux enfants dans le cadre scolaire.

³⁸⁴ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit., p. 402-403.

³⁸⁵ L'orthopsychanalyse est une application de la psychanalyse qui consiste à préconiser aux parents et aux enseignants une éducation éclairée par les enseignements de la psychanalyse – elle vise ainsi à éduquer les parents. L'ambition est grande puisqu'il s'agit à terme « de réformer et de régénérer l'humanité par l'éducation ». S. Garcia, *Mères sous influence : de la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

³⁸⁶ Nous avons vu dans la partie précédente les tensions que cela pouvait susciter avec les pouvoirs publics au vu de l'importance qu'a pris cette question de l'évaluation dans la Nouvelle gestion publique.

³⁸⁷ Pour la sociologue, la diffusion de la notion d'épanouissement résulte de l'imposition d'une morale de classe moyenne à tous les enfants, et n'est pas coconstruite avec les familles concernées, c'est-à-dire que les termes n'en sont pas négociés.

Ce travail de retraduction des problématiques scolaires (et au besoin de la demande parentale) inscrit ces auxiliaires de soins paramédicaux (tels qu'ils sont définis statutairement) dans un champ du soin proche de l'activité psychothérapeutique, contrairement à ceux revendiquant une approche « neuro », comme nous le verrons après.

3.1.3. L'orthophonie et la psychomotricité comme propédeutique à la psychothérapie

Les discours de ces professionnelles font écho aux observations réalisées par le sociologue Stanislas Morel dans un CMPP à forte dominante psychanalytique « de type lacanien »³⁸⁸, notamment des séances tenues par les orthophonistes et la psychomotricienne. Le sociologue y observe un fort tropisme de la psychanalyse sous l'influence du psychiatre-directeur, qui va structurer les pratiques de l'ensemble des professionnels du centre, qu'ils soient thérapeutes, rééducateurs ou travailleurs sociaux. En observant les séances d'orthophonie, et les réunions d'équipe où les professionnels échangent sur les enfants et sur le travail qu'ils réalisent avec eux, il constate que, si ces rééducatrices (ce sont des femmes) ont pour objectif de « travailler sur les difficultés scolaires des enfants », elles sont mobilisées par l'équipe dans le but de donner du « matériau » à l'enfant (c'est-à-dire le faisant progresser dans ses capacités d'expression) » pour qu'il parvienne à verbaliser ses difficultés, et puisse alors entamer un travail de type psychothérapeutique – ce qu'il ne parvient pas jusqu'alors à faire dans le cadre des séances de psychothérapie. Si elles effectuent un réel travail sur l'apprentissage du langage écrit (le « code », la nature et la fonction des mots...), les rééducatrices vont aussi introduire des techniques de l'ordre de l'entretien psychothérapeutique dans le cadre des séances individuelles (dans l'idée de chercher à comprendre le sens des difficultés, comme on peut le comprendre depuis une perspective psychanalytique), et mener, conjointement avec des psychologues ou non, des groupes de travail psychopédagogiques³⁸⁹ où ce n'est pas la transmission des savoirs scolaires qui prime, mais bien les « enjeux relationnels », soit les rapports des enfants à l'école, aux savoirs, à leurs pairs. Il s'agit avant tout de les valoriser, leur redonner confiance. « Outre l'objectif de requalification symbolique des adolescents dans le domaine des apprentissages scolaires, les groupes psychopédagogiques ont aussi pour objectif affiché d'amener les adolescents à thématiser leurs difficultés, la capacité à verbaliser étant perçue comme la condition préalable à tout processus thérapeutique »³⁹⁰. En plus de leur participation à des activités à consistance thérapeutique, les orthophonistes et les psychomotriciennes peuvent aussi participer à convaincre les parents réticents aux séances de psychothérapie des bénéfices que l'enfant pourrait tirer d'une aide de cet ordre. Pour ces raisons, S. Morel qualifie les séances d'orthophonie et de psychomotricité au CMPP de « propédeutique à la

³⁸⁸ Il précise alors que le CMPP n'est pas forcément représentatif des pratiques générales en CMPP, mais qu'il est significatif de l'influence de la psychanalyse sur la définition et la division du travail interne à la structure. S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit.

³⁸⁹ Ces groupes sont délaissés par les psychologues et les psychiatres, et investis par les rééducateurs et même l'assistante sociale, ce qui selon S. Morel révèle « l'attraction exercée sur les non soignants par la relation thérapeutique et le « flou » des fonctions au sein de l'institution ». *Ibid.*, p. 412.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 414.

psychothérapie », qui rend les enfants et leurs parents aptes et consentants à la poursuite d'un travail d'ordre psychothérapeutique pour remédier au problème qui les a conduits à consulter au CMPP.

Les récits de pratique des psychomotriciennes cliniciennes, ainsi que leurs collaborations régulières avec des psychologues et des CMPP, m'amènent à élargir cette notion de « propédeutique à la psychothérapie » au travail des professionnelles exerçant en libéral – et plus seulement au sein d'un CMPP. Lucie Carrère évoque d'ailleurs en entretiens ce rôle de conversion des parents à un travail d'ordre psychothérapeutique, facilité par l'atour « technique » de la profession de psychomotricien :

Lucie Carrère : Je reçois aussi des enfants qui me viennent des collègues psychologues, pour qui une thérapie par la parole c'était pas le plus judicieux, et pour qui c'est bien d'essayer par médiation corporelle. C'est quand on sent que l'enfant y a quelque chose qui l'agite, et qu'il aurait des difficultés plus globales, qu'il faut faire ressortir avec de la psychothérapie, mais allier aussi à de la psychomotricité. Souvent ces enfants il faut qu'ils voient d'abord la psychomotricienne, quand ils ne sont pas encore prêts à travailler directement sur le psychique. Comme ils bougent tellement, il faut qu'ils soient d'abord sur un travail de contenance corporelle avant de pouvoir rentrer sur des choses plus symboliques.

3.2. L'approche neurocognitive : prendre au sérieux la demande sociale (scolaire)

Les psychomotriciennes interrogées ne savent pas toujours situer leur pratique par rapport à celles inscrites dans l'autre forme d'approche « psy ». Elles veulent croire en une unité de la profession, mais constatent plus souvent des différences marquées au contact de leurs consœurs formées différemment – dans leur cercle amical, dans des collectifs d'échange, au sein d'une même structure. Pour un regard extérieur et profane (le mien), le contact avec les différentes psychomotriciennes donnent à voir de réelles divergences, au point de laisser penser qu'elles ne pratiquent pas le même métier. D'ailleurs, la pratique des psychomotriciennes « neuro » semble plus proche de celle des neuropsychologues et des ergothérapeutes (sans jamais se recouper totalement, elles partagent des outils communs), quand celle des cliniciennes s'approche d'un travail psychothérapeutique. J'ai conscience que la prise en compte des seuls récits des praticiennes peut accentuer les divergences, là où l'observation de pratiques pourraient donner à voir du commun. Les descriptions de pratiques ne révèlent jamais les pratiques réelles, et mettent en avant les aspects valorisés du travail, considérés comme les plus « nobles », au détriment d'autres, minorés symboliquement mais bel et bien exécutés³⁹¹ – le travail rééducatif chez les cliniciennes par exemple. Cependant, beaucoup de choses dans le registre langagier diffèrent entre les professionnelles des deux tendances. Et c'est dès la première consultation de l'enfant qu'elles accueillent la problématique différemment.

³⁹¹ C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit.

3.2.1. Les pratiques en cabinet : une propédeutique au travail scolaire

Deux psychomotriciennes « neuros » m'ont acceptée dans leur cabinet afin que j'y observe leur travail. J'ai ainsi assisté à deux séances de bilan (d'une durée d'environ deux heures chacune), ainsi qu'à cinq demi-journées de séances de suivis individuels.

3.2.1.1. *Établir et situer le profil cognitivo-moteur de l'enfant*

Fabienne Millac (psychomotricienne « neuro », libéral) : Ce qu'on retrouve globalement, les deux signes d'appel qui reviennent en libéral c'est souvent des difficultés attentionnelles et au niveau du graphisme, qui alertent assez vite les enseignants. Au niveau des difficultés que je travaille, je vois beaucoup de difficultés d'attention, et aussi des difficultés sur le versant de la planification, c'est-à-dire le raisonnement logique, tout ce qui est organisationnel... toute cette sphère-là, le travail de l'impulsivité... Après y a tout le travail de repérage spatial, savoir se repérer sur une feuille, puis le graphisme, la motricité fine ou globale, la coordination, l'équilibre... et après y a tout ce qui est moteur, ça peut être le graphisme, motricité fine, motricité globale, coordination, équilibre...

Laure Bégau (psychomotricienne « neuro », libéral/IME) : En libéral, la majorité c'est des troubles des apprentissages, des troubles de l'attention, avec des troubles de la planification, hypersensibilité auditives, dysgraphie, dyspraxies... donc des troubles de la coordination, des dyspraxies visuo-spatiales, visuo-constructives.

Toutes les praticiennes en libéral citent des motifs de consultations similaires des familles, quel que soit leur cabinet et leur orientation professionnelle : ce sont majoritairement des enfants en difficultés dans le cadre scolaire, vis-à-vis des apprentissages et peuvent être agités, peu attentifs, inhibés... Par rapport aux psychomotriciennes « cliniciennes » qui vont poser un présumé psychoaffectif ou relationnel, et chercher à comprendre le sens que l'enfant donne à ses difficultés, les psychomotriciennes « neuro » vont chercher à saisir les procédés cognitivo-moteurs qui sous-tendent les comportements et les faibles performances des enfants. Le bilan qu'elles réalisent à la première séance doit définir le profil cognitivo-moteur de l'enfant – et dans une moindre mesure psychologique, avec la prise en compte de l'état de l'enfant en prise à la réalisation de tâches qui lui sont difficiles (stress, confiance en soi, tics, agitation...). Dans un premier temps, après avoir réalisé un entretien avec les parents pour connaître les motifs de consultation et le parcours familial jusqu'alors, les psychomotriciennes vont réaliser avec l'enfant un bilan général de ses compétences (et en même temps ciblé par rapport aux difficultés décrites par les parents), au moyen de tests étalonnés et chiffrés, afin de « *situer l'enfant par rapport à une moyenne* », ou au « *fonctionnement normal de l'individu* ».

Agnès Barral (psychomotricienne « neuro », libéral) : C'est par rapport au fonctionnement normal d'un enfant que tu vas essayer de voir si y a quelque chose qui s'éloigne un petit peu, donc ça peut être dans le domaine de la coordination globale, de la motricité fine, la dextérité manuelle, l'espace et le temps, comment ils se repèrent dans espace et temps... y a tout ce qui est aussi graphisme et écriture, après y a l'attention-concentration, tout ce qui va être les fonctions exécutives... Donc par rapport au

fonctionnement normal, qu'on connaît parce qu'on a des références chiffrées, on va essayer de voir si l'enfant s'en éloigne ou pas, et s'il s'en éloigne on va essayer de voir comment l'aider.

Lisa Blanche (psychomotricienne « neuro », libéral) : Moi mes bilans, y a des tests étalonnés, c'est chiffré, ça permet de voir où en est l'enfant pour sa moyenne d'âge et de le quantifier. Après je le prends pour ce que c'est, c'est un bilan à un instant t, dans des conditions particulières, à un moment de la journée, faut le relativiser, c'est pas une science exacte. Puis les choses peuvent se modifier avec le temps. Mais ça permet de donner une base quand même, et un repère objectif en termes de capacités, et de partir de là. Moi je pourrais pas travailler sans, c'est pas possible.

L'enjeu de ce premier bilan n'est pas tant de révéler ou écarter une pathologie, que d'établir un profil, en termes qualitatifs et quantitatifs : repérer les points forts et les points faibles des enfants, ainsi qu'un degré d'écart à la norme. La dyspraxie va dans ce cadre être repérée par un fort écart à la norme, et être considérée comme un degré d'atteinte davantage que d'une nature différente par rapport à d'autres enfants en difficultés « simples ». Pour ces professionnelles, le diagnostic n'a pas de valeur prédictive, où la pathologie cognitive signerait certaines impossibilités d'évolution de l'enfant, puisqu'elles considèrent qu'on ne peut anticiper les progrès de l'enfant avant de commencer le travail de rééducation – travail d'ailleurs commun aux enfants dyspraxiques et à ceux sans pathologie avérée. Dans cette perspective, le diagnostic médical n'a pas le caractère inquiétant de « condamnation » qu'il revêt pour les cliniciennes, et gagne même à être établi rapidement. Il permettrait à l'enfant de se rassurer sur ses capacités en affirmant son « intelligence normale », et lui apporterait un mieux-être en dissipant les malentendus autour de ses difficultés, parfois comprises en termes de mauvaise volonté ou de manque de capacités. Le diagnostic est aussi utile aux parents, parfois culpabilisés face aux difficultés de leur enfant, qui pourront mieux le comprendre et ajuster leurs pratiques éducatives. Le diagnostic de « dys » est surtout considéré dans « *son intérêt social, au niveau scolaire et familial* »³⁹², puisqu'il va permettre une meilleure prise en charge de l'enfant et de sa famille, en particulier lorsqu'il est reconnu comme un handicap : il ouvre des droits à une aide financière, des aménagements scolaires, une aide humaine et matérielle en classe, etc.

Les psychomotriciennes « neuro » prennent en compte dans leur bilan et leurs rééducations une dimension psychologique de l'enfant, et rejoignent leurs collègues cliniciennes sur la saillance de l'anxiété liée aux exigences scolaires et sociales vis-à-vis des enfants. Elles vont cependant les traiter différemment, puisque le travail sur la psyché de l'enfant ne va pas être un préalable à un travail plus technique sur ses compétences (son graphisme par exemple). Au contraire, elles vont l'entraîner à être plus performant, de façon à ce qu'il se trouve moins en difficultés dans les activités quotidiennes, ce qui, à terme, doit lui permettre de reprendre confiance en lui et retrouver une certaine sérénité. Les liens de causalité entre difficultés cognitives et troubles psychoaffectifs apparaissent ainsi inversés.

³⁹² « En fait le terme en lui-même [de dyspraxie] ne m'aide pas moi, puisque quand je fais le bilan je vois bien par rapport au domaine que j'évalue là où l'enfant est en difficulté... Le diagnostic ne m'aide pas du point de vue de la rééducation disons » (Lisa Blanche).

Lisa Blanche (psychomotricienne « neuro », libéral) : Quand j'ai rencontré Oscar³⁹³, il avait sa dyspraxie mais aussi de gros problèmes d'estime de soi qui en découlaient. (...) Quand il était en difficulté, il avait des conduites d'évitement, pour ne pas rentrer dans la difficulté. Quand je l'ai reçu, il commençait à ne plus vouloir aller à l'école [Oscar est alors en CP], il était dans le rejet. (...) Dans mes rééducations, je vais le renforcer au niveau des difficultés qu'il a, il va progresser, après il se rend compte qu'il y arrive mieux, donc ça l'aide forcément pour la confiance en lui.

3.2.1.2. *Entraîner l'enfant sur ses points faibles*

De façon corrélée aux définitions des situations qu'elles produisent, les « neuros » vont proposer à l'enfant un travail explicitement rééducatif, sur la base d'activités plus directives, visant à entraîner des compétences cognitivo-motrices préalablement ciblées.

Ernestine Rey : Moi je vais faire un travail autour de tout ce qui est les fonctions exécutives : l'attention, la régulation de l'impulsivité, le travail de l'organisation. Par exemple au niveau de l'attention, on travaille avec des jeux de discrimination visuelle où l'on va demander aux enfants de chercher quelque chose de précis sur un support chargé, comme le jeu « Où est Charlie ? ». Ça va le faire travailler sur sa capacité à se concentrer sur une modalité, sans se laisse parasiter par des interférences, et ça va le pousser à inhiber des réponses qui seraient automatiques pour en donner une qui serait plus réfléchie. (...) Après pour le graphisme ça peut être assez variable, puisqu'il y a des enfants qui ont des problèmes de vitesse, d'autres de qualité de l'écriture. Souvent ce qui est prioritaire pour les plus petits (ceux de 5-6 ans), c'est de voir si le tracé des lettres est connu. Souvent ils commencent mal leur lettre, elle n'est pas dans le bon sens, donc il faut travailler la fluidité du geste, l'enchaînement des lettres, travailler la constance des lettres aussi, écrire celles de petite taille de la même façon, travailler sur l'écriture en lignes.

Si la question graphique est saillante pour toutes les professionnelles de psychomotricité installées en libéral, elle n'est pas toujours appréhendée de la même manière. Dans l'optique neurocognitive, les praticiennes n'abordent pas le graphisme dans sa dimension symbolique, sinon comme une compétence technique qu'il faut acquérir en s'entraînant. Il n'est pas question de faire des « détours » pour éloigner l'aspect scolaire de la pratique graphique, mais au contraire de développer l'activité en cabinet au plus proche des attendus scolaires, comme en témoignent les récits des professionnelles et les observations que j'ai pu faire dans le cabinet d'Agnès Barral. D'abord, le graphisme est évalué en regard d'un écrit de l'enfant (et non d'un dessin ou d'un travail plus symbolique) :

Lisa Blanche : Regardez, là, c'est le premier écrit d'Oscar au cabinet [mois de janvier du CP] : on voit bien que la gestion de l'espace de la feuille est complètement déstructurée. Puis écriture est très saccadée, hachée, son geste graphique n'est pas fluide. Et la taille des lettres, ça part vraiment dans tous les sens.

C'est ensuite assis à une table devant une feuille A4, avec un stylo ou un feutre, que les enfants s'exercent au tracé, ou encore debout devant un tableau. Le contenu du tracé est ensuite directement relié à la maîtrise de l'alphabet : ils doivent écrire des mots, des enchaînements de lettre (sur le modèle de la

³⁹³ Lisa Blanche est la psychomotricienne d'Oscar, un enfant de l'enquête. C'est d'ailleurs par la famille de l'enfant que j'ai obtenu un entretien avec elle.

ligne), ou des enchaînements de formes, qui sont des formes présentes dans l'alphabet latin, et plus encore dans l'écriture reliée en minuscule, qui est celle la plus couramment mobilisée à l'école : des vagues, des boucles... Ce mode d'entraînement de compétences est celui privilégié, que le problème soit pensé comme neurologique, comme c'est le cas des enfants dyspraxiques, ou plus pédagogique (un apprentissage que l'enfant n'a su s'approprier sans qu'il ne présente de dysfonctions cognitives pathologiques).

Dans les séances auxquelles j'ai pu assister, l'activité sur table domine. Les activités apparaissent plus directives, selon les compétences que souhaite travailler la professionnelle – elles n'ont pas comme point de départ le désir de l'enfant, même si celui-ci peut participer à choisir l'activité. Si le support se veut ludique, chaque activité doit cibler une ou plusieurs compétences cognitivo-motrices.

Agnès Barral : Alors ça c'est un jeu avec des petites voitures : tu vois au départ tu les agences d'une certaine manière dans ce carré, et le but c'est de faire sortir la petite voiture jaune du milieu, en déplaçant les autres. Donc ça ça travaille la planification, ça les oblige à élaborer des stratégies de travail, à mémoriser les erreurs, et mémoriser tout l'enchaînement des actions qui vont faire qu'ils vont réussir à faire sortir la voiture. C'est un peu le principe des jeux de labyrinthe, où tu dois faire sortir un bonhomme et tracer son chemin jusqu'à la sortie, mais t'as plusieurs chemins qui mènent nulle part donc il faut trouver une stratégie pour mémoriser le bon chemin.

Les psychomotriciennes commandent leur matériel sur des sites spécialisés dans l'outillage psychomoteur, ou bien utilisent également des jeux du commerce, en modifiant au besoin les règles afin de faire travailler l'enfant sur des choses précises³⁹⁴. Les compétences cognitives sur lesquelles elles entraînent l'enfant ne sont pas toujours spécifiques au travail scolaire, mais plus généralement mobilisées dans les activités quotidiennes (planifier une action, mobiliser son attention...). Cependant, c'est bien en référence au travail scolaire que les praticiennes organisent leur action, comme le montre le cadre de travail qu'elles mettent en place (table, support papier, stylo) mais aussi les nombreuses références qu'elles font aux activités scolaires : « *la planification, si l'enfant n'a pas cette compétence, il ne peut pas poser une division* », « *je vais donner aux enfants des stratégies de travail qu'ils pourront transposer dans le cadre scolaire* »... C'est aussi tout un langage proche de celui scolaire qui est employé : « exercice », « travail », « entraînement », « méthodologie de travail », « vitesse et qualité d'écriture ». Elles entendent ainsi préparer l'enfant à être plus performant dans le cadre scolaire, et qu'il réponde aux exigences de l'école et à ce qu'on attend socialement de lui. Au final, le travail de ces praticiennes peut apparaître comme une propédeutique aux apprentissages scolaires, pour rappeler les analyses produites sur les psychomotriciennes « cliniciennes » et souligner la divergence forte dans la façon de faire soin entre ces spécialistes.

Pour ces praticiennes « neuros », l'évolution de l'enfant dans le cadre scolaire participe de l'évaluation de leur activité, et au besoin de la réorientation du travail mis en place. Elles sont parfois en

³⁹⁴ Cette pratique apparaît commune à toutes les psychomotriciennes, et les rééducateurs plus généralement (orthophonistes, ergothérapeute, neuropsychologues). Les jeux vont seulement être employés de façons différentes.

contact régulier avec l'enseignant, et échantent chaque semaine avec les parents autour de la situation de l'enfant dans sa vie quotidienne, à l'école comme au domicile. Ainsi, contrairement aux psychomotriciennes « cliniciennes », les difficultés scolaires sont considérées comme un motif de soin sérieux, sur lequel elles se proposent d'agir directement. C'est aussi le rapport aux parents et à la demande parentale qui s'exprime différemment entre les deux tendances de cette même profession.

3.2.2. Le parent comme « partenaire » ou « client »

La prise en compte directe (sans retraduction) des problématiques scolaires révèle une autre interprétation des difficultés de l'enfant et une autre conception du « soin », mais également un autre rapport aux familles et à leur demande de remédiation. Pour les praticiennes « neuro », la thématique des liens familiaux, ou encore des angoisses maternelles, est pratiquement absente de leur pratique (elles renvoient le cas échéant vers des psychologues), et n'est en tout cas jamais présumée comme faisant partie ou étant à l'origine des difficultés. Elles reconduisent la demande parentale plutôt qu'elle ne la réoriente. « *Ce sont les enfants de leurs parents, pas les nôtres. On ne peut pas faire ce qu'on veut* » (Marlène Griffon, psychomotricienne « neuro », libéral). Cette psychomotricienne « neuro », insiste fortement sur ce point lorsque nous discutons des pratiques des CMPP. Elle pointe l'importance de la transparence de la pratique, et du partenariat mené avec les parents comme avec l'école. Elle prend en charge Ugo, un enfant de l'enquête, et chaque année, elle réalise un bilan de ses compétences, et définit avec les parents les compétences prioritaires sur lesquelles cibler la rééducation : la trace écrite en grande section de maternelle, les capacités d'attention quand l'enfant perturbe la classe en CE1, son autonomie sur les trajets scolaires en CM1, etc. Selon ses propres termes, elle « *ne croit pas au transfert* », et fait travailler l'enfant sur les tâches exactes qu'il doit exécuter dans la vie courante (écrire, ouvrir un verrou, se servir d'un couteau...) selon le principe de répétition du geste.

Dans cette optique-là, les parents ne sont plus des éléments pathogènes à tenir à distance du soin ou à traiter, mais des « partenaires » dont le regard est nécessaire à l'élaboration des soins. L'objectif étant d'améliorer la qualité de vie de l'enfant, les rééducatrices doivent connaître la situation de l'enfant en dehors du cabinet, pour comparer ses résultats aux tests et au travail qu'elles réalisent avec lui à ses comportements et réalisations dans la vie de tous les jours. Les parents sont ici les informateurs privilégiés. Et si les professionnelles font preuve d'une certaine pudeur sur les relations familiales, elles peuvent proposer des conseils éducatifs quand les parents leur demandent ce qu'ils peuvent faire pour aider l'enfant : elles conseillent régulièrement de limiter la consommation des écrans, mais aussi échantent avec les parents sur les formes d'autorité à adopter avec l'enfant, les types d'activité à lui faire faire (judo, théâtre, jeux de sociétés...), des systèmes de sanctions/récompenses, ou encore des « programmes de la semaine » pour réguler ses comportements dans la sphère domestique. Comme l'observe Céline Borelle dans le champ de l'autisme, « le principe de responsabilisation parentale dominant est en train de changer (...) la remise en question de la responsabilité des parents quant aux troubles de leur enfant n'a pas mis fin à la

responsabilisation parentale. On observe plutôt un glissement de la responsabilité attribuée aux parents par les professionnels de santé : de la responsabilité quant aux troubles de l'enfant vers la responsabilité quant au devenir de l'enfant »³⁹⁵. Les mères ne sont plus en faute, elles sont des collaboratrices qu'il faut armer, outiller, pour qu'elles puissent offrir un futur à leur enfant. C'est à elles de définir le projet du soin, ses objectifs, et de réunir les conditions pour les atteindre. Les rééducatrices se considèrent comme un « appui technique » au projet éducatif des parents, dont on attend qu'ils prennent en main le problème de l'enfant. Cette distribution des rôles renvoie à une certaine logique managériale, impulsée par les politiques scolaires comme du handicap³⁹⁶.

Alice Noël (psychomotricienne « neuro », libéral/CMPP) : Je crois que maintenant les formations changent. Je vois les filles qui sortent de Paris [institut de formation marqués par la psychanalyse ou plus mixtes au niveau des approches enseignées], y en a plein qui recherchent des maîtres de mémoires sur les troubles des apprentissages. Je pense que c'est une demande en fait, vu que le libéral se développe pas mal, au niveau du libéral c'est plus facile je pense d'avoir un discours neuropsychologique avec les parents, avec les intervenants, et les autres professionnels (les orthophonistes, les neuropsy, les pédiatres...). Disons que c'est plus la demande en fait. Par exemple, je sais que y a des gens qui sont venus s'adresser à moi et pas à d'autres, parce que je suis diplômée de l'école de l'Agglomération et que je fais ce type de rééducations.

Les rapports aux familles se construisent lors de la formation professionnelle, mais aussi au cours de la pratique, et le mode d'exercice participe à structurer les rapports professionnels/usagers. Les praticiennes « neuros » interrogées ont exercé leur métier dès le départ en libéral (du moins en partie), alors que les cliniciennes ont souvent travaillé plusieurs années en structures avant de s'installer à temps partiel en libéral. Le respect de la demande parentale peut aussi se comprendre dans le cadre de l'activité libérale comme la nécessité de fournir un service satisfaisant à des clients, puisqu'il faut à terme rentabiliser le cabinet – problématique absente des structures qui sont souvent saturées par la demande. Dans un marché concurrentiel (celui des rééducateurs paramédicaux), les professionnels en libéral doivent capter et fidéliser une clientèle pour se maintenir³⁹⁷. Si les cliniciennes qui s'installent en libéral font face à la même nécessité, elles semblent davantage marquées par la culture institutionnelle des structures dans lesquelles elles ont travaillé, où les attentes scolaires et familiales sont tenues à distance du travail de soins.

Le développement de la pratique en libéral pour la psychomotricité se réalise dans les mêmes temporalités que l'essor de l'approche neurocognitive dans la profession. Le point 3.3 revient sur cette appropriation des référentiels neurocognitifs, les intérêts savants mais aussi professionnels qui la sous-

³⁹⁵ C. Borelle, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical.*, op. cit., p. 381.

³⁹⁶ D. Frandji et J.-Y. Rochex, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », art cit ; P. Clément, *Réformer les programmes pour changer l'école ? Une sociologie historique du champ du pouvoir scolaire*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Picardie, Amiens, 2013 ; S. Ébersold, « L'inclusion : du modèle médical au modèle managérial ? », *Reliance*, 2005, 16, 2, p. 43-50 ; S. Ébersold, « Inclusif. Vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap », *Vie sociale*, 2015, 11, 3, p. 57-70.

³⁹⁷ L. Bertrand, *Exercer une profession en quête de légitimité : les psychomotriciens*, Mémoire de Master « Pratique de l'interdisciplinarité », ENS-EHESS, Paris, 2012 ; L. Bertrand, *Mutation actuelle d'un groupe paramédical méconnu. Les psychomotriciens et l'essor de la pratique libérale*, Article rédigé dans le cadre du Master PDI, ENS-EHESS, Paris, 2013.

tendent, et les effets qu'elle a eu sur ce groupe professionnel en termes de repositionnement dans l'espace du « soin », avec une pédagogisation ou scolarisation de leur activité. A terme, c'est aussi le traitement social plus général de l'échec scolaire qui se trouve impacté par ces dynamiques professionnelles récentes.

3.3. Repositionnement des paramédicaux dans le champ de l'échec scolaire : privatisation de l'offre de remédiation scolaire

En définissant de nouvelles pathologies et en construisant de nouveaux outils pour les traiter, les promoteurs de la neuropsychologie infantile ont construit un nouveau territoire d'intervention. Cette dynamique a alors bousculé plusieurs corps de métiers de la santé en charge de l'enfance en difficulté, et, davantage que la production de niches professionnelles, elle a participé à restructurer plus profondément certaines professions, sur le plan des pratiques, du mode d'exercice, du statut administratif ou encore de l'effectif global. C'est le cas en particulier de la psychomotricité, pour qui l'appropriation de ces nouveaux référentiels a été le point de départ d'un certain avancement professionnel.

3.3.1. Une entrée des rééducateurs paramédicaux sur le terrain scolaire par l'essor de nouvelles pathologies

Ce sont principalement des médecins et des psychologues qui ont créé cette nouvelle offre de soin neurocognitive. Cependant, les rééducateurs, parmi lesquels les orthophonistes et les psychomotriciens, se sont greffés à la dynamique, en participant notamment aux activités de recherche, et à la production d'une connaissance académique sur les troubles cognitifs.

Selon Andrew Abbott, les groupes professionnels sont pris dans des jeux de rivalités avec d'autres groupes, avec lesquels ils se trouvent en compétition pour le contrôle d'une juridiction : ils doivent défendre leurs frontières, et si possible les étendre³⁹⁸. C'est par la maîtrise d'outils techniques qu'ils protègent leur territoire d'intervention, mais aussi par les savoirs abstraits, académiques. Ces derniers constitueraient d'ailleurs leur principal atout face à la concurrence, car seul un système de connaissance gouverné par les abstractions peut redéfinir les problèmes et en identifier de nouveaux. Ils représentent donc un moyen qui permet la survie dans un système de professions compétitif. L'habileté d'une profession à soutenir sa juridiction est en partie liée au pouvoir et au prestige de sa connaissance académique. Andrew Abbott observe qu'une profession utilise les connaissances abstraites pour annexer de nouvelles zones et les définir comme faisant partie du domaine de compétence du groupe professionnel – et de la sorte, le développement de nouvelles connaissances ou de nouvelles technologies peut constituer une source interne de modifications pour ces groupes. La participation des rééducateurs (orthophonistes et

³⁹⁸ A.D. Abbott, *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago London, The University of Chicago Press, 1988.

psychomotriciens) à la production académique a permis à ces groupes professionnels de se positionner sur ce nouveau territoire d'intervention, et c'est dès le début des années 2000 que les pouvoirs publics reconnaissent leur nécessaire participation au traitement des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages. Concernant la psychomotricité, ce sont les acteurs de l'Agglomération enquêtée qui ont été les plus actifs dans le domaine, et puisqu'ils dirigent également l'école de psychomotricité locale, l'approche neurocognitive se développe fortement sur ce territoire en quelques années³⁹⁹ – c'est aussi le territoire où la pratique en libéral est la plus développée, puisqu'elle concerne en 2009 23% des praticiens en activité dans le département contre 11,7% en moyenne à l'échelle nationale⁴⁰⁰.

La reconnaissance de la compétence des psychomotriciens pour participer au diagnostic et à la prise en charge des troubles cognitifs a entraîné la croissance numérique du groupe professionnel, l'Etat augmentant régulièrement le *numerus clausus* à l'entrée des formations en psychomotricité à partir de l'année 2005 : plafonné depuis la création des écoles en dessous de 500 nouveaux entrants, il dépasse les 1000 recrues en 2013⁴⁰¹. C'est aussi la possibilité de l'exercice en libéral qui s'ouvre – qui était quasi-inexistant, puisque 5% des psychomotriciens sont installés en libéral en 1999 (et à temps partiel seulement) contre près de 80% des orthophonistes⁴⁰² –, puisque les rééducations en ambulatoire et dans le secteur libéral sont fortement recommandées pour les enfants atteints de troubles cognitifs, en particulier pour les troubles « légers à modérés ». Ainsi l'augmentation importante et continue du nombre de psychomotriciens sur le territoire français s'accompagne d'une explosion de la pratique en libéral⁴⁰³.

Dans ces cabinets récemment ouverts, les psychomotriciens vont recevoir comme en institution des enfants handicapés, des enfants avec des troubles cognitifs et même psychiques (autisme, trisomie, IMC...), mais le cœur de leur patientèle va être composé d'enfants aux troubles considérés comme plus légers, qui sont en difficulté dans le cadre scolaire et qui ne présentent pas de pathologies avérées. En prenant en charge cette population, la profession se repositionne puisqu'elle se distancie du secteur sanitaire pour investir le domaine du pédagogique, et participe aux côtés des orthophonistes à rendre toujours plus poreuse la frontière entre les deux. Le terme de pédagogisation (ou scolarisation) des métiers de la rééducation apparaît plus approprié que celui de médicalisation de l'échec scolaire pour dépeindre cette évolution : il ne s'agit pas tant de traiter les enfants en difficulté scolaire médicalement (par un

³⁹⁹ D. Grabot, *Psychomotricien : émergence et développement d'une profession*, Marseille, France, Solal, 2004. Cette spécificité locale est relevée par les différentes professionnelles avec qui je me suis entretenue, notamment celles qui avaient exercé dans d'autres villes et ont été marquées par l'ancrage théorico-pratique des psychomotriciens en arrivant sur l'Agglomération.

⁴⁰⁰ *L'exercice libéral de la psychomotricité en France en 2009*, Association française des psychomotriciens libéraux, 2010, p.3.

⁴⁰¹ *Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé*, op. cit. C'est aussi le nombre d'institut de formation qui augmente, passant de 6 en 2004 à 9 en 2013, et 14 en 2020.

⁴⁰² D. Grabot, *Psychomotricien*, op. cit.

⁴⁰³ La proportion des praticiens en libéral augmente chaque année depuis les années 2000. Le libéral progresse chaque année de plus de 10% contre 3 ou 4% pour l'ensemble de la profession.

médicament par exemple), que de faire exécuter le travail de transmission de savoirs et de techniques scolaires à des professions inscrites statutairement dans le domaine de la santé.

Avant d'interroger l'impact de ce repositionnement sur le traitement social de l'échec scolaire, il faut préciser, pour comprendre ce qui s'est joué et se joue encore aujourd'hui, que cette évolution professionnelle s'est accompagnée d'un certain avancement professionnel pour les psychomotriciens.

3.3.2. Appropriation des problématiques scolaires et avancement professionnel

C'est d'abord par l'augmentation importante du nombre de ses membres que l'on observe cet avancement. Alors que la profession, institutionnalisée en 1974, était stable depuis les années 1980, les effectifs croissent de 62% entre 2001 et 2011⁴⁰⁴, et particulièrement pour le mode d'exercice en libéral comme dit plus haut.

C'est aussi de façon plus qualitative que se mesure l'avancement professionnel du groupe. L'évolution du contenu de leurs pratiques et l'éloignement des référentiels psychanalytiques vont permettre aux psychomotriciens de rouvrir les négociations entre la profession et les pouvoirs publics pour obtenir des accords avec l'Assurance maladie (afin que les séances soient à charge de la collectivité comme c'est le cas pour l'orthophonie⁴⁰⁵), et d'obtenir un reclassement du diplôme par la masterisation⁴⁰⁶. Enfin, l'essor de la pratique en libéral va offrir de nouveaux débouchés aux psychomotriciens et de nouvelles conditions de travail parfois recherchées.

Dans un premier temps, la pratique en libéral apparaît dévalorisée au sein de la profession, du fait qu'elle s'adresserait à des individus aux troubles plus légers. Lors de son enquête sur les psychomotriciens en terrain parisien, Lisa Bertrand observe un certain mépris des professionnels d'institution pour ceux exerçant en libéral, qui ne feraient pas de la « vraie rééducation psychomotrice »⁴⁰⁷. Ils considèrent que le travail de psychomotricité en libéral, qui vise à maximiser les performances scolaires des enfants, est une tâche prosaïque, moralement peu honorante, comparativement à celle bien plus noble visant à « guérir » l'individu, exercée dans les institutions où les patients ont de « vraies pathologies ». Ils ont de plus l'idée

⁴⁰⁴ L. Bertrand, *Mutation actuelle d'un groupe paramédical méconnu. Les psychomotriciens et l'essor de la pratique libérale*, op. cit.

⁴⁰⁵ Dans les années 1980, alors que les orthophonistes concluent un accord permettant le remboursement des séances pour les familles, les psychomotriciens ne se mettent pas d'accord pour se conformer aux canons administratifs que cet accord suppose, et abandonnent cette opportunité, privilégiant leur autonomie et leur idée du soin, alors fortement ancrée dans la psychanalyse. D. Grabot, *Psychomotricien*, op. cit. En 1999, le ministre de la Santé B. Kouchner qualifie de « maquis difficile à traverser » la profession de psychomotricien, en faisant référence à la difficile appréhension de leurs pratiques. C'est ainsi qu'il justifie l'impossibilité d'établir une convention de remboursement de soins avec la sécurité sociale, malgré les demandes des syndicats de la profession. Voir « Questions à l'Assemblée nationale », juin 1999 : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q11/11-9070OSD.htm>

⁴⁰⁶ La formation donne actuellement le niveau d'une licence (Bac+3). L'orthophonie a obtenu la revalorisation du diplôme à Bac+5 en 2013 suite à une mobilisation professionnelle qui durait depuis plus de dix ans.

⁴⁰⁷ L. Bertrand, *Mutation actuelle d'un groupe paramédical méconnu. Les psychomotriciens et l'essor de la pratique libérale*, op. cit.

que le travail est davantage répétitif en libéral, du fait d'un public plus homogène du point de vue des difficultés exprimées. Cependant, la pratique en libéral va présenter de nombreux atouts qui vont convaincre les praticiens. C'est d'abord l'aspect financier qui peut être incitant, par rapport à l'activité salariée, lorsqu'un cabinet rencontre son public. Ensuite, les professionnelles interrogées valorisent toutes l'autonomie dont elles disposent en libéral, puisqu'elles ne sont pas directement sous l'autorité d'un médecin. Bien que les séances de psychomotricité soient initiées après prescription médicale, les praticiennes décident elles-mêmes de la durée de la prise en charge et de son contenu. Et parmi les partenaires avec lesquels elles collaborent au quotidien, à savoir les familles, les enseignants, et les autres rééducateurs, elles occupent le rôle de « spécialistes »⁴⁰⁸, plus valorisant que celui d'appui technique qui leur est concédé dans les structures, et où leur expertise est symboliquement minorée face à celle des médecins ou des psychologues

Enfin, les psychomotriciennes en libéral mettent en avant une plus grande complétude de leur activité, du fait qu'elles aient à leur charge l'entièreté de la chaîne de soin, de l'accueil du patient, au suivi et à l'évaluation du suivi, en passant par les bilans diagnostiques : « toutes les étapes de la prise en charge, normalement fragmentées et déléguées à d'autres professionnels, reviennent à la responsabilité du psychomotricien »⁴⁰⁹. La relation aux familles est une nouvelle prérogative des professionnelles, complexe mais valorisante, souvent considérée de façon positive. Enfin, certaines d'entre elles considèrent leur public gratifiant, car, « *contrairement à ceux qui ont des pathologies lourdes, des retards mentaux, un autisme fort... ceux-là ben ils progressent quoi, on avance bien ensemble, et c'est valorisant aussi* » (Alice Noël, psychomotricienne libéral/CMPP).

C'est par l'appropriation des nouveaux référentiels neurocognitifs que les psychomotriciens ont pu investir massivement l'exercice en libéral. Par effet réciproque, l'installation en libéral des rééducateurs va accélérer la diffusion de ces grilles de lectures, puisqu'ils deviennent avec les orthophonistes des professionnels de premiers recours lorsque les enfants sont en difficulté précoce à l'école : la consultation d'un libéral apparaît moins contraignante et stigmatisante qu'une structure, plus rapidement accessible (mais plus coûteuse aussi), et la psychomotricité est dotée d'un atout « technique » qui convainc souvent les familles davantage qu'un suivi psychologique (et que les agents scolaires mobilisent aussi lorsque les parents refusent le suivi psychologique). Ils deviennent des acteurs centraux des troubles spécifiques des apprentissages (et de la dyspraxie plus particulièrement), puisqu'ils sont souvent le premier filtre diagnostique ainsi que l'agent quotidien du suivi – et aussi acteurs des négociations entre la famille et

⁴⁰⁸ Plusieurs auteurs montrent en effet l'ascendance de l'expertise médico-psychologique tenue par des spécialistes, qu'ils soient médecins ou rééducateurs, sur les enseignants, considérés comme des généralistes et donc « moins sachants » sur les enfants en difficultés. S. Morel, *La médicalisation de l'échec scolaire*, op. cit. ; J.-P. Payet et al., « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes », art cit.

⁴⁰⁹ L. Bertrand, *Mutation actuelle d'un groupe paramédical méconnu. Les psychomotriciens et l'essor de la pratique libérale*, op. cit.

l'école sur les conditions de scolarisation de l'enfant, comme nous le verrons dans les chapitres 4 et 5 –, par rapport aux médecins qui ne sont souvent que de lointains prescripteurs.

3.3.3. Privatisation de l'offre de remédiation scolaire : vers un accroissement des inégalités sociales face à l'école ?

Cette évolution de la profession de psychomotricien rappelle fortement celle de l'orthophonie vingt ou trente ans plus tôt, à double titre. D'abord, parce qu'elles suivent la même quête d'autonomie professionnelle, qui passe par l'évolution du travail clinique et du mode d'exercice parallèlement à la constitution d'une nouvelle clientèle⁴¹⁰. Ensuite, parce que comme les orthophonistes, c'est sur le terrain de l'échec scolaire qu'elles vont opérer ce reclassement professionnel. Cette évolution acte un peu plus une externalisation du travail de remédiation scolaire⁴¹¹, et n'est pas sans soulever des questions sur les inégalités sociales face à l'école.

3.3.3.1. L'appropriation d'un mandat pédagogique par les orthophonistes dès les années 1980

Dans les années 1970, la question du rôle de l'orthophoniste auprès des enfants mauvais lecteurs est discutée par les pouvoirs publics, qui souhaitent que l'école continue de remédier en son sein à ce qu'ils nomment les « fausses dyslexies », c'est-à-dire les difficultés de lecture résultant d'apprentissages mal conduits. Au moment où la profession d'orthophoniste s'institutionnalise (et où ses domaines d'application restent encore ouverts), il est d'emblée discuté de la possibilité que les enseignants se délestent de leur mandat pédagogique et que le secteur privé libéral se l'approprie grâce à ce nouveau statut de l'orthophonie. La création de rééducateurs de l'Education nationale au sein des GAPP doit permettre d'établir une ligne claire entre rééducations pédagogiques et rééducations médicales, ces dernières devant se limiter aux cas où les difficultés d'apprentissages sont sous-tendues par une pathologie. La fondatrice de l'orthophonie Suzanne Borel-Maisonny abonde en ce sens, ayant la volonté d'ancrer la profession naissante dans le domaine de la santé, avant tout comme collaboratrice du médecin à l'hôpital⁴¹². Elle considère que le travail avec les élèves en échec scolaire ne doit pas être l'essentiel de la profession, et que dans ce domaine l'orthophoniste doit se limiter aux « cas d'espèces » : « C'est seulement dans l'hypothèse où il est établi que la réadaptation ne peut être réalisée dans le cadre de la scolarité qu'il y aura lieu de faire appel à l'intervention active d'un médecin et d'envisager un traitement véritable basé essentiellement sur la

⁴¹⁰ J. Prud'homme, « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Recherches sociographiques*, 2006, 47, 2, p. 253.

⁴¹¹ Un rapport de 2013 sur la grande difficulté scolaire observe « qu'on transfère souvent vers le paramédical l'approche de situations qui étaient antérieurement considérées comme du champ de l'aide spécialisée ». J.-P. Delaubier et G. Saurat, *Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire*, Ministère de l'Education nationale, 2013, p.73. Les auteurs du rapport note le rôle important de la création du domaine des troubles spécifiques des apprentissages dans ce processus.

⁴¹² C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit.

rééducation par un orthophoniste. (...) Cette solution de sagesse et de bon sens régit les rééducations effectuées dans l'enseignement public et il ne semble pas y avoir de raison qui justifie, sous réserve de cas d'espèces qui intéressent un certain nombre de rééducateurs déjà en activité, une dérogation dans le secteur privé. Rompre en la matière l'unité entre le secteur public et le secteur privé équivaldrait d'une part à défigurer l'enseignement spécial des maîtres de l'Éducation nationale et à minimiser la valeur de ces maîtres et, d'autre part, à faire supporter par la sécurité sociale la charge de rééducation sans caractère pathologique confirmé »⁴¹³.

Pourtant, le développement de la profession va en décider autrement, puisque le traitement de l'échec scolaire, avec ou sans pathologie avérée, constituera le cœur de la clientèle des orthophonistes. Cette évolution se comprend en partie par le développement de la professionnalité des rééducateurs de l'Éducation nationale, qui occuperont finalement un autre rôle que celui pour lequel ils étaient pressentis par le ministère de l'Éducation nationale. Alors que les pouvoirs publics leur confient le rôle d'appui pédagogique, ayant pour mission de conseiller les enseignants sur leurs pratiques en classe, et prendre en charge les enfants qui ne parviennent pas à franchir le cap des apprentissages fondamentaux malgré un niveau intellectuel correct, ces derniers vont négocier leur rôle autrement auprès des enseignants, afin de ne pas apparaître comme les contrôleurs du travail de leurs collègues : « les rééducateurs s'interdisent tout commentaire sur la pédagogie de leurs collègues, en retour ils se voient reconnaître une spécificité : ils sont les spécialistes de la dimension psychologique »⁴¹⁴. Cet évitement du travail pédagogique des rééducateurs de l'Éducation nationale et leur désintérêt pour la psychologie des processus cognitifs, vont ouvrir un terrain à l'intervention des orthophonistes sur cet aspect technique de l'apprentissage de la lecture, bien que ce ne soit pas la volonté initiale des fondateurs de la profession. C'est plus globalement une minoration générale des aspects techniques de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture promue par l'Éducation nouvelle (courant pédagogique un temps dominant parmi les prescripteurs de l'Éducation nationale) entre les années 1970 et 1990 qui va favoriser le développement d'une offre privée dans le domaine⁴¹⁵. Cette dynamique déborde aujourd'hui le domaine de la lecture, et c'est pour travailler des compétences scolaires plus diverses que l'école et les familles recourent à des auxiliaires paramédicaux extérieurs à l'école (psychomotriciens, neuropsychologues, ergothérapeutes), qui ont su saisir ce marché.

⁴¹³ S. Borel-Maisonnay, 1964, « Éditorial », Rééducation orthophonique, p. 2-3, cité par *Ibid.*, p. 160.

⁴¹⁴ C. Dorison, « La place de la pédagogie dans les relations entre enseignants spécialisés et enseignants des classes ordinaires », art cit, p. 70. Remettre en cause le travail pédagogique des enseignants est décrit par la sociologue comme une tâche impossible. Elle observe aussi que « malgré les prescriptions officielles et le contrôle hiérarchique, l'autonomie des enseignants (rééducateurs et maîtres des classes) dans l'organisation du travail des rééducateurs est en réalité très grande » (p.69).

⁴¹⁵ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, op. cit.

3.3.3.2. *Scolarisation de la psychomotricité*

Le terrain réalisé auprès des psychomotriciennes « neuros » (et des neuropsychologues dans une moindre mesure) ainsi que les retours que me transmettent les parents abondent dans le sens de la thèse de l'appropriation des aspects techniques des apprentissages scolaires par ces auxiliaires du soin – bien qu'un terrain plus complet resterait à faire sur la question. Les psychomotriciennes entraînent les enfants au tracé graphique (de façon ciblée sur l'alphabet latin), à se repérer sur une feuille, à inhiber leurs réponses impulsives et spontanées et forcer leur concentration pour proposer des réponses plus réfléchies, elles essaient de trouver avec eux des stratégies de travail efficaces... pour des enfants qui n'ont pas toujours des pathologies avérées⁴¹⁶. Elles reprennent ainsi une partie du mandat qui était adressé aux rééducateurs de l'Education nationale (Maître E, Maître G) et qui semble avoir été délaissé par ces derniers, notamment ce qui a trait à « la restauration de l'efficacité dans les différents apprentissages et activités proposés par l'école », et l'investissement dans la psychologie des processus cognitifs.

Les professionnelles sont plus ou moins à l'aise avec ce mandat scolaire, et refusent à penser leur rôle comme purement pédagogique. Pour autant, elles prennent au sérieux les difficultés scolaires des enfants et participent à les prendre en charge. Elles s'intéressent à l'évolution scolaire de l'enfant, et plusieurs d'entre elles font montre d'une certaine connaissance des programmes et des attendus scolaires aux différents niveaux : « en 4^{ème}, on ne se contente plus d'établir un résultat, il faut détailler la démarche, expliquer les notions... c'est difficile pour les enfants dyspraxiques ! Il faut leur apprendre à le faire par étape : d'abord leur faire verbaliser la démarche, ensuite la poser par écrit petit à petit... sinon en 2^{nde} c'est la cata ! » (Claire Costes, neuropsychologue en libéral), « la 5^{ème} c'est une année charnière : parce qu'avant c'est le verbal qui compte, et là, à partir de janvier/février, le non-verbal prend de l'importance » (Ernestine Rey, psychomotricienne « neuro » en libéral). Elles s'appuient sur ces connaissances du milieu scolaire pour adapter leurs rééducations, en ciblant le travail sur certaines fonctions cognitives qui seront particulièrement sollicitées dans le travail scolaire dans les mois à venir.

Ce sont aussi les témoignages de parents qui vont dans le sens de l'appropriation d'un certain mandat pédagogique par les psychomotriciennes. Séverine affirme par exemple que c'est la psychomotricienne qui a appris à son fils à écrire (avec un suivi débuté lorsque l'enfant avait 4 ans), ou encore Valérie qui se félicite qu'à partir du CM1, la psychomotricienne ait beaucoup aidé Emilio pour faire ses devoirs. On pourrait aussi penser que la part du travail scolaire réalisée par ces rééducatrices est celle que l'école attend de la part des parents : qu'ils fournissent à l'école un enfant suffisamment habile, autonome et mûr cognitivement pour s'approprier les savoirs complexes que les enseignants ont à leur transmettre.

⁴¹⁶ La composition de leur clientèle resterait à préciser avec un travail ciblé sur le thème, mais d'après les observations des professionnelles, moins de la moitié des enfants qu'elles reçoivent en libéral a fait l'objet d'un diagnostic médical.

Si certains parents peuvent vanter l'efficacité de certaines rééducations, grâce auxquelles ils ont vu leur enfant évoluer, l'externalisation d'une partie du mandat scolaire pose tout de même la question de l'égalité face à l'école, puisque contrairement à la classe ordinaire, tous les enfants n'ont pas accès aux rééducations paramédicales, ni dans les mêmes délais. Les enseignants peuvent faire preuve de plus ou moins d'attentisme ou d'alarmisme face aux difficultés précoces des enfants, et ils vont proposer des remédiations diverses aux parents (RASED, CMPP, orthophoniste en libéral...) ; parents qui eux-mêmes vont être très inégalement à l'initiative de certaines prises en charge. L'étude du marché médico-psychologique de la remédiation scolaire était nécessaire pour comprendre quelles étaient les propositions de prise en charge des uns et des autres, et de quelles manières ils étaient accessibles. L'analyse de parcours d'enfants effectifs va maintenant nous aider à saisir les effets de cette division du travail particulière autour de la difficulté scolaire sur les publics concernés.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Au début des années 2000, la reconnaissance de la dyspraxie et des troubles spécifiques des apprentissages acte une certaine réussite des experts des sciences neurocognitives dans l'entreprise de construction d'un nouveau territoire d'intervention : celui traitant les troubles cognitifs de l'enfant. L'alliance de ces spécialistes (médecins et psychologues) avec des familles constituées en associations et socialement dotées, ainsi que la conformité des dispositifs de prise en charge proposés avec les exigences de la Nouvelle gestion publique ont été des atouts majeurs dans l'essor de cette nouvelle expertise.

Le succès de l'expertise neurocognitive n'en reste pas moins contrarié, avec une franche opposition de certains acteurs historiques du champ de l'enfance en difficulté à cette approche du soin qu'ils qualifient de réductionniste ou encore abusivement médicalisante, laissant peu de place à l'expression de l'individualité et des désirs des « sujets ». La résistance de ces acteurs (dont les CMPP sont le symbole) donne lieu au développement d'une offre de prise en charge neurocognitive dans un circuit extérieur aux réseaux traditionnels de soins des difficultés enfantines, et ces controverses professionnelles s'incarnent finalement dans une structuration spécifique de l'offre médico-psychologique – à l'échelle nationale, avec des déclinaisons locales en fonction des histoires particulières des territoires et de leurs acteurs.

Si une nouvelle offre se constitue à partir des années 2000 pour prendre en charge les troubles spécifiques des apprentissages (contre une lecture psychologique ou morale des difficultés, en termes de manque de volonté ou d'intelligence, ou encore de troubles psychoaffectifs), elle n'est pas portée par des professions nouvelles, sinon par des fractions de groupes professionnels déjà institués qui s'approprient ces nouveaux référentiels savants. Cette appropriation a transformé certaines professions comme celle de psychomotricien (et produit des lignes de fracture en son sein), et a pu s'accompagner d'avantages professionnels, à l'échelle des praticiens comme du groupe plus général. Mais c'est aussi autre chose qui s'est joué avec cette évolution professionnelle des pratiques, puisque cette dernière s'est accompagnée de la possibilité d'un nouveau mode d'exercice (le libéral) et dès lors de la captation d'une nouvelle clientèle : celle des enfants en difficultés dans le cadre scolaire, pour lesquels ils sont de plus en plus sollicités. L'intégration des auxiliaires paramédicaux (et des psychologues) aux dispositifs des troubles des apprentissages leur a ouvert la voie à une intervention plus large sur les difficultés d'apprentissages scolaires, même pour les enfants qui ne présentent pas de pathologie avérée.

Si les ministères de la Santé et l'Education nationale se sont longtemps disputés la prise en charge des inadaptés scolaires⁴¹⁷, un consensus est aujourd'hui trouvé pour externaliser le diagnostic et le suivi des enfants avec des difficultés scolaires précoces ou durables – comme en témoigne le développement de l'offre médico-psychologique extérieure à l'école autant que la diminution drastique des effectifs RASED par le ministère de l'Education nationale à partir de 2008. Cette externalisation, souvent décrite sous le

⁴¹⁷ J. Roca, *De la ségrégation à l'intégration*, op. cit.

terme de « médicalisation de l'échec scolaire »⁴¹⁸, est aussi une privatisation d'un service scolaire public, puisqu'une partie de l'expertise diagnostique et de la prise en charge est réalisée par des acteurs exerçant en libéral. La question n'est alors pas (ou pas seulement) de savoir si ces rééducateurs paramédicaux sont compétents sur les questions pédagogiques (puisque'ils transmettent des apprentissages aux enfants), mais encore de voir ce que l'irruption d'acteurs privés produit sur le traitement social de l'échec scolaire. On peut en particulier faire l'hypothèse d'un tri des publics selon des critères socio-économiques, ou seuls les enfants issus des classes moyennes et supérieures accèderaient aux expertises neurocognitives (puisque'elles supposent des ressources financières de la part des familles, ainsi qu'une certaine connaissance et des capacités à se repérer dans une offre complexe), quand ceux des classes populaires seraient plus massivement orientés vers des circuits de soin pris en charge par l'Assurance maladie, où prédomine l'expertise psychodynamique des troubles. Sans présupposer du type de prise en charge préférable (et préféré des familles), la différenciation des parcours enfantins sur critères sociaux (et non seulement cliniques) ne va pas sans poser des questions en termes d'égalité face à la santé ou à l'école. Ce sont ces questionnements que traiteront les chapitres 4 et 5.

Le chapitre suivant s'intéresse au rôle des familles dans les décisions de remédiation et la construction des trajectoires enfantines. Le contexte concurrentiel semble pouvoir accorder une plus grande liberté de choix aux familles, qui peuvent faire jouer la concurrence, et atténuer ainsi la dissymétrie des pouvoirs entre professionnels et usagers, forcément plus prononcée en contexte de monopole. Cette mise en concurrence et le « libre choix » des suivis supposent cependant un ensemble de ressources qu'il s'agit de mettre au jour.

⁴¹⁸ Auquel j'ai préféré substituer celui de pédagogisation des métiers de la rééducation paramédicale.

CHAPITRE 3

Le choix de la prise en charge

La première partie de cette thèse est animée par une double préoccupation. Celle d'abord de comprendre comment un enfant « en difficulté » devient un enfant dyspraxique. Plus précisément, comment des enfants dont les problèmes apparaissent peu spécifiques à l'école maternelle (Chapitre 1) en viennent à être qualifiés de dyspraxiques, dans un contexte où diverses théories interprétatives de leurs difficultés sont disponibles et parfois proposées. Pourquoi dyspraxique et pas « autre chose » ? La question peut aussi être prise par son revers : pourquoi, alors que la dyspraxie est présentée comme une pathologie médicalement bien identifiée, l'accès au diagnostic a-t-il été si sinueux pour les familles ? Ces questions m'ont amenée à m'interroger sur les expertises savantes disponibles et sur les processus de catégorisation des enfants. Je cherche à saisir les ressorts des parcours de soins des enfants dans leur singularité mais aussi en tant que groupe social, puisqu'il s'agit aussi d'expliquer le succès contrarié de la catégorie diagnostique « dyspraxie ».

L'autre questionnement qui sous-tend le développement de ces trois chapitres a trait à la composition sociale de la population concernée par la dyspraxie. Contrairement aux idées reçues et véhiculées par les associations de « dys » et par les autorités médicales et administratives⁴¹⁹, le diagnostic n'est pas distribué aléatoirement dans la société. Le phénomène ne touche pas également tous les groupes sociaux, en termes d'âge, de sexe (ce qui est volontiers reconnu) mais aussi de classes sociales. Cette enquête, résolument qualitative, porte sur un trop faible nombre de cas pour constituer une preuve forte de cette affirmation, mais on peut ici se référer à un ensemble de travaux sociologiques sur la santé mentale qui mettent au jour des liens privilégiés entre diagnostics et classes sociales/classes de sexe⁴²⁰. Les profils sociologiques des vingt-six familles rencontrées lors de mon terrain entrent en cohérence avec les résultats de l'enquête par questionnaire réalisée par Sandrine Garcia sur la dyslexie⁴²¹. D'après l'analyse des professions et de l'ascendance de quelques cinq cent familles, la sociologue observe, en reprenant les catégories constituées par Agnès Van Zaten, qu'au sein de la population des dyslexiques les enfants de

⁴¹⁹ Ainsi peut-on lire sur le site de l'association « Dyspraxiques mais fantastiques » que le trouble se retrouve « dans tous les milieux sociaux et dans toutes les cultures », de même que dans l'expertise collective de l'INSERM de 2007 sur la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie, qui affirme « trouver des enfants atteints de dyslexie dans tous les milieux ». *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques, op. cit.*, p. 1.

⁴²⁰ M. Darmon, *Devenir anorexique, op. cit.* ; W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France, op. cit.* ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques, op. cit.* ; P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine, op. cit.*

⁴²¹ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques, op. cit.*

« techniciens », de « technocrates » et de « médiateurs culturels »⁴²² sont surreprésentés. Les enfants dyslexiques sont en grande majorité des enfants des classes moyennes, plus proches du pôle économique et privé de l'espace social que du pôle culturel ou public.

Le constat d'un ancrage social des diagnostics est partagé sur un ensemble de « troubles »⁴²³, mais les raisons et les modalités sont chaque fois spécifiques. En m'appuyant sur les travaux précédemment cités et les pistes explicatives qu'ils avancent, je souhaite avec ce travail approfondir les explications à la composition sociale de la population concernée par la dyspraxie.

J'ai essayé dans cette première partie de tenir ensemble ces deux préoccupations (parcours diagnostics complexes et sélection sociale des diagnostics) en répondant à la question suivante : « comment devient-on un enfant dyspraxique ? » et en centrant en conséquence l'analyse sur le déroulé des parcours et la façon dont les choix de prise en charge s'opéraient. On a vu jusqu'à présent comment le problème émergeait et prenait forme (Chapitre 1), et examiné l'offre de « soins » qui était disponible pour le définir et le traiter (Chapitre 2). Ce chapitre va maintenant s'intéresser aux circulations effectives des enfants dans cette offre et mettre à jour leurs déterminants. C'est l'action parentale qui est dans ce chapitre auscultée de façon privilégiée, car les parents participent de façon active, quoique contrainte, à la recherche diagnostique.

Si les professionnels proposent, les parents décident. C'est du moins le rôle qui leur est socialement conféré dans les domaines de l'éducation et de la santé où, comme dans d'autres, l'« usager » a vu son rôle et ses capacités décisionnelles croître⁴²⁴. Le gain de pouvoir des usagers s'est fait dans un contexte de libéralisation de l'offre et d'évolution plus générale de la logique de l'action publique, où l'institution délègue de plus en plus aux individus les décisions qu'elle prenait jusqu'alors en charge. « Que ce soit en matière de services, de garde d'enfants, de santé ou dans le domaine scolaire, l'usager tend à être considéré comme un consommateur supposé apte à évaluer l'offre la mieux adaptée pour lui, alors que les administrations sont contraintes à rentabiliser leurs services et à s'adapter aux demandes de ce consommateur »⁴²⁵. Cette évolution institutionnelle doit atténuer la dissymétrie des rapports entre professionnels et usagers, mais

⁴²² Ces trois fractions de classes sont composées comme suit : des cadres d'entreprise, ingénieurs, chefs d'entreprise, professions libérales (technocrates), techniciens, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, artisans et commerçants, employés des entreprises (techniciens), professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés, employés de la fonction publique (médiateurs culturels). A. Van Zanten, Choisir son école, op. cit., p. 20-21.

⁴²³ F. Sicot, *Maladie mentale et pauvreté*, op. cit. ; M. Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit. ; W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, op. cit.

⁴²⁴ A.-C. Oller et al., *Les nouvelles figures de l'usager. De la domination à l'émancipation*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2017. S. Aebischer, « Réinventer l'école, réinventer l'administration », *Politix*, 2012, 98, p. 57-83.

⁴²⁵ M. Blanchard et J. Cayouette-Remblière, « Penser les choix scolaires », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 2011, 175, p. 5-14. Les auteurs se réfèrent ici à l'ouvrage suivant : Nicolas Duvoux, Jane Jenson, « La notion de choix dans les services publics et la protection sociale », *Lien social et politiques*, n°66, hiver 2011.

c'est aussi un déplacement de la responsabilité qui s'opère, où l'individu est considéré comme entrepreneur de sa vie⁴²⁶ – et, dans le contexte qui nous intéresse, celle de ses enfants.

Dans le domaine de la scolarité et du traitement des difficultés scolaires, l'offre se diversifie et les usagers (à la fois parents d'élèves et de patients) gagnent en capacité d'action – ils peuvent mettre en concurrence les expertises et opérer des choix, ce qui est bien plus difficile en situation de monopole –, mais se pose tout de même la question de leurs connaissances et de leurs capacités à se mouvoir dans les différents espaces. A questionner les parents sur la façon dont ils ont géré le problème de l'enfant aux différents âges, (presque) tous font état d'une méconnaissance totale de la problématique lorsque surviennent les premières alertes : ils ne comprennent pas les difficultés de l'enfant et ne connaissent aucun des spécialistes susceptibles de les aider. Ils se laissent alors volontiers guider. Comment peut-on alors parler d'*empowerment* des usagers et de choix, quand ils doivent prendre des décisions sans avoir toutes les cartes en main ? Quel choix existe-t-il lorsqu'on est ignorant ? Cette méconnaissance de l'offre de soin est une donnée marquante des parcours, mais leur capacité à se former également. J'ai été marquée par l'activité et la réflexivité denses des parents pour parvenir à combler leur ignorance et réduire cette incertitude. Ils se lancent dans une véritable « quête diagnostique »⁴²⁷, durant laquelle ils vont chercher à donner du sens aux comportements de leur enfant et remédier à sa situation douloureuse.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'offre et les filières de prise en charge de l'enfance en difficulté tendaient à se diversifier, ce qui s'est récemment incarné dans le développement d'une nouvelle expertise neurocognitive. Cette diversification de l'offre entraîne une différenciation des parcours d'enfants et une plus grande hétérogénéité des conditions de prises en charge des enfants concernés. Ce sont les modalités de cette différenciation qui m'intéressent ici, et l'on veut voir comment la structuration de l'offre de soin (analysée dans le chapitre précédent) résonne avec les pratiques et les ressources parentales. Comment les parents s'organisent-ils lorsque s'affirme l'idée d'un problème chez leur enfant ? Vers qui se tournent-ils pour trouver des solutions, quelles ressources mobilisent-ils pour se repérer dans l'offre de prise en charge concurrentielle qui se présente à eux ? Que font-ils des conseils qu'on leur donne (école, proches, soignants...), comment construisent-ils leur jugement ? Les familles n'apparaissent pas également armées pour se mouvoir dans cet espace, et s'approprient l'offre de soin selon des rythmes et

⁴²⁶ L. Boltanski et E. Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999. La rhétorique du projet, issue du management d'entreprise, est à ce propos significative. Les individus sont régulièrement appelés à formuler des projets, qui doivent permettre leur développement et épanouissement personnel. C'est le cas à l'école, et plus particulièrement dans le cadre des procédures MDPH lorsqu'un handicap est avéré : les parents (puis les jeunes lorsqu'ils sont plus grands) doivent chaque année produire un projet de vie, en fonction des aspirations et capacités de l'enfant, duquel découle une prise en charge sanitaire et scolaire adaptée.

⁴²⁷ « Corbin et Strauss (1988) ont proposé l'expression de « quête diagnostique » (*diagnostic quest*) afin d'inscrire ce travail dans la biographie des malades et de leur famille, et d'insister sur les efforts fournis, sur le temps long et saturé d'incertitude de ces recherches. » A. Béliard et al., « Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17. J.-S. Eideliman élargit la notion « à l'ensemble des démarches, matérielles et mentales, entreprises par des personnes désireuses de donner du sens à ce qu'elles perçoivent comme un problème de santé non élucidé ». J.-S. Eideliman, « *Spécialistes par obligation* » : *des parents face au handicap mental théories diagnostiques et arrangements pratiques*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, Lille, 2014, p.136.

modalités propres. Ce chapitre veut coller au plus près de leur gestion du problème dans une perspective dynamique, pour comprendre comment, à chaque étape, se décide la prise en charge de l'enfant (et conjointement la définition de son problème). Ce sont aussi les ressorts de l'expertisation parentale (qui est en fait une expertisation maternelle) qui sont scrutés : la montée en compétence des mères au fil des ans, autant que l'évolution du rôle qu'elles prennent dans la gestion du problème aux côtés des autres acteurs de la prise en charge.

Dans cette thèse, le vécu des familles et leur quotidien n'apparaissent qu'en arrière-plan, derrière leur quête diagnostique et les usages qu'elles font du diagnostic – elles le font vivre, lui donne une consistance sociale. Cet arbitrage découle de l'orientation donnée à la recherche, puisqu'à terme, c'est l'impact d'une offre de remédiation à logique libérale sur les trajectoires et les inégalités sociales que l'on veut appréhender⁴²⁸. La première partie du chapitre décrit les premiers recours effectués par les familles et les prises en charge dont les enfants font l'objet avant d'accéder au diagnostic de dyspraxie. Elle permet de soupeser les effets de l'organisation des soins sur les trajectoires enfantines. La deuxième partie traite des principaux éléments qui, dans les pratiques et ressources parentales, vont favoriser ou freiner l'accès au diagnostic de dyspraxie – la gestion familiale de la prise en charge de l'enfant est analysée au regard de la structuration de l'offre de soins. Enfin, la troisième et dernière partie du chapitre nous aide à comprendre pourquoi les familles font le choix du diagnostic de dyspraxie contre les autres expertises concurrentes.

1. UN ACCÈS AU DIAGNOSTIC DE DYSPRAXIE PLUS OU MOINS SINUEUX

Les enfants sont vite signalés comme « en difficulté » par l'école et seuls cinq enfants de l'enquête rencontreront un membre du RASED avant de consulter d'autres spécialistes : la prise en charge de la difficulté scolaire est vite externalisée⁴²⁹, dès la maternelle. Quelles sont les temporalités de ces parcours ? Comment s'incarne le « parcours du combattant » régulièrement dénoncé par les associations et les enquêtes d'évaluation des dispositifs ? Et d'abord, qui sont les premiers professionnels consultés et que proposent-ils aux familles ?

⁴²⁸ Et non, par exemple, « les ravages du quotidien » associés au trouble cognitif, au sens du diagnostic pour les personnes concernées

⁴²⁹ De plus, les enfants qui rencontrent le RASED restent peu longtemps pris en charge par ce dernier : Le RASED réoriente rapidement vers une prise en charge dite plus complète (en CMPP) ou bien les parents se détournent du dispositif. Sofiane, suivi deux années durant par une enseignante spécialisée est celui qui aura connu la prise en charge la plus longue dans ce dispositif. Pour les autres, les parents relatent souvent quelques rendez-vous avec la psychologue scolaire.

1.1. Premiers recours et lieux de production des diagnostics

1.1.1 Des familles à l'initiative

Le tableau ci-dessous permet de visualiser quels sont les premiers professionnels consultés par les enfants en dehors de l'école – entre parenthèses, l'âge auquel se réalise la consultation, suivi de l'âge auquel est établi le diagnostic de dyspraxie ; en jaune, les consultations qui conduisent au diagnostic de dyspraxie. Les premiers recours apparaissent divers pour des prises en charge qui tendront à s'homogénéiser par la suite.

	CMPP	ASEI ⁴³⁰	Psychologue	Psychomot.	Ortho.	Méd. (ORL, neuro)	Psychiatre	TOT.
Initiative perso.	Gaël (10-13)		Alice (6-6) Mia (10-10)	Adrien (3-6) Antoine (3-12) Émilio (5-6) Samuel (5-8)	Franck (3-10) Chloé (3-5) Martin (4-4) Justine (6-8) Lucas (6-6) Sofiane (7-12) Léa (7-14)	Martin (2-4) Rémi (2-5)	Simon (3-8) Léa (7-14)	18
Conseillé par l'école (enseignant, RASED, Med.Scol)	Loïc (3-4) Oscar (5-6) Rémi (5-5) Lucie (7-17)			Nathan (4-8) Nino (5-6)	Simon (3-8) Mathis (3-7) Ugo (3-4)			9
Conseillé par pédiatre		Jordan (3-5)	Amèle (4-4) Matéo (5-5)			Paul (2-5) Sophie (3-6) Samuel (5-8)		6
TOTAL	5	1	4	6	10	5	2	

Les premiers suivis sont précoces : 20 sont initiés dès la maternelle (dont 12 à trois ans), 6 entre six et sept ans, et 2 à dix ans seulement. Cependant, la précocité du repérage de l'enfant et de sa prise en charge ne conduit pas nécessairement rapidement au diagnostic de dyspraxie : certains n'y accèdent que 3, 5 ou 7 ans après avoir commencé les premiers suivis. Trois autres constats peuvent être tirés de la lecture du tableau.

⁴³⁰ Agir, Soigner, Eduquer, Insérer. L'ASEI est une association gestionnaire d'établissements pour personnes handicapées, fragilisées ou dépendantes – elle gère en 2017 plus de 80 établissements de services sanitaires et médico-sociaux dans toute la France. L'agglomération enquêtée comprend une dizaine de structures gérées par l'ASEI, dont une (un grand centre qui accueille des enfants handicapés moteurs et sensoriels) a la particularité d'avoir intégré le réseau local structuré autour des troubles des apprentissages : elle accueille aujourd'hui un pôle diagnostic des troubles des apprentissages, comme ce sera décrit plus loin.

Tout d'abord, on remarque l'importance du libéral dans ces premiers recours, avec les orthophonistes en première position : 20 enfants consultent en premier lieu un professionnel en libéral (rééducateur ou psychologue) contre 6 au CMPP ou à l'ASEI – les deux autres consultent un service hospitalier. Parmi ces professionnels libéraux, on compte 10 orthophonistes, 6 psychomotriciennes, 4 psychologues et 2 psychanalystes. Les orthophonistes apparaissent plus présentes que les autres dans ces premiers recours, alors qu'elles ne le seront pas forcément par la suite dans les parcours, puisqu'au final : 19 enfants auront un suivi en orthophonie, 27 en psychomotricité, 19 en psychologie, et 16 en ergothérapie. La surreprésentation de l'orthophonie en premier recours par rapport aux autres spécialités de rééducations questionne, puisque le langage de l'enfant – domaine de compétence de l'orthophonie – n'est souvent pas la préoccupation première des adultes. C'est le cas d'Isabelle qui emmène son fils Sofiane « *chez une orthophoniste parce que c'est un nom que je connais, psychomotricien je ne connaissais pas encore. Je lui explique le problème, je lui dis : "Voilà, mon fils il est bizarre", et je lui parle surtout de comment il utilise les objets, main droite et main gauche. Et elle me dit : "ça en fait c'est pas moi qui m'en occupe, il vous faut aller voir un psychomotricien"* ». Pour cette mère comme pour d'autres parents, il semble que ce soit la difficulté à qualifier les problèmes non-langagiers de l'enfant d'une part, et la méconnaissance du marché professionnel d'autre part qui privilégie l'accès à l'orthophonie sur les autres types de rééducations : l'orthophonie est bien identifiée sur les questions langagières par les familles, et peut-être même considérée de façon plus large comme la spécialiste des difficultés scolaires. La consultation massive des orthophonistes peut aussi s'expliquer par leur forte présence sur le territoire, puisqu'en 2013 les praticiennes en libéral sont dans le département enquêté 6,3 fois plus nombreuses que les psychomotriciennes installées en libéral⁴³¹. Enfin, la prise en charge financière des séances par l'Assurance maladie ne peut que prioriser leur consultation sur les rééducations coûteuses pour les familles, surtout lorsque le problème est peu défini (voir point 2.2.1.).

Cependant, si les suivis pris en charge par l'Assurance maladie (CMPP, ASEI, orthophonie, médecin ORL) dominent dans un premier temps (21 contre 12 à la charge des familles : psychologue, psychomotricienne, psychiatre), on peut aussi considérer que la part des suivis à charge des familles est importante puisqu'elle concerne un tiers des premiers recours – et leur part grandira avec les années. Les familles commencent donc tôt à financer les suivis des enfants, ce qui n'est pas anodin et suppose une certaine aisance financière de leur part. Cet engagement financier est corrélé avec le fait que les parents sont nombreux à être à l'initiative des suivis : dans 18 cas, contre 15 conseillé par l'école ou le pédiatre. Cette prise d'initiative ne signifie pas qu'ils s'inquiètent pour l'enfant avant l'école ou le pédiatre, mais plutôt qu'ils ne souhaitent pas suivre les suivis préconisés par ces derniers (ce sont souvent les suivis psychologiques qui sont évités). Dès le départ les parents font preuve d'engagement dans le suivi.

⁴³¹ Et encore, le département enquêté est spécifique du point de vue du développement de l'exercice en libéral pour les psychomotriciens (chapitre 2), puisqu'à l'échelle nationale ce ratio est de 12,8. D. Sicart, *Les professions de santé au 1er janvier 2013*, DREES, 2013.

Le troisième constat qui peut être fait de la lecture du tableau ci-dessus est que le type de professionnel consulté ne laisse pas présager de la temporalité d'accès au diagnostic, puisqu'un rééducateur ou un CMPP peut enclencher ou pas la procédure diagnostique pour déterminer un trouble cognitif (bilan et orientation vers les autres acteurs du processus diagnostique). L'accès direct de la famille de Rémi au diagnostic de dyspraxie en CMPP pourrait étonner au regard des analyses développées au chapitre précédent : ceci s'explique par le fait que le CMPP qui donne lieu au diagnostic est celui de l'Agglomération qui appartient au réseau de ville autour des troubles spécifiques des apprentissages⁴³² – c'est le seul CMPP qui, dans l'enquête, constitue une voie d'accès au diagnostic cognitif.

1.1.2. Lieux de production des diagnostics de dyspraxie

L'analyse des parcours des enfants de l'enquête met en visibilité la structuration du réseau local autour des troubles des apprentissages : 22 enfants sur les 28 ont été diagnostiqués dyspraxiques par ces acteurs-là, dont 11 au CRTLA et 11 dans les pôles diagnostiques de « niveaux deux » (clinique privée, ASEI, CMPP). Les enfants diagnostiqués au CRTLA l'ont été plutôt avant 2009, alors que ceux diagnostiqués dans les autres pôles diagnostiques l'ont été majoritairement après cette date, ce qui semble confirmer le succès du projet des acteurs du réseau : accueillir au sein du CRTLA les seuls « cas complexes » afin de désengorger la structure. Seul un médecin ayant diagnostiqué la dyspraxie d'un enfant de l'enquête est en dehors de ce réseau de ville (il n'a pas non plus suivi la formation impulsée par le CRTLA sur les troubles spécifiques des apprentissages).

Durant les entretiens, les parents mettent également en avant le rôle des rééducateurs, puisque ce sont majoritairement eux qui dirigent les familles vers ces pôles diagnostiques, généralement avec un soupçon de diagnostic qu'ils souhaitent voir confirmer. Ce sont aussi ces rééducateurs qui, souvent, gèrent le travail relationnel auprès des parents pour leur expliquer le trouble, les rassurer, répondre à leurs interrogations, les conseiller sur les démarches à suivre. En effet, plusieurs parents déplorent avoir connu un accueil trop rapide lors de la validation du diagnostic – en particulier au CRTLA – qui sur le moment ne leur a pas permis de comprendre et de prendre en main la problématique. Parmi ces rééducateurs vecteurs de diagnostic de dyspraxie, la grande majorité sont des psychomotriciennes formées à l'école de l'Agglomération. Les parents ont aussi donné à voir la présence de neuropsychologues, dont un gros cabinet sur l'Agglomération (tenu par Claire Costes et Maryse Gobert, dont je parlerai plus longuement au chapitre suivant), qui a été consulté par 9 enfants de l'enquête, dont 4 pour qui les familles n'iront pas faire confirmer le diagnostic par un médecin, sinon se limiteront à réaliser les suivis au cabinet. Le succès de ce cabinet repose sur une autre logique que l'insertion dans un réseau professionnel. Les praticiennes soignent les liens directs avec les familles, au sein de groupes de parentalité organisés à leur cabinet, en appuyant les familles dans leurs démarches scolaires ou avec leur proximité au tissu associatif local (associations

⁴³² C'est aussi le cas de l'ASEI, voir chapitre 2.

autour de la précocité principalement). Elles ont aussi acquis une « réputation » – elles sont connues de tous les enseignants, familles, et rééducatrices rencontrées, qui y font souvent référence d'elles-mêmes en entretien – en donnant par des conférences dans la région (voir chapitre 4⁴³³).

A l'écoute des récits parentaux et de leur circulation dans cette offre médico-psychologique, hormis quelques acteurs qui se distinguent, le réseau de ville apparaît comme une organisation présente sur le territoire et « englobante », du fait que les familles s'y maintiennent.

1.2. De la difficulté repérée au diagnostic de dyspraxie : trois types de trajectoires

Les premiers professionnels consultés mettent les familles sur une « piste », initient ou renforcent une interprétation des difficultés parfois construite par l'école. Ils commencent également à traiter le problème, sans que celui-ci ne se résorbe totalement à cette première étape. Ils orientent également les familles vers d'autres spécialistes, puisqu'on observe ensuite une diversification rapide des professionnels, dès les premiers mois suivant la première prise en charge. Pour autant, là encore, le nombre et la précocité des professionnels consultés ne sont pas associés à une confrontation plus rapide au diagnostic de dyspraxie.

Temps entre premier suivi et diagnostic de dyspraxie	Enfants	Nombre d'enfants
Moins de 2 ans	Émilio, Ugo, Alice, Mia, Jordan, Chloé, Nino, Amèle, Matéo	9
Entre 2 et 5 ans	Adrien, Oscar, Loïc, Sophie, Lucas, Gaël, Paul, Mathis, Rémi, Justine, Nathan, Martin, Samuel	13
Plus de 5 ans	Simon, Antoine, Franck, Sofiane, Léa, Lucie	6

Un tiers des enfants accède au diagnostic à la fois précocement (à leurs 5 ans ou avant) et rapidement, dès la première consultation. Pour les autres, le diagnostic est élaboré plus tardivement alors qu'ils présentent souvent un profil de « multiconsultant » : Franck a par exemple été suivi par trois orthophonistes, un psychologue et une psychomotricienne avant d'être diagnostiqué dyspraxique, et il a également consulté un CMPP ainsi qu'un psychiatre en libéral ; Nathan a lui été vu par deux psychomotriciennes, une psychologue, un psychiatre, un pédopsychiatre, une orthophoniste, et un

⁴³³ Lors de l'entretien réalisé avec Claire Costes, celle-ci tient à préciser le caractère unique des prises en charge qu'elle propose, grâce à ses recherches personnelles qui l'ont par exemple poussée à aller chercher des outils jusqu'en Israël.

orthoptiste avant d'être confronté à un diagnostic de dyspraxie. Pour les deux tiers des enquêtés, le diagnostic n'est pas immédiat dès la consultation de spécialistes, et peut même tarder à venir. Les difficultés scolaires persistent, l'enfant « ne va pas bien »⁴³⁴, les parents ne trouvent pas d'explications ou de remèdes convaincants, et peuvent alors cumuler les expertises.

Nombre de professionnels consultés avant celui qui parle de dyspraxie	Enfants	Nombre d'enfants
0	Émilio, Alice, Mia, Jordan, Amèle, Matéo, Rémi	7
1 ou 2	Justine, Oscar, Ugo, Adrien, Loïc, Lucas, Paul, Mathis, Martin, Samuel, Nino, Chloé	12
3 et +	Simon, Sophie, Antoine, Franck, Léa, Nathan, Lucie, Gaël, Sofiane (2 ^e diag)	9

J'ai pu dégager trois types de parcours de soins « prédyspraxie » qui recourent partiellement ces trois temporalités : l'« accès direct » ou quasi-direct, où les premiers suivis mènent au diagnostic de dyspraxie ; l'« errance diagnostique », où la famille met en place différents suivis desquels ressortent des jugements divergents ou parfois qualifiés de « flous » par les parents ; l'« interprétation alternative », où l'enfant est dans un premier temps l'objet d'une théorie diagnostique autre que celle neurocognitive.

1.2.1. Des expertises alternatives à la « dys »

Dans six cas où le diagnostic de dyspraxie n'est pas immédiat après les premières prises en charge, les parents rapportent une interprétation alternative à la dyspraxie étayée et soutenue par différents professionnels, et souvent acceptée par les parents. Ce sont les cas où la dyspraxie est diagnostiquée le plus tardivement, entre 5 à 10 ans après le début des prises en charge.

Les familles de Simon, Léa, Franck et Antoine, qui ont eu le diagnostic de dyspraxie entre 5 et 10 ans après le début des suivis, ont d'abord fait l'objet d'une interprétation psychologique (inspirée des référentiels psychanalytiques) de leurs difficultés. Simon a été suivi pendant 5 ans par un CMPP qui a mis avant une grande souffrance psychique de l'enfant, découlant du lien avec sa « mère malade » psychologiquement⁴³⁵. Durant ces cinq années, Élise, sa mère, est allée rencontrer d'autres professionnels (orthophonistes, psychologues et psychiatres) : tous s'accordent sur cette interprétation des difficultés,

⁴³⁴ Les parents décrivent des enfants qui pleurent, font des cauchemars, présentent des somatisations diverses (énurésie, eczéma, constipation, toux chronique, vertiges...), verbalisent un mal-être, expriment un refus d'école, etc.

⁴³⁵ L'expertise du CMPP est chaque fois connue à travers le filtre des parents, car l'institution ne laisse que de très maigres traces écrites. Dans le cas de cette famille, le CMPP n'a pas fourni de comptes-rendus écrits et la mère n'avait dans ses dossiers que des notes qu'elle avait elle-même prises après les entretiens réalisés avec la psychothérapeute. Elle y décrit un enfant « souffrant », « déprimé », « au regard fixe » (grande section de maternelle).

insistant sur la dépression de l'enfant. Léa est suivie par un psychanalyste en libéral et Franck par plusieurs professionnels : dans ces deux cas c'est également une problématique identitaire et familiale qui est mise en avant, avec une « difficulté à trouver sa place dans la famille » (Franck par rapport à une « jumelle brillante », Léa au sein d'une famille très diplômée et avec de fortes attentes scolaires et de performances⁴³⁶). Et dans le cas d'Antoine, les professionnels, nombreux en 9 ans (notamment car il est suivi par 5 orthophonistes différentes sur la période), émettent des jugements plus variés : un enfant angoissé (en lien avec l'angoisse maternelle), des difficultés motrices (graphisme), une problématique autistique, des difficultés d'organisation de la pensée... ici, c'est la mère d'Antoine qui instaure une cohérence psychanalytique entre ces différents avis experts, du fait de son affinité avec ce type de référentiel. Elle voit dans les comportements de son fils des « résistances » et des « angoisses de séparation », et elle est très tôt saisie par l'impression de ne « pas être une bonne maman » : « des difficultés qu'on peut comprendre dans un travail analytique ».

Dans ces quatre cas, l'approche psychodynamique des difficultés est rencontrée tôt par les parents (en premier recours) et éloigne les familles d'une compréhension du problème en termes de troubles des apprentissages, puisqu'on leur propose une interprétation alternative et un réseau de prise en charge complet intégrant médecins, psychologues et rééducateurs. La cohérence d'appréciation entre les différents acteurs (les enseignants également, mais aussi le degré d'adhésion des parents à ce type de thèse) participe du renforcement de la catégorisation psychologique du problème, et donc de la tenue à distance des catégorisations neurocognitives ou autres⁴³⁷. A l'inverse, et comme nous le verrons au point suivant, des parents peu acquis aux démarches psychodynamiques ou encore des contradictions entre les jugements des différents professionnels amènent les parents à chercher divers avis, les menant plus rapidement aux diagnostics de « dys ».

L'approche psychodynamique n'est pas la seule approche concurrente aux interprétations neurocognitives des difficultés de l'enfant, et cette recherche permet d'en révéler deux autres. La thèse du handicap socio-culturel dans le cas de Lucie, qui entre 2 et 6 ans est considérée comme vivant dans un « environnement malsain » avec une « mère négligente », avant d'être placée en famille d'accueil – dans laquelle elle restera jusqu'à sa majorité. Depuis sa scolarisation, les enseignants sont alarmés par les comportements de Lucie, sans que toutefois aucun suivi ne soit mis en place dans les premières années : la mère ne donne pas suite et n'amène d'ailleurs pas l'enfant tous les jours à l'école – le père est dit « totalement absent »⁴³⁸ de la vie de Lucie et de son frère jusqu'à leur adolescence. Quand Lucie est finalement placée, la famille d'accueil (avec qui je me suis entretenue) met en place un ensemble de suivis : des suivis en santé afin de traiter les nombreux tics de Lucie, ses maladies de peau, ses problèmes dentaires, etc., ainsi que des suivis davantage thérapeutiques ou développementaux (orthophonie, CMPP, soutien

⁴³⁶ Ce sont là encore les discours des professionnels rapportés par les mères avec qui je me suis entretenue.

⁴³⁷ De même, la rencontre précoce avec un diagnostic cognitiviste éloigne radicalement les parents d'une compréhension du problème en d'autres termes, et donc de l'approche psychodynamique.

⁴³⁸ Par la famille d'accueil avec qui je me suis entretenue pour retracer la trajectoire de Lucie.

scolaire). L'ensemble des professionnels consultés ainsi que la famille d'accueil s'accordent à dire que l'enfant est très « *carencée* » du fait de l'« *absence de stimulation* », élevée par « *une mère avec des problèmes psychiatriques* », « *dépressive* » et « *sous prozac la plupart du temps* », « *qui n'est pas maltraitante au demeurant, mais qui n'avait pas les capacités à ce moment-là de s'occuper de ses enfants* ». Les symptômes plus tard associés à la dyspraxie, tels que la grande maladresse de Lucie, sa lenteur d'exécution et autres difficultés dans les apprentissages scolaires, sont pendant longtemps compris comme des marques des fortes carences éducatives précoces subies par l'enfant. Personne ne cherche alors une autre compréhension du problème. C'est bien plus tard, lorsque Lucie approche de l'âge adulte et que la question de l'autonomie se pose (vivre seule, s'inscrire dans une profession, avoir de nouvelles responsabilités) que Joëlle, de la famille d'accueil, réinterroge certaines difficultés de Lucie⁴³⁹ : elle trouve sa maladresse et sa désorganisation grandissantes, et soupçonne un « *problème médical, sans trop bien savoir quoi chercher* ».

A côté d'un problème psychique et des carences éducatives, un problème sensoriel ou somatique avéré peut aussi contribuer à évacuer d'autres compréhensions du problème. Rémi en est un exemple, ses forts problèmes visuels (1/10 à chaque œil) repérés précocement (avant ses deux ans) ayant un temps été considérés comme à l'origine de sa maladresse et de ses difficultés d'apprentissage. C'est l'enseignante de grande section maternelle qui pousse la famille à faire des bilans complémentaires, ayant l'intuition qu'il y a « *autre chose* » chez cet enfant qu'une déficience visuelle. La famille accède au diagnostic de dyspraxie cette année-là, lorsque Rémi a 5 ans. Malgré le diagnostic, durant de longues années, l'école comme la famille continueront à imputer principalement les difficultés de l'enfant à sa très mauvaise vue, ce que regrette aujourd'hui sa mère.

A la lumière de ces parcours, il est intéressant de noter que le diagnostic tardif ne doit pas être nécessairement associé à une incertitude diagnostique, du moins du point de vue des spécialistes – psychologues, rééducateurs, médecins. Ce n'est pas parce que les professionnels ne cernent pas le problème que le diagnostic de « *dys* » est tardif, mais bien davantage parce qu'ils le comprennent autrement. Ces récits de parcours laissent entrevoir que plusieurs grilles de lectures sont disponibles pour interpréter et traiter les problèmes des enfants, et le diagnostic de la situation semble fonction du professionnel consulté, comme on en avait fait l'hypothèse au chapitre 2.

⁴³⁹ Lucie organise très mal son temps et son espace. Elle est toujours en retard, oublie ses affaires, ne tient pas sa chambre ou son sac rangés, provoquant des situations que Joëlle considère à la limite de l'hygiène. Surtout, elle reste extrêmement maladroit, ce qui, selon Joëlle toujours, la rend parfois dangereuse, comme lorsqu'elle manie le gaz, ou qu'un petit enfant est dans les environs. Lucie étant aujourd'hui une jeune fille épanouie, volontaire et avec des projets, Joëlle trouve étonnant la persistance de cette grande maladresse et mauvaise organisation.

1.2.2. Polysémie des discours sur l'enfant diagnostique

Dans d'autres cas, les parents ne relatent pas tant une théorie alternative à celle de la dyspraxie, qu'une incertitude caractérisant les premières années des suivis. Ils parlent de « *contradictions* » dans les discours, de « *flou artistique* » ou encore de « *mollesse* » des jugements experts. Alors qu'ils sont allés consulter plusieurs spécialistes (médecins, rééducateurs, psychologues). L'incertitude quant à l'enfant et à son problème n'a dans un premier temps fait que croître.

La mère de Paul, Béatrice, s'inquiète lorsqu'à 18 mois son fils ne marche pas. Sur le conseil du pédiatre, elle se rend chez un neurologue spécialiste des troubles infantiles précoces – en particulier de l'hyperactivité et des troubles du sommeil. Ce dernier observe une maladresse motrice générale et explique les difficultés de préhension par une « hyperlaxité ligamentaire » (il aurait « *la main trop molle* »). Il n'est pas très inquiet pour le développement de l'enfant et ne propose aucun suivi. Dès l'entrée en maternelle, Paul déstabilise ses enseignants du fait qu'il soit « *loin devant les autres sur le versant langage et intellect et en retard sur le versant moteur* ». Sur conseil d'une amie psychomotricienne, Béatrice amène son fils consulter une psychomotricienne, qui le suit durant deux ans. Elle est positivement impressionnée par ses capacités langagières, et optimiste quant à ses maladresses, qu'elle comprend en termes de « retard », dans la diversité du rythme de développement de chaque enfant. Pourtant, pendant ce temps, la scolarité de Paul se passe mal : les enseignants trouvent les attitudes et performances de Paul très préoccupantes (isolement social, décalage par rapport aux autres, incapacité graphique) et bousculent les parents afin qu'ils trouvent des solutions. La psychologue scolaire évoquerait même un institut spécialisé. Les parents vont consulter une orthophoniste pour approfondir le suivi mis en place et avoir un autre avis ; cette dernière refuse de suivre l'enfant car elle l'estime tout à fait dans les normes du point de vue du développement de son langage. Les parents se disent à ce moment déboussolés et excédés par les divergences d'interprétation des différents professionnels :

Béatrice : Donc d'un côté on avait les instits pour qui Paul est à la limite de la folie, et de l'autre, tous les professionnels pour qui Paul va bien, avec de tous petits riens.

Patrick (le père) : Nous on se disait : « On fait quoi là ? On sort comment de cette situation ? »

Pendant ce temps, ils observent une dégradation de l'état moral de Paul : il pleure de plus en plus souvent et exprime le refus de se rendre à l'école, ne voulant plus être moqué par ses pairs et grondé par ses enseignants. C'est, pour ses parents, « *un véritable crève-cœur* ». Durant cette même année de grande section, la psychomotricienne finit par proposer des bilans plus approfondis à la famille, ayant elle-même du mal à faire évoluer l'enfant après presque deux ans de suivi. Elle les oriente vers le Centre référent sur les troubles du langage et des apprentissages (CRTLA) tout récemment ouvert – on est en 2003 – et c'est à ce moment-là qu'est établie la dyspraxie de l'enfant, qui signe la fin de la quête diagnostique.

Il s'écoule trois années entre les premiers soupçons de Béatrice et le diagnostic de dyspraxie, trois années durant lesquelles la situation se dramatise. Ce ne sont pas tant les maladroites de l'enfant qui paniquent les parents que les jugements divergents, voire contradictoires sur ce dernier : la psychomotricienne envisage un saut de classe quand l'école propose un redoublement, l'enfant est considéré comme tout à fait normal pour l'orthophoniste, et à la limite de la folie pour l'école... Les parents sont pressés d'un côté pour trouver des solutions, réfrénés de l'autre, voire accusés de trop en faire (par les grands-parents de Paul dans ce cas). Ils doutent de la conduite à adopter, ne savent pas comment regarder leur enfant et interpréter ses comportements et aptitudes. Est-ce un problème s'il joue seul ? Sa mise en retrait des activités graphiques est-elle inquiétante ? Doit-on se préoccuper pour cet enfant, et comment ?

Plusieurs parents témoignent ainsi d'un vécu tiraillé, en particulier pendant les premières années scolaires de l'enfant. Plusieurs configurations semblent exister avec parfois des contradictions entre l'école et les professionnels de santé, entre agents scolaires même parfois (l'ATSEM et l'enseignante de maternelle par exemple), entre professionnels de santé et de rééducation, entre certains professionnels et la famille ou l'entourage⁴⁴⁰... Les désaccords portent sur l'existence même d'un problème, certains poussant au suivi serré de l'enfant quand d'autres tendent à freiner les suivis dans un premier temps, ou bien sur la nature du problème. C'est dans tous les cas la persistance voire l'accumulation de verdicts scolaires négatifs – résultats scolaires, plaintes enseignantes, jugements stigmatisants de l'enfant... – qui maintiennent les parents dans une recherche permanente de solutions.

C'est aussi la quête diagnostique « en aveugle » – les recherches effectuées en tous sens – qui déstabilise les parents : un psychologue qui pense à « *une maladie type maladie mentale* » (Nathan), un psychiatre qui évoque un penchant schizophrénique (Franck), une famille sommée d'aller faire une IRM et autres examens à l'hôpital pour vérifier que l'enfant ne soit pas atteint d'une maladie génétique – « os fragiles », maladie de Prader-Willi... L'incertitude parentale peut ainsi être entretenue par les professionnels qui sont eux-mêmes dans l'incertitude et qui expriment des soupçons de pathologies considérées comme inquiétantes par les parents. Elle peut également résulter d'une incompréhension de la démarche de soin. Marlène exprime par exemple qu'elle « *ne sait[t] pas trop ce que ça veut dire* » lorsque la psychomotricienne lui rapporte que Nathan est un « *enfant qui n'habite pas son corps* », et qu'elle travaille à « *rééquilibrer son schéma corporel* ». Annabelle ne comprend pas que la psychomotricienne ne fasse pas de bilans chiffrés réguliers des capacités de l'enfant, ni les termes que cette dernière mobilise et qui lui paraissent « flous », comme nous le verrons plus précisément au point « 2.1.1. Les débuts : une famille dans l'expectative ».

On observe ici les deux visages du « parcours du combattant » décrit par les parents et régulièrement déploré par les associations autour des troubles des apprentissages : le « diagnostic

⁴⁴⁰ Plusieurs parents interrogés racontent que leurs proches (grands-parents, oncles et tantes de l'enfant, ainsi que des amis de la famille) jugent l'enfant « tout à fait normal », « intelligent », ou bien seulement « un peu maladroit » ou excité. Leur tempérament contraste bien souvent avec l'inquiétude de certains professionnels et il est difficile pour les parents de faire des choix dans ce contexte.

alternatif » (que les parents qualifient après coup de « mauvais diagnostic » ou d'« erreur diagnostique ») et l'« errance diagnostique ». Cette période se caractérise pour les familles par une incertitude angoissante⁴⁴¹ quant au problème de l'enfant et son devenir, ainsi que par un quotidien souvent laborieux et douloureux. À côté de ces expériences, celles des neuf familles restantes contrastent, puisqu'elles accèdent rapidement au diagnostic de dyspraxie, dès les premières recherches.

1.2.3. L'accès (quasi) direct au diagnostic de dyspraxie

Sept familles se confrontent au diagnostic de dyspraxie dès la première consultation, deux autres dans les mois qui suivent. C'est une psychomotricienne, une psychologue ou un neurologue de l'ASEI qui ont produit le diagnostic pour ces enfants⁴⁴². Comme pour les autres enfants, l'école a pu s'inquiéter de leurs capacités, mais ce n'est pas elle qui a orienté les familles vers le professionnel qui évoque une dyspraxie. Les parents d'Amèle, d'Ugo, de Matéo et de Jordan se sont fait conseiller par leur pédiatre⁴⁴³, Alice et Mia sont amenées là où ont été suivis leurs aînés (chez une neuropsychologue, conseillée par l'entourage amical), Chloé se fait réorienter par son orthophoniste vers une psychomotricienne pour des bilans plus complets, et pour Émilio, enfin, ce sont des recherches effectuées sur internet par sa mère qui l'ont conduit chez la psychomotricienne qui diagnostique la dyspraxie⁴⁴⁴. Comment comprendre ces grandes disparités temporelles d'accès au diagnostic de dyspraxie ?

Les difficultés des enfants autant que les profils sociologiques des familles (capital économique, connaissance du milieu médico-psychologique...) de ces sept cas apparaissent peu spécifiques par rapport aux autres. Ce sont aussi les mêmes professionnels qui sont consultés : des orthophonistes, des psychologues, des psychomotriciennes. On peut renvoyer aux analyses réalisées au chapitre précédent, et faire l'hypothèse que les différentes approches des difficultés scolaires précoces (notamment psychodynamiques et neurocognitives) sont bien présentes dans l'offre médico-psychologique sur le territoire, et supportées chacune par un nombre conséquent d'acteurs de chaque groupe professionnel. Ainsi, questionner son pédiatre, consulter une psychologue ou une psychomotricienne peut conduire à l'une ou l'autre des approches. Alors que les parents vont consulter les mêmes types de professionnels, c'est avec une part de contingence qu'ils vont se confronter directement ou non au diagnostic de dyspraxie.

⁴⁴¹ L'incertitude n'est pas forcément stressante ou à caractère négatif comme l'observe Pauline Blum dans sa thèse sur la survenue de troubles psychiques à l'adolescence. P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine, op. cit.* Lorsqu'un trouble psychique apparaît à l'adolescence, la famille s'accommode parfois de l'incertitude planant autour du trouble même et du devenir de l'enfant, l'incertitude permettant le maintien d'une « espérance rêveuse » (une scolarité qualifiante, une insertion professionnelle, une vie autonome...) là où certains diagnostics ou suivis éteignent les espoirs entretenus par le jeune et sa famille. À l'inverse, l'incertitude est angoissante lorsqu'elle ébranle les projets de vie (inconsciemment) élaborés par la famille, ce que l'on retrouve chez ces familles d'enfants dyspraxiques.

⁴⁴² L'ASEI pour Jordan, une psychomotricienne pour quatre d'entre eux (Émilio, Ugo, Chloé Nino), une psychologue pour les quatre autres (Amèle, Alice, Mia, Matéo)

⁴⁴³ Vers respectivement une « psychologue spécialiste des TED », une psychomotricienne, une neuropsychologue et l'ASEI.

⁴⁴⁴ Seule la famille de Nino a été guidée par l'enseignante de grande section, qui présuppose rapidement une dyspraxie chez l'enfant. Ce cas particulier se comprend au regard du fait que cette enseignante a eu dans sa classe un enfant dyspraxique l'année précédente, qui lui fait beaucoup penser à Nino.

Ensuite, leur organisation en réseau ou leurs pratiques de collaboration tendraient à maintenir les familles dans un registre de compréhension de la difficulté, sauf quand les parents prennent l'initiative d'aller chercher « autre chose ».

Conclusion intermédiaire

L'exploration des parcours de « soins » des enfants qui précèdent l'accès au diagnostic de dyspraxie a permis d'établir quelques constats tout en soulevant un ensemble de questions. Tout d'abord, on remarque que si les inquiétudes de l'école poussent les familles vers des spécialistes médico-psychologiques, cette externalisation précoce ne laisse pas présager d'un accès rapide au diagnostic « dys ». Les controverses « psy » analysées au chapitre précédent s'incarnent dans les parcours puisque de nombreuses familles se confrontent aux deux approches durant les premières années de scolarité de l'enfant (avant l'entrée au collège). Leurs parcours confirment l'hypothèse formulée suite à cette étude des controverses : la définition du problème de l'enfant est fonction du professionnel consulté, qui va mettre en avant sa dimension psychologique et familiale, ou cognitive.

La concurrence de ces deux approches va produire différents types de parcours, plus ou moins sinueux, avant l'accès au diagnostic de dyspraxie. Les familles de l'enquête s'approprient tout de suite ce dernier diagnostic, qui restera pour cela le diagnostic structurant de la trajectoire de l'enfant⁴⁴⁵. Si j'ai pu parler d'une certaine contingence dans les délais d'accès au diagnostic, il faut prendre garde à ne pas surestimer sa part. En effet, les familles ne consultent pas les professionnels seulement « au hasard », se laissant guider par d'autres professionnels ou par la proximité géographique. Si celles de l'enquête font preuve d'une méconnaissance de ce milieu, elles donnent vite à voir différentes stratégies pour réduire l'incertitude et parvenir à maîtriser cette offre dense et controversée. Comment cherchent-elles des informations sur les différents professionnels ? A qui se fie-t-on dans un contexte où les savoirs ne sont pas unifiés ? Sur quels critères choisissent-elles les professionnels, et comment évaluent-elles les suivis engagés ?

Si une mise en concurrence des expertises est possible, la deuxième partie du chapitre va chercher à en révéler les conditions, en analysant les pratiques parentales de recherches et les ressources que les parents mobilisent pour soutenir leur quête.

⁴⁴⁵ Même s'il pourra être remis en cause par d'autres acteurs dans les années qui suivent (agents scolaires, entourage familial ou amical des parents...)

2. RÉDUIRE L'INCERTITUDE : POSTURES ET RESSOURCES PARENTALES

Après avoir posé la focale sur l'organisation des soins et l'action des professionnels pour comprendre les parcours de prises en charge des enfants et les dénominations dont ils sont l'objet, c'est désormais sur l'action parentale que l'on va centrer l'analyse – sans pour autant dissocier les deux. C'est d'abord la question du « comment » qui est posée, puisque j'ai voulu connaître les façons dont les parents s'y prenaient pour trouver des solutions au problème de leur enfant. Cette question m'a d'autant plus intriguée que la nature du problème est incertaine pour eux et que, dans un premier temps, ils ne connaissent pas l'offre de prise en charge. On assiste peu à peu à une montée en connaissance et à une prise de pouvoir des parents, que j'ai appréhendée comme un processus d'expertisation⁴⁴⁶. Comment s'effectue-t-il ? Quelles ressources mobilisent les parents afin de réduire leur méconnaissance du problème et l'incertitude pesant autour des difficultés de leur enfant ? Vers quel type de prise en charge ces ressources vont-elles les orienter ? En plus de faire apparaître des ressources plurielles, la notion d'expertisation va permettre d'envisager ces quêtes parentales dans leur dimension dynamique.

Dans un second temps, j'ai voulu répondre au « pourquoi » : pourquoi choisissent-ils la dyspraxie au détriment des autres définitions du problème ? Pourquoi s'engagent-ils dans ce diagnostic ? C'est la troisième et dernière partie du chapitre, qui porte sur les appropriations et les usages parentaux des diagnostics.

2.1. Les leviers de l'expertisation parentale

J'expose dans un premier temps les recherches diagnostiques et de soins réalisées par la mère de Nino, Annabelle, qui, loin d'être représentatives des démarches faites par les autres familles de l'enquête, permettent de mettre en lumière un ensemble vaste de leviers activables par les parents. Devant un suivi qui selon ses propres termes « *pédale dans la semoule* », elle décide de prendre en main le problème et de chercher des alternatives aux solutions qu'on lui a jusqu'alors proposées. Annabelle adopte à partir de là des pratiques de recherches d'informations que l'on pourrait qualifier de « boulimiques » et de méthodiques, et va, peu à peu, s'imposer comme l'acteur décisif de la prise en charge de l'enfant.

⁴⁴⁶ Brigitte Chamak et Béatrice Bonniau parlent elles d'une « augmentation de la professionnalisation des mères » dans le champ de l'autisme. B. Chamak et B. Bonniau, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17. Elles font ici davantage référence à la position de manager qu'occupent les mères dans les parcours des enfants puisqu'elles choisissent et coordonnent l'ensemble des professionnels traitant l'enfant – l'enfant est même décrit comme une « petite entreprise » par une des mères interrogées. Ce que ces sociologues décrivent fait tout à fait écho aux expériences des mères d'enfants dyspraxiques ; cependant, on préfère dans ce chapitre parler « de processus d'expertisation », pour insister sur le gain de connaissances, de compétences et de pouvoir qu'elles acquièrent au long du parcours, ce qui de ce point de vue renvoie à la notion de parents spécialistes développée par J-S. Eideliman dans sa thèse. Leur activité de coordinatrice de parcours et leur posture de véritable partenaire de la prise en charge des enfants seront traitées dans le chapitre 5 de la thèse.

2.1.1. Les débuts : une famille dans l'expectative

Les premières alertes concernant Nino sont données en grande section de maternelle. « *Avant ça, on n'avait rien remarqué* ». Nino parle très bien et très tôt et se présente comme un garçon très sociable, ce qui selon sa mère a pu masquer d'autres difficultés. En moyenne section, l'enseignante note que Nino est peu autonome, mais sans que cela ne l'inquiète trop car Nino est « *un garçon de fin d'année* ». L'année suivante, l'enseignante se préoccupe du manque d'autonomie de l'enfant (en particulier son « *hypotonie* ») et de son mauvais graphisme : elle demande une visite au médecin scolaire, et ce dernier conseille à Annabelle des séances de psychomotricité, qu'elle accepte d'emblée – les rapports entre Annabelle et l'école sont très bons, surtout avec cette enseignante. La prise en charge avec la psychomotricienne dure un an, du mois de janvier de grande section maternelle au mois de janvier du CP. Au bout de quelques semaines, Annabelle trouve la prise en charge « *molle* » : elle ne comprend pas bien les méthodes de travail de la professionnelle, ne saisit pas son point de vue sur les difficultés de Nino, et « *ne voi[t] pas où elle va* ».

Annabelle : Je ne voyais pas de progrès [le temps que coure la prise en charge en psychomotricité]. L'école non plus. Et la psychomot'... pas trop. C'était très très mou ! Très mou, très... « je sais pas on verra ». Elle ne me disait rien. Et moi j'étais là : « Maintenant ça fait six mois que je vous ramène le gosse toutes les semaines, je veux savoir qu'est-ce qu'il se passe, mesurez quoi ! Montrez-moi quelque chose ! Sinon franchement, je comprends plus rien à ce qu'on fait ».

La psychomotricienne qui suit alors Nino ne dit pas « rien ». D'ailleurs, Annabelle dit plus tard qu'elle a réalisé « *un bilan très bien fait* », qui pointe tous les aspects où Nino est déficitaire. Seulement, Annabelle voudrait connaître la nature des difficultés avec précision, savoir « *si c'est quelque chose qui est dans lui, ou si c'est juste des choses qu'il met plus de temps à acquérir que les autres* », si ses difficultés sont de l'ordre d'un déficit inné ou bien si Nino est seulement plus lent dans ses acquisitions. Et surtout, elle voudrait un plan d'action clair (« *est-ce que ça va se résorber et comment ?* ») et une mesure plus précise de l'évolution des compétences de son fils en lien avec le travail de la psychomotricienne. Si elle en conclut que la rééducatrice « ne sait pas où elle va », on peut de façon plus objective parler d'une incompréhension ou d'un manque d'affinité avec la démarche de la psychomotricienne. Cette professionnelle, interrogée par ailleurs, s'inscrit dans une démarche clinique telle que nous l'avons décrite au chapitre précédent, plutôt inductive, loin du schéma bilan-diagnostic-rééducation. Elle ne manipule pas les bilans chiffrés qu'aimerait voir Annabelle, demande du temps pour comprendre la problématique de l'enfant, et questionne la problématique familiale⁴⁴⁷. Il semble que la psychomotricienne ait tenté de faire valoir sa conception du soin à Annabelle, mais sans succès : cette dernière trouve la démarche abstraite, « *molle* », « *à la limite de l'amateurisme* ».

⁴⁴⁷ Elle questionne en particulier le lien d'Annabelle à Nino et soupçonne « une affaire d'angoisse partagée » entre la mère et l'enfant d'après les souvenirs d'Annabelle. Elle insiste régulièrement sur les changements d'attitude de Nino lorsqu'il entend sa mère arriver dans la salle d'attente.

On parle de manque d'affinité plutôt que d'une conception du soin différente, car, à cette première étape du parcours, Annabelle n'a pas de vision claire de ce que pourrait avoir son fils ni de ce dont il aurait besoin. Avocate d'affaire pour une grande entreprise privée (son mari est informaticien en indépendant), ni elle ni ses proches n'affichent de connaissances particulières des « mondes de l'enfance » (école, santé). Ils suivent même la scolarité de Nino d'assez loin dans un premier temps, faisant confiance aux professionnels pour faire leur travail.

Annabelle : Max c'est l'aîné, puis mon mari et moi on n'est pas trop portés sur la chose scolaire, dans le sens où... on n'essaye pas d'apprendre l'alphabet à nos enfants, on n'essaye pas de leur apprendre des choses scolaires. On essaye de leur apprendre le reste en disant : « le scolaire, c'est l'école qui le fait ». Moi je ne sais pas, puis j'ai pas envie quoi. J'estime qu'il y a des milliards d'autres trucs à faire ensemble. Donc on n'a jamais trop fait attention à comment il écrivait quoi.

Annabelle n'a pas d'avis propre lorsque surviennent les difficultés de Nino et se montre ouverte aux retours des différents professionnels. Elle suit l'avis de l'enseignante qui lui conseille des séances de psychomotricité, écoute la psychologue scolaire qui se demande si Annabelle ne serait pas « trop couvante » avec Nino, l'empêchant de prendre des initiatives. « *C'est vrai que je suis toujours après ses fesses à Nino. Le second aussi !* » Toutefois, son investissement dans la gestion des difficultés de son fils va peu à peu changer. Elle commence à regarder les cahiers de son fils, en les comparant aux cahiers des autres enfants de sa classe. « *Ah ouais quand même... y a une différence* ». Mais davantage que sur la sphère scolaire, c'est sur le milieu médico-psychologique qu'elle va chercher des informations : elle est peu satisfaite du suivi en psychomotricité qui dure depuis quelques mois, et de plus en plus inquiète quant au problème de Nino. Alors quand l'enseignante – avec qui elle entretient de très bons rapports – lui soumet son hypothèse de dyspraxie (d'un problème médical donc, voire d'un handicap), Annabelle met en place un véritable protocole d'enquête.

2.1.2. La conversion en manager de parcours : accumuler les informations, choisir les professionnels

En se rendant sur internet, Annabelle trouve plausible l'hypothèse de dyspraxie (elle retrouve une partie des descriptifs dans les comportements de son fils), et va focaliser ses recherches sur la piste neurologique. Pendant un an, elle va se documenter sur la dyspraxie, sur les troubles des apprentissages et plus généralement sur les mécanismes cognitifs du cerveau des enfants. « *Moi j'ai de suite lu énormément ! j'ai passé un an de ma vie à ne faire que ça. C'était trop, mais bon...* » Elle lit des revues spécialisées (« *j'ai acheté la moitié de la bibliothèque Amazon sur les troubles des apprentissages et les troubles neurocognitifs* »), jusqu'à même s'abonner à la *News letter* du laboratoire de neurocognition de l'université d'Harvard.

Dans le même temps – lors du premier trimestre du CP de Nino –, elle cherche des solutions concrètes pour son fils, et se met en quête du « bon » professionnel.

Annabelle : J'ai cherché des rendez-vous avec des professionnels, mais c'est une horreur... c'est une jungle, vraiment.

Enquêtrice : Vous cherchiez directement un neurologue ?

Annabelle : Non, j'ai cherché de tout. J'ai essayé de comprendre, j'ai appelé Valérie [la représentante locale de l'association Dyspraxique mais fantastique – DMF] aussi à ce moment-là, elle m'a beaucoup aiguillée.

La recherche de professionnels est tout aussi méthodique que celle d'informations. Se trouvant désorientée face à la multitude de professionnels disponibles, Annabelle contacte l'association DMF pour tenter d'y voir plus clair ; elle se met finalement en lien avec deux autres associations (APEDYS, HyperSupers⁴⁴⁸) pour faire varier les points de vue et croiser les conseils. Elle s'oriente rapidement vers le Centre ressource sur les troubles du langage et de l'apprentissage (CRTLTA) du CHU de l'agglomération, qui lui apparaît comme la structure la plus compétente pour déterminer le problème de Nino. Cependant, lorsqu'elle apprend qu'il y a deux ans d'attente avant de pouvoir y rencontrer un neurologue, elle se tourne vers le secteur privé et contacte la clinique du docteur Meyer, deuxième plus grand pôle diagnostic local des troubles des apprentissages⁴⁴⁹. Ne parvenant pas à joindre le service par téléphone, elle décide, contre tout protocole, de se rendre sur place jusqu'à obtenir un rendez-vous rapide – sur place, elle « *force les portes jusqu'à ce qu'elles s'ouvrent* »⁴⁵⁰. Elle obtient un délai de cinq mois. Estimant le délai toujours trop long, elle « *remue ciel et terre pour trouver mieux* », et obtient un rendez-vous avec la neuropédiatre Dr Guivert (également membre du réseau P'tit MIP) dans son cabinet libéral, deux mois plus tard. En l'attente du rendez-vous, elle réalise tous les bilans nécessaires au diagnostic d'un trouble des apprentissages, ayant vu dans ses multiples lectures (et auprès des associations) que les médecins fondaient leurs diagnostics sur les bilans psychométriques, orthophoniques et de psychomotricité – elle accélère ainsi encore un peu plus la procédure diagnostique menant à la dyspraxie.

Annabelle : Avant janvier de CP, j'avais fait le WISC, l'orthophonie classique, l'orthophonie spécialisée en logico-mathématique, l'ergothérapie, et en psychomotricité je suis allée voir quelqu'un d'autre, parce que je voulais un bilan depuis zéro. (...) Valérie ne connaissait que des gens dans le nord de [l'Agglomération], c'était trop loin pour moi. Alors j'ai cherché toute seule. Je vous dis, j'ai passé trois mois de ma vie à ne faire que ça.

Enquêtrice : Vous avez cherché au plus près de chez vous ?

Annabelle : Ah non, j'ai cherché les meilleurs.

Enquêtrice : Et comment on trouve les meilleurs ?

⁴⁴⁸ L'APEDYS, association de parents d'enfants dyslexiques, est créée en 1993, et l'association HyperSupers est créée en 2002 par des parents d'enfants diagnostiqués TDA/H.

⁴⁴⁹ Le docteur Meyer est le fondateur du réseau P'tit MIP à l'origine de la coordination des professionnels autour des troubles spécifiques des apprentissages sur le territoire de l'enquête, et un proche collaborateur du CRTLTA (voir chapitre 2).

⁴⁵⁰ « Moi j'ai attendu des médecins dans des parkings en bas pour les capter. Je les googueulisais et je les retrouvais après leur boulot quand ils partaient ! Alors oui c'est payant, mais c'est pas normal quoi. Mais j'étais inarrêtable à cette époque ! Et les gars ils le voient. » (Annabelle)

Annabelle : Je cherche les publications (...). Ou alors, par exemple, en psychomotricité j'ai cherché des gens qui avaient travaillé avec [le directeur de l'école de psychomotricité de l'Agglomération], parce que lui j'avais vu qu'il publiait pas mal, qu'il était un peu la référence sur l'Agglomération. J'ai essayé de voir ce qui était publié dans l'école, s'il y avait des promotions qui... j'ai tout cherché quoi ! Puis je leur faisais quasiment passer des castings ensuite ! C'est-à-dire que j'allais les voir, et je leur demandais : « Vous vous faites quoi ? Vous êtes spécialisé dans quoi ? Vous croyez en quoi ? A votre avis, comment ça marche ? » Moi je ne confie pas mon gamin à n'importe qui hein. Non non non, c'est trop important ce qui se joue ».

Elle complète sa stratégie par des visites sur des « *forums de parents* » : elle y cherche les noms de professionnels qui reviennent souvent, dont les parents louent les mérites – c'est comme ça qu'elle entame un suivi avec l'ergothérapeute Suzanne Delbès, spécialisée sur la dyspraxie et membre de l'association DMF, qui exerce assez loin du domicile familial.

Dans le même temps, Annabelle questionne son entourage, et échange avec ses proches au sujet des difficultés de Nino et de leurs tribulations. Bien que personne n'exerce dans le milieu médical ni auprès d'enfants, il y a en revanche autour d'elle des personnes concernées par les troubles des apprentissages ou autres troubles médico-psychologiques comme la précocité intellectuelle. « *Dès qu'on les cherche les dyspraxiques, ils poussent comme des champignons !* » Elle les sollicite et demande les contacts des « *amis d'amis* » concernés afin de savoir comment eux gèrent le problème. Elle cherche « *des personnes qui ont un peu d'avance* » et peuvent lui éviter des suivis inappropriés⁴⁵¹.

Annabelle dira de leur parcours qu'« *il a vraiment été émaillé de discussions, de points de vue différents* ». A partir du moment où elle se met elle-même en quête de solutions pour le problème de son fils, Annabelle met en place une stratégie de recherche multimodale, caractérisée par la rigueur, un souci d'exhaustivité et la volonté d'accéder « au meilleur » (les meilleurs praticiens, dans les délais les plus courts, etc.). Le cas d'Annabelle est intéressant à retracer parce qu'il met en exergue l'ensemble des stratégies que l'on retrouve chez les autres familles : la recherche de conseils auprès des proches, la visite de forums internet, la lecture de la littérature scientifique (plus souvent vulgarisée), l'enquête auprès de professionnels... Elle se distingue toutefois des autres par l'accumulation de ces stratégies et une certaine boulimie dans la recherche d'information – son souci d'exhaustivité. Là où des parents vont se renseigner auprès d'une association, Annabelle adhère à trois d'entre elles ; là où certains demandent l'avis de leurs proches, Annabelle mène une véritable étude de marché auprès de son entourage élargi ; là où les parents se font conseiller un professionnel (par une amie, une sœur, ou un autre professionnel dit de confiance), Annabelle croise les sources afin de choisir les professionnels qui reviennent plusieurs fois dans les avis des personnes concernées. Elle ambitionne de connaître l'offre de soins dans sa totalité (« *tout ce qui se fait* », et en particulier « *les avancées scientifiques les plus récentes* ») pour ne pas rater une bonne « *opportunité* ». « *Quand on est un peu réactif, ce qui est nettement mon cas, ça t'empêche de dormir la*

⁴⁵¹ C'est par ce biais qu'elle entend parler des différents pôles diagnostics (le CRTLA, les cabinets des Dr Meyer et Guibert qui forment en fait le réseau P'titMip), et qu'elle se fait vivement déconseiller le suivi en CMPP. Elle avait auparavant contacté un CMPP, et sans forcément écarter la possibilité d'un travail avec eux, les avait trouvés « *quand même un peu trop branchés psy* ».

nuit quoi. "Tant que j'aurai pas retourné chaque caillou... s'il faut y a une opportunité là et je ne voudrais pas la rater". On se trouve une énergie, mais anormale quoi. Je pense que la plupart des gens ne font pas ce que j'ai fait ».

L'autre spécificité d'Annabelle, c'est son rapport surplombant aux professionnels et plus largement à l'offre de soin : elle tient à maîtriser elle-même un ensemble de connaissances scientifiques et professionnelles afin de faire un choix éclairé quant aux suivis à mettre en place – consciente qu'il y a des controverses au sein des professions médicales et « psy », elle tient à réduire la part d'aléatoire dans le choix d'un professionnel. Elle ne veut pas subir les pratiques et les temporalités des professionnels et des institutions, mais tient à l'inverse à en avoir le contrôle, comme lorsqu'elle refuse les délais d'attente imposés par le CRTLA et par la clinique du neurologue Meyer – là où les autres parents, généralement, s'y plient. Ce sont aussi les « castings » qu'elle fait passer aux professionnels qui apparaissent tout à fait singuliers, et qui montrent bien sa posture dans laquelle elle entend « choisir » le suivi et non « subir ».

2.1.3. Des pratiques en lien avec des attributs de genre et de classe

Le parcours de Nino représente d'une certaine manière le parcours diagnostique de la dyspraxie « idéal », dans le sens où il est conforme aux protocoles établis par les autorités médicales et politiques : une enseignante sonne l'alerte précocement (en maternelle) pour un enfant repéré en décalage avec les autres enfants, le diagnostic de dyspraxie est prononcé par un médecin dans les mois qui suivent, et une prise en charge « adaptée » au sein du réseau P'titMip est en conséquence mise en place. Seulement, ce parcours idéal doit autant à la présence d'acteurs et de spécialistes formés et coordonnés sur le territoire qu'à un travail acharné de la mère de Nino⁴⁵² pour y accéder. Dans ce cas, l'accès au diagnostic de dyspraxie, et *a fortiori* l'accès rapide, est fortement dépendant des pratiques d'Annabelle et des capitaux dont elle dispose.

Si Annabelle justifie ses pratiques – qu'elle juge par ailleurs « *trop extrêmes* » – par son « *caractère* »⁴⁵³, nous pouvons de notre côté mettre en avant un ensemble de ressources sur lesquelles elle peut s'appuyer, financières – à aucun moment le coût des prises en charge ne constituent un frein pour cette famille –, mais aussi sociales et culturelles : un réseau social élargi, des compétences plurielles pour aller chercher de l'information, la capacité à engranger de nombreuses lectures en peu de temps, y compris

⁴⁵² Ce travail effectué par les mères est rentable mais comporte un coût, notamment sur leur propre carrière professionnelle. M. Delmas et S. Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants "dys" », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17. Dans ce chapitre, on met en avant la thématique des inégalités sociales d'accès au diagnostic corrélées à la consécration du rôle des familles (et de leurs ressources inégales) dans les prises en charge des enfants.

⁴⁵³ « En fait il faut être [pour parvenir à se repérer dans cette offre de soin]... enfin je le vois, depuis j'ai rencontré quelques parents et tout, et il faut vraiment avoir des qualités... qui sont même pas des qualités, mais des caractéristiques. Pour sortir ton problème, il faut être particulier soi-même quoi. Moi, mon mari me le dit toujours : "ce que t'as fait moi je n'aurais pas réussi", et la plupart des gens non plus d'ailleurs. Mais parce que tu cherches partout, tu... mais la nuit aussi. Je pensais pas qu'on pouvait manquer de sommeil à ce point-là. Mais ça t'obsède. Et ça a un coût ça ! » (Annabelle)

la littérature destinée à un public de professionnels (et anglophone, puisque, ayant vécu un temps aux Etats-Unis, elle en maîtrise la langue). Les pratiques d'Annabelle dans sa quête diagnostique révèlent son appartenance aux classes aisées (ainsi qu'au genre féminin) : lire des magazines scientifiques et de vulgarisation, demander conseil et s'investir dans les associations, chercher « les meilleurs » professionnels (se faire conseiller des « pontes »), mettre en place des stratégies pour obtenir des rendez-vous plus rapidement que proposés... sont autant de pratiques socialement situées. C'est aussi la capacité à s'imposer comme interlocuteur légitime et à sortir de la posture de profane ignorant qui s'observe surtout parmi les usagers des classes supérieures, permise par le fait que la position sociale qu'ils occupent par leur profession ne soit pas inférieure dans la hiérarchie sociale à celle des spécialistes consultés – ils vont alors pouvoir considérer les rééducateurs comme un service dont ils peuvent évaluer l'intérêt, et non comme un expert surplombant⁴⁵⁴.

Annabelle se dit par ailleurs proche de la démarche scientifique des neurosciences et de la culture anglosaxonne, qui lui apparaît plus pragmatique que la tradition psychanalytique française, qu'elle qualifie de « plus théorique » ou « idéologique ». Rapidement, elle délaisse la question du « pourquoi » pour celle du « comment » et se tourne vers les chercheurs et les professionnels qui « *testent des méthodes en expérimental sur les enfants* » et « *regardent ce qui les aide et ce qui les aide pas* ». Annabelle adhère ce faisant à la philosophie⁴⁵⁵ contenue dans les diagnostics « dys », « résolument orienté[e] vers l'action » et se présentant comme libérée des questionnements ontologiques⁴⁵⁶. On rejoint-là les analyses de Wilfried Lignier selon lesquelles l'appropriation d'un diagnostic médico-psychologique « est aussi une affaire de *style* et non pas seulement de *niveau* social »⁴⁵⁷. Le sociologue met en lumière que ces appropriations (et l'on pourrait ajouter : les quêtes diagnostiques) ne dépendent pas seulement de l'importance des ressources individuellement disponibles, mais aussi d'un style culturel en affinité avec un discours médico-psychologique⁴⁵⁸. Concernant la précocité intellectuelle, il montre qu'« au sein des classes supérieures, ce n'est pas forcément dans les familles les plus « culturelles » (en termes professionnels) que se recrutent

⁴⁵⁴ Par exemple, lorsqu'Annabelle ne saisit pas la démarche de soin de la psychomotricienne, elle va rapidement considérer que cette dernière ne maîtrise pas la problématique, là où des parents moins qualifiés vont avoir tendance à s'estimer eux-mêmes incompetents, face à des pratiques et un langage qu'ils ne comprennent pas.

⁴⁵⁵ Wilfried Lignier parle lui de « logique » ou encore d'« esthétique générale » d'un diagnostic dans sa thèse sur la précocité intellectuelle. W. Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, op. cit.

⁴⁵⁶ S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit, p. 222. Dans cet article Stanislas Morel insiste sur la visée pragmatiste des neurosciences cognitives. Plutôt que d'insister sur l'origine neurodéveloppementale des troubles cognitifs (comme les « dys » par exemple), les scientifiques se revendiquant des sciences neurocognitives affichent un matérialisme scientifique en reléguant au second plan la question des causes. Ils privilégient « d'une part, une approche descriptive des processus cognitifs engagés dans les apprentissages – et de leurs « corrélats anatomiques » – et, d'autre part, l'élaboration d'« interventions », qui ont pour objectif de maximiser les performances cognitives des individus et dont l'efficacité est expérimentalement démontrée. » p.222.

⁴⁵⁷ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit., p. 213. Souligné par l'auteur.

⁴⁵⁸ C'est d'ailleurs aussi l'accès tardif au diagnostic de dyspraxie qui peut être expliqué par cette notion de style culturel : plusieurs parents sont loin de concevoir les difficultés de leur enfant en termes de dysfonctionnement cognitif, et même lorsqu'ils sont confrontés au diagnostic, ils peuvent mettre « *des années à le comprendre* », voire ne pas le reconnaître, comme c'est le cas de Sophie, éducatrice spécialisée formée aux approches psychodynamiques.

préférentiellement les enfants les plus « intelligents » (au sens psychométrique) »⁴⁵⁹, et il observe notamment une surreprésentation des pères chefs d'entreprise parmi les familles enquêtées. Selon lui, les fractions des classes supérieures les plus attirées par le diagnostic de surdouance sont celles éprouvant une certaine distance aux jugements scolaires et qui « *appréhende[nt] les compétences intellectuelles dans des termes autres que scolaires* »⁴⁶⁰.

La question de l'adhésion au diagnostic et aux explications neurocognitives du problème est l'objet de la troisième partie du chapitre – il y sera observé que l'appropriation du diagnostic a beaucoup à voir avec des enjeux de reproduction sociale. En attendant, on peut remarquer que la confrontation (rapide) au diagnostic de dyspraxie dépend d'un certain niveau de ressources, mais également d'un certain style culturel qui favorisera ou non l'adhésion aux différentes interprétations professionnelles sur les difficultés de l'enfant.

2.1.4. Histoire singulière et déterminants sociologiques

En quelques mois, Annabelle présente une connaissance large de l'offre de prise en charge, et développe un point de vue armé et argumenté : elle recueille un grand nombre d'informations, elle compare, fait jouer la concurrence, et s'oriente vers ce qu'elle estime être la prise en charge la plus adaptée et la plus efficace. Elle se distingue en cela de nombre d'autres parents interrogés qui durant les premiers mois, ou mêmes les premières années, ne se sentent « *maître de rien* » (Marie), vont au plus près, sont « *dans le flou total* » (Marlène) se laissent guider par les professionnels (« *on m'a dit d'aller chez cette dame* », « *l'école m'a envoyée au CMPP* », « *je suis arrivée chez cette psychomotricienne par l'orthophoniste* »...). Le processus d'expertisation – selon lequel les parents gagnent en compétences, en connaissances et en confiance pour gérer le problème de l'enfant et s'entretenir avec les différents spécialistes – est à l'œuvre dans toutes les trajectoires observées, seulement plus rapide et plus abouti pour Annabelle.

L'exposition de la quête diagnostique d'Annabelle a permis de mettre l'accent sur son aspect processuel (avec la montée en compétence de la mère), et sur la diversité et l'enchevêtrement des ressources familiales qui sont mobilisées. Le centrage sur un cas comporte aussi des limites, dont celle de ne pas parvenir à situer l'histoire singulière : que représente la trajectoire de Nino et la quête diagnostique de sa mère ? En quoi est-elle spécifique, en quoi fait-elle écho aux autres quêtes diagnostiques aboutissant à la dyspraxie ? Pour connaître les éléments saillants entraînant les familles vers la dyspraxie, il fallait coupler l'analyse de parcours à une analyse plus transversale en mettant côte à côte les parcours étudiés. Je n'ai pas cherché à mettre en avant la variable ou l'élément explicatif déterminant – car les explications ne sont

⁴⁵⁹ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit., p. 213.

⁴⁶⁰ *Ibid.*, p. 214. Souligné par l'auteur.

jamais unilatérales –, mais j'ai tout de même voulu exposer « des effets de dominance, faisant apparaître tel ou tel groupe de conditions comme plus ou moins décisif dans chacun des parcours. »⁴⁶¹.

En mettant bout à bout les vingt-huit quêtes diagnostiques, on retrouve plusieurs éléments saillants⁴⁶² favorisant l'accès au diagnostic cognitif, ou à l'inverse le freinant : des ressources économiques confortables, une proximité géographique aux centres diagnostics, une mise en disponibilité maternelle pour soutenir la cause de l'enfant, une réticence aux explications psychologiques, des compétences pour aller chercher de l'information sur l'offre de prise en charge apparaissent comme autant d'éléments qui favorisent l'accès au diagnostic de dyspraxie ; avoir un proche « dans le milieu » apparaît en revanche comme une ressource ambivalente, puisque selon sa conception des problèmes infantiles et du soin, la personne ressource peut rapprocher ou éloigner la famille d'une compréhension des difficultés en termes de trouble cognitif.

L'analyse de ces éléments, compris comme des conditions de possibilités⁴⁶³ et non des causes, doit nous aider à comprendre *in fine* la surreprésentation de certaines catégories sociales dans la population des dyspraxiques, et surtout, l'absence des populations précaires alors qu'elles sont majoritaires parmi les élèves en difficulté scolaire précoce. Ces conditions de possibilités vont ici être présentées de façon dissociée pour les besoins de la démonstration, mais elles fonctionnent bel et bien en interdépendance dans les trajectoires.

2.2. Ressources économiques et situation géographique

2.2.1. Des prises en charge en libéral coûteuses

Faire suivre l'enfant par un rééducateur ou un psychologue et l'amener faire des bilans est financièrement coûteux pour les parents, en particulier pour obtenir le diagnostic de dyspraxie. Le marché médico-psychologique dans lequel circulent les enfants comprend des acteurs publics et privés qui présentent des coûts différents et qui sont aussi inégalement pris en charge par les caisses de solidarité nationale. Les CMPP ainsi que l'orthophonie en libéral, bien qu'appartenant à l'offre privée, proposent des

⁴⁶¹ M. Millet et D. Thin, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », art cit, p. 48. Pour l'analyse des parcours je m'inspire de l'approche théorique de M. Millet et D. Thin développée dans cet article suite à une enquête menée auprès de collégiens en rupture scolaire. Ils insistent sur le fait que les histoires de rupture scolaire, bien qu'ayant des spécificités individuelles, ne sont jamais réductibles à leur singularité. Ils cherchent alors les invariants ou du moins les régularités entre ces parcours de collégiens, et se rendent compte que les parcours ont non seulement de nombreuses similitudes entre eux, mais aussi avec le groupe plus vaste de collégiens des milieux les plus populaires. « L'intelligibilité des parcours réside ainsi dans la combinaison toujours spécifique mais jamais idiographique de ces conditions sociales de possibilité, dont l'ordre d'importance peut varier d'une situation de collégien à l'autre mais dont les effets ne sont jamais produits que dans l'interdépendance et le renforcement mutuel. »

⁴⁶² On trouve peu d'éléments invariants à tous les parcours (si ce n'est un fort désir d'école, ou encore le fait qu'aucune famille ne soit en situation de précarité socioéconomique) mais des ensembles d'éléments récurrents dans plusieurs parcours.

⁴⁶³ Ou encore un « terreau social commun » pour reprendre l'expression de D. Thin et M. Millet. M. Millet et D. Thin, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », art cit.

suivis pris en charge par l'Assurance Maladie. Le CRTLA est un acteur public (tout comme le tout récent CCTA) et à ce titre, sa consultation ne coûte rien non plus aux familles. En revanche, les autres prestataires privés (psychomotricité, psychologie, ergothérapie, psychiatres et neurologues...), exerçant en clinique comme en libéral sont financièrement à la charge des familles et présentent des tarifs onéreux.

Les séances chez une psychomotricienne ou une psychologue, à fréquence hebdomadaire pour les enfants de l'enquête (avant et après le diagnostic), coûtent aux parents entre 25 et 50 euros la séance⁴⁶⁴. Ainsi, le choix du libéral revient à une famille à 100 euros par mois *a minima* (si l'enfant est suivi par exemple exclusivement par une psychomotricienne). Il faut ajouter à ce montant le coût des bilans que proposent la plupart des praticiens avant de débiter une prise en charge : entre 100 et 250 euros, si l'on croise les témoignages des parents et les entretiens réalisés avec des professionnelles. Annuellement, une majorité de famille a pu dépenser plus de 1500 euros pour la prise en charge du problème de l'enfant. Les coûts sont généralement plus élevés en début de parcours car c'est à ce moment que sont réalisés les bilans, et les familles ne peuvent encore prétendre aux aides proposées par la MDPH (allocation enfant handicapé, prise en charge des séances de psychomotricité, etc.).

Presque tous les parents enquêtés évoquent d'eux-mêmes la question financière. Pas tant pour regretter de ne pas avoir eu accès à une prise en charge du fait de son coût, mais pour décrire les retentissements économiques sur le budget – et donc les projets – domestique.

Les parents d'Oscar (Stéphanie, ATSEM, et Bruno, chef cantinier dans un collège) vont d'abord consulter un CMPP en maternelle sur les conseils de l'école. Insatisfaits de la prise en charge (ils n'en perçoivent pas les bénéfices, craignent la fréquentation de leur fils avec les autres enfants du centre qu'ils jugent « très perturbés », et n'apprécient pas d'être eux-mêmes incités à participer à des groupes de paroles), ils se dirigent quelques mois plus tard vers une psychomotricienne en libéral, en attendant de voir comment l'enfant évolue⁴⁶⁵. Au bout de plusieurs semaines ils ne constatent toujours pas d'évolutions notoires. Sur conseil du kinésithérapeute de Stéphanie, ils vont consulter une neuropsychologue (« *elle avait beaucoup aidé son neveu* ») pour réaliser un bilan. Ils dépensent 200 euros pour le bilan de cette professionnelle, puis 105 euros pour celui de la psychomotricienne chez qui elle les oriente afin d'avoir « *un complément de bilan* ». « *Donc avant même d'entamer les séances de rééducation, on en est déjà à 300 euros quoi !* » (Bruno). Pour Bruno, ce coût participe de leur choix de prise en charge. « *A ce prix-là, c'est normal qu'on aille d'abord au CMPP, c'est clair* ».

⁴⁶⁴ Les prix ne sont pas cadrés par une autorité administrative mais laissés au libre choix du praticien. Sur l'agglomération, ils apparaissent relativement homogènes, les variations dépendant surtout du mode du suivi (en individuel ou en collectif) et de la durée de la séance (entre trente minutes et une heure). Des professionnelles interrogées disent parfois négocier leurs tarifs de façon avantageuse pour les familles qui déclarent avoir de petits moyens.

⁴⁶⁵ On remarque presque systématiquement que les parents n'arrêtent pas une prise en charge sans en entamer une autre. S'ils sont insatisfaits d'un suivi, ils en changent mais ne restent pas « sans rien ».

Pour les familles les plus modestes de l'enquête⁴⁶⁶, les frais engagés ne sont souvent pas immédiats : elles suivent d'abord une prise en charge financée par la solidarité générale en CMPP ou chez l'orthophoniste. La multiplication des bilans et les suivis chez des personnes « réputées » (au suivi souvent plus onéreux, et parfois éloigné du domicile) ou chez différents spécialistes en simultané ne se fait que dans un deuxième temps, lorsque le problème dure et apparaît plus inquiétant aux parents. Il faut prendre en compte la temporalité du parcours : si la somme d'argent investie dans le soin de l'enfant est dépendante des ressources financières des familles, elle est aussi corrélée, à finances égales, au degré d'inquiétude des parents, qui croît avec les mois et les prises en charge sans effets.

Pour aboutir au diagnostic de dyspraxie, presque tous les parents de l'enquête ont fait réaliser des bilans et fait suivre leur enfant dans ce marché professionnel en libéral onéreux⁴⁶⁷. On imagine aisément que le coût économique de ces suivis soit un frein suffisant à l'accès au diagnostic de dyspraxie pour les populations les plus précaires, qui ne peuvent envisager d'engager de telles sommes pour espérer résoudre les difficultés scolaires de leurs enfants. D'ailleurs, il semble qu'elles n'y soient pas incitées, car les professionnels scolaires comme de soin ne proposeraient pas ces suivis coûteux aux familles dont ils supposent qu'elles ne pourraient pas les assumer financièrement⁴⁶⁸.

Les familles de l'enquête ne comptent pas parmi les plus démunies. Cependant, leur assise économique est très variable et, si certaines familles sont économiquement très à l'aise, pour la majorité d'entre elles l'engagement dans les suivis en libéral n'est pas sans conséquence sur l'économie budgétaire domestique. Sophie et Philippe précisent dans l'entretien que, s'ils n'ont jamais hésité à mettre en place un suivi du fait de son coût, ce sont des frais « *qu'on met là et pas ailleurs* », c'est de « *l'argent qu'on ne peut pas dépenser pour autre chose, des projets qu'on avait nous par ailleurs* ». Plusieurs activités et projets familiaux ou plus spécifiquement parentaux sont alors mis entre parenthèses : des activités de loisirs des parents ou des enfants, des voyages, des travaux de rénovations de la maison, etc. La dépense pour les rééducations révèle aussi une priorité donnée à la cause de l'enfant, le développement de son autonomie puis plus spécifiquement sa réussite scolaire.

⁴⁶⁶ Que l'on situe parmi les classes populaires stabilisées, comme Bruno et Stéphanie, ou encore Tayeb (chauffeur ripeur) et Isabelle (sans emploi), Carole (AVS) et Bertrand (technicien de contrôle). S'ils occupent des emplois dominés et peu rémunérateurs, ils bénéficient d'une stabilité de revenus et matérielle plus large, en étant par exemple propriétaire de leurs maisons.

⁴⁶⁷ Mise à part la famille de Rémi, qui, comme on l'avait vu, obtient le diagnostic dans un CMPP lorsque l'enfant a 5 ans. La plupart des familles ayant eu le diagnostic au CRTLA ont quand même avant cela réalisé des bilans de psychologues ou de rééducateurs en libéral.

⁴⁶⁸ Je l'ai entendu à plusieurs reprises de la part de professionnels de terrain : orthophonistes et psychomotriciennes de CMPP, des enseignantes de l'école de quartier populaire (où les enfants sont systématiquement orientés vers le CMPP de quartier), de la part de Béatrice aussi, mère d'un enfant dyspraxique de l'enquête et par ailleurs enseignante : « *C'est compliqué d'un point de vue éthique [conseiller un suivi en psychomotricité pour « les familles qui ont des petits moyens »] je leur propose l'orthophonie si c'est le langage, sinon le CMPP plutôt* ».

2.2.2. Habiter loin des espaces de soins

La question des ressources économiques est également à croiser avec le lieu de résidence des parents, et plus généralement le territoire dans lequel ils s'inscrivent considérant la façon dont il est doté et structuré en termes d'acteurs de soin. La question de l'emplacement géographique n'apparaît pas saillante dans cette enquête, car les familles habitent toutes dans la même agglomération, ce qui fait peu jouer cette variable. Une étude comparative sur plusieurs territoires aux caractéristiques diverses (en termes de densité et de composition de l'offre de soin) aurait mis en valeur toute l'importance et la finesse de la variable. Néanmoins, mes données me permettent tout de même d'en dire quelque chose.

La famille de Sofiane habite à Coulanges, ville moyenne située dans un département voisin de celui de l'enquête, à 1h20 de l'Agglomération enquêtée. Comparativement à cette dernière, Coulanges est très peu dotée en psychologues et en rééducateurs : lorsque Sofiane est petit, un seul psychomotricien est installé dans la ville, et on n'y trouve aucun professionnel ou structure « de niveau 2 », pour reprendre les termes de l'organisation mise en place par les pouvoirs publics – des acteurs hors CHU spécialisés ou du moins compétents pour diagnostiquer et prendre en charge les troubles des apprentissages. Par ailleurs, il n'y a pas de CMPP sur Coulanges, seulement un CMP – on trouve deux CMPP au Nord du département, à trois quarts d'heure du lieu de résidence de la famille de Sofiane.

Sofiane est dans un premier temps suivi par le RASED (de la grande section au CE1), sans qu'Isabelle, sa mère, ne soit vraiment satisfaite du suivi. Après être tombée sur une émission télévisée consacrée aux gauchers contrariés, elle décide d'emmener Sofiane consulter un psychomotricien, et l'emmène donc chez le seul de la ville :

Isabelle : J'ai arrêté le RASED en CE1 du coup puisque le psychomotricien me proposait des séances. Je précise « non remboursées ». Alors tu découvres un monde et tu te dis : « il va le guérir », donc je comptais pas les dépenses. On le voyait une fois par semaine. Et en fait ça a été quelque chose de vraiment inutile parce que j'ai jamais eu le cahier de travail, j'ai jamais su ce qu'il y faisait là-bas ! Et Sofiane, ben il galérait toujours. Ça a duré deux ou trois ans, et c'est moi qui ai arrêté. Parce que franchement c'était un budget énorme, on n'avait pas de retours, et le gamin si tu veux... je m'informais sur la dyspraxie et j'ai bien compris qu'il allait pas me le guérir, donc je voyais pas l'intérêt de payer ça.

Le psychomotricien parle rapidement de dyspraxie à Isabelle. Pour autant, il ne demande pas à faire confirmer un diagnostic par un médecin et, hormis ses rééducations, aucun suivi type n'est mis en place (aménagements scolaires, suivi médical, autres types de rééducation). Ni la famille, ni l'école ne s'approprient pour ainsi dire le diagnostic, et ce dernier n'est en tout cas pas effectif, puisqu'il n'en est fait aucun usage.

Les ressources financières de la famille sont modestes, comme Isabelle le souligne dans cet extrait : les autres parents de l'enquête considèrent rarement un seul suivi rééducatif comme un « budget énorme ». La famille appartient aux classes populaires stabilisées : Tayeb est chauffeur-ripeur (fonctionnaire),

Isabelle à cette période est sans emploi, ayant « *fai[t] le choix de [s]'occuper des enfants lorsqu'ils étaient petits* ». Lorsque Sofiane est au collège, elle travaille par intermittence dans des emplois peu qualifiés, souvent à temps partiels : AVS, grossiste en vêtements. Toutefois, l'aspect financier n'est pas la seule raison de l'arrêt de la prise en charge – arrêt qui marquera par ailleurs une absence de suivi spécifique durant trois années. Malgré le coût, si Isabelle avait eu d'autres propositions de suivi, elle aurait « *essayé autre chose* ».

Du fait d'un désert paramédical et des faibles ressources financières de sa famille⁴⁶⁹, Sofiane est, en CM2, loin d'accéder aux dispositifs de prise en charge pour dyspraxiques – malgré un certain accès au diagnostic, paradoxalement. D'autant que pour les enseignants (et le RASED), ses difficultés semblent davantage résulter d'un handicap mental et/ou social : les parents ont régulièrement été questionnés sur leur mode de vie, et l'école évoque à plusieurs reprises la possibilité d'un établissement spécialisé. C'est finalement l'insistance d'un médecin scolaire qui remettra la dyspraxie sur le devant de la scène : il veut consolider le diagnostic médical pour cet enfant afin de porter son dossier à la MDPH. Il propose à la famille d'aller consulter un neuropédiatre « spécialisé » de l'hôpital public d'Alvert (à 50min de Coulanges), et, par réorientations successives, la famille est dirigée vers le CRTLA de l'Agglomération⁴⁷⁰. L'été qui suit la 6^{ème}, Sofiane est diagnostiqué « dyspraxique lourd » par le neurologue du CRTLA, et Isabelle cherche alors à faire mettre en application les dispositifs scolaires et de soins prévus pour ce handicap. Là encore, leur lieu de résidence rend l'entreprise plus laborieuse que pour les familles de l'Agglomération : d'une part, les professionnels de rééducation sont moins nombreux, et il est plus difficile pour la famille de trouver des suivis adaptés⁴⁷¹ ; d'autre part, les établissements scolaires et la MDPH sont moins au fait de l'application des dispositifs, et refuseront ou ralentiront l'accès de la famille à certains droits (secrétaire scripteur lors des examens, aménagement des supports de cours...).

Résider loin des centres diagnostiques des troubles des apprentissages et dans un territoire peu doté en professionnels paramédicaux, rend plus compliqué l'accès au diagnostic de « dys ». Cela demande davantage de recherches et de ressources familiales, puisqu'il est moins probable d'y être adressé par les

⁴⁶⁹ A l'inverse, d'autres familles résidant loin des lieux de soin vont se déplacer : comme la famille Andrieu (père kinésithérapeute, mère sans emploi, ancienne responsable d'équipe dans une banque) de l'enquête qui réalise des allers-retours hebdomadaires sur l'agglomération (ils habitent à 1h15 de cette dernière) pour faire suivre l'enfant par une neuropsychologue. On voit donc qu'une certaine aisance financière permet aux familles de combler en partie l'absence d'offre de soin à proximité.

⁴⁷⁰ La neuropédiatre d'Alvert collabore avec le Directeur du CRTLA de l'Agglomération enquêtée au sein de groupes de travail dans le réseau P'tit Mip. Elle confirme le diagnostic de dyspraxique et prend rendez-vous pour cette famille à l'ASEI de l'Agglomération afin de faire confirmer le diagnostic (ils disposent d'un plateau technique et de compétences plus étendus). L'ASEI demande un complément de bilan au CRTLA : la procédure aura duré une année au total (celle de 6^{ème}), durant laquelle aucun suivi n'est mis en place, et l'école propose un redoublement.

⁴⁷¹ Plusieurs familles sur l'Agglomération ont en effet tâtonné chez plusieurs rééducateurs et psychologues avant de trouver le suivi qui les aidait, qu'elles considéraient comme « le bon ». D'ailleurs, le lieu de résidence au sein de l'Agglomération peut également impacter la prise en charge : par exemple, pour Claire (infirmière, mari gendarme) qui habite à quarante minutes du centre de l'Agglomération, et qui a un travail à temps plein et cinq enfants, il n'était pas possible de se rendre chaque semaine chez la neuropsychologue qui a diagnostiqué la dyspraxie de sa fille Alice. Elle entame donc un suivi avec la seule psychomotricienne installée dans son secteur. « *Heureusement elle est sympa, et elles s'entendent bien avec la maîtresse d'Alice. (...) Je ne sais pas comment j'aurais fait sinon* ».

acteurs ordinaires ou professionnels de premiers recours (l'école, l'orthophoniste, le psychomotricien, le médecin généraliste, le pédiatre...). Moins probable mais pas impossible, comme le montre le cas de la famille Henni⁴⁷². A l'inverse, résider sur un territoire bien doté comme l'Agglomération, et *a fortiori* dans les quartiers aisés ou mixtes⁴⁷³, maximise les probabilités pour les familles d'être confrontées au diagnostic de dyspraxie à partir du moment où l'école repère des décalages chez l'enfant.

Les inégalités territoriales accroissent les inégalités sociales de santé, notamment en termes d'accès aux soins⁴⁷⁴. B. Chamak et B. Bonniau⁴⁷⁵ ont pu montrer, en étudiant les parcours de soins des enfants autistes en Seine-Saint-Denis, territoire sous-doté en professionnels et structures de psychiatrie, que dans un contexte de pénurie d'offre de soin, les familles les moins dotées restent sans solution : ce sont les mères qui sont désignées pour gérer l'enfant, soins et scolarité compris. Les services publics sont surchargés et il faut attendre longtemps pour obtenir un suivi. Les familles qui disposent de ressources économiques se tournent vers l'offre privée, plus rapidement accessible mais très onéreuse⁴⁷⁶. Si l'offre privée est elle-même peu développée, cela risque d'accroître plus encore les inégalités de soin, entre les familles qui pourront aller chercher des solutions plus loin (voire déménager) et les autres qui resteront plus longtemps sans prise en charge. Les territoires, les populations qu'ils hébergent et leur dotation en acteurs de soin, sont donc une variable à prendre en compte pour expliquer la morphologie des populations concernées par les diagnostics de troubles des apprentissages⁴⁷⁷. Les lieux de vie offrent des conditions plus ou moins favorables à l'accès aux diagnostics, et au-delà, permettent d'expliquer certains recours comme au contraire des ruptures de soin.

Nous remarquons que l'accès au diagnostic de dyspraxie met en jeu des variables qui sont diverses, mais aussi en interrelation, car aucune ne peut expliquer à elle seule les trajectoires de soin effectivement réalisées. L'éloignement géographique aux acteurs du soin n'a par exemple pas le même impact sur les

⁴⁷² La faible présence des CMPP sur le territoire peut contribuer à comprendre leur parcours : l'absence de soins dont Sofiane fait les frais à partir de ses 9 ans explique son orientation vers l'hôpital public qui le conduira *in fine* au CRTLA de l'Agglomération. Une prise en charge en CMPP en primaire aurait pu l'éloigner durablement du diagnostic de dyspraxie.

⁴⁷³ Ils sont davantage dotés en rééducateurs et en psychologues, et il semble que les écoles aient davantage des habitudes d'orientation vers ces professionnels que dans les écoles de milieux populaire, notamment du fait des coûts financiers des prises en charge.

⁴⁷⁴ E. Vigneron, *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011 ; M. Marmot, J. Allen et T. Lang, « Les inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2014, 43, p. 23-88 ; G. Chevillard et J. Mousquès, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo*, 2018, 2018. On parlera ici cependant de « différenciation » des trajectoires de soin (et non d'inégalités de santé), ou encore de répartition des enfants dans différents systèmes de classement, plutôt que d'inégalités en santé, pour ne pas présumer du bénéfice de l'accès au diagnostic cognitif comparativement aux autres, comme celui psychologique par exemple.

⁴⁷⁵ B. Chamak et B. Bonniau, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », art cit. Voir aussi les conclusions de l'évaluation du troisième plan Autisme menée par Claire Compagnon, Delphine Corlay et Gilles Pétreault. C. Compagnon, D. Corlay et G. Pétreault, *Evaluation du 3^e plan autisme au vue d'établir un 4^e plan*, IGAS/IGEN, 2017.

⁴⁷⁶ De même que pour les familles de mon enquête, cette offre privée est préférée des familles des classes moyennes et supérieures, qui la jugent plus efficace et moins culpabilisante envers les mères.

⁴⁷⁷ Il n'existe malheureusement pas de recensement des populations concernées par les diagnostics de « dys ». Il y a toutefois fort à parier que leur nombre soit plus important dans les départements où l'offre de soin dédiée y est la plus développée.

décisions de soins selon les moyens financiers dont les familles disposent. À côté des ressources matérielles, les recherches parentales vont être guidées par un ensemble de « conseillers », parfois proches (famille, amis) parfois plus extérieurs à la cellule familiale (un parent d'élève, un kiné...). Elles le sont aussi par une vigilance propre et des dispositions personnelles à l'apprentissage.

2.3. Vigilance parentale et prises d'initiative

2.3.1. Une scolarité encadrée

Pour presque toutes les familles de l'enquête, l'idée que l'enfant est en difficulté est établie dès la maternelle, et nous avons vu que les parents pouvaient rapidement être à l'initiative dans la recherche de solution. Les parents de l'enquête sont vigilants quant au déroulement de la scolarité de l'enfant, ce qui est d'autant plus visible lorsque l'école conseille l'attente malgré le repérage de retard ou décalage chez l'enfant. Cette vigilance consiste à intervenir sans attendre en cas de difficulté⁴⁷⁸, en modifiant sa posture parentale (observation plus rationnelle de l'enfant, l'exercer aux activités qui lui sont difficiles...) et en allant chercher une aide auprès de spécialistes. Ainsi de Célya (enseignante) qui, précisant pourtant qu'elle ne fait « *pas partie de ces parents qui veulent que leur enfant sache lire avant le CP* », amène de sa propre initiative sa fille consulter plusieurs rééducateurs dès les premières semaines du CP voyant qu'elle ne rentre pas du tout dans les apprentissages fondamentaux. D'autres mères, comme Fabienne (agent de bibliothèque), se décrivent dès le départ comme regardantes sur l'évolution scolaire de leur enfant :

Fabienne : [En CP] la maîtresse disait que tout se passait bien, mais moi y avait quand même des choses qui m'interpelaient. (...) Il avait du mal à enclencher la lecture. Ils ont beau nous dire que... avant, il fallait que les enfants sachent lire à la fin du CP. Pour ma grande fille [de 5 ans l'aînée de Lucas] c'était ça. Maintenant, ils auraient jusqu'à fin CE1 pour savoir bien lire... Mais j'ai bien vu moi, parce que j'ai ma fille aînée, qu'à Noël du CP il y avait un problème, qu'il arrivait pas à enclencher la lecture, le B.A.ba. Il ne savait pas déchiffrer les syllabes quoi ! C'était hyper long.

L'attention fine aux performances scolaires de l'enfant et la capacité de mesurer soi-même l'écart à la norme (que l'on retrouve chez les mères diplômées) sont corrélées au fait d'aller solliciter une aide extérieure pour les apprentissages scolaires. Cette vigilance s'exerce également vis-à-vis des professionnels médico-psychologiques, comme nous l'avons vu avec Annabelle qui change de psychomotricienne lorsqu'elle n'observe pas d'effets positifs au suivi, ou encore les parents d'Oscar qui sortent l'enfant du CMPP après quatre séances pour l'inscrire dans un suivi en libéral. Cette vigilance révèle une certaine maîtrise des enjeux scolaires (identifier des difficultés scolaires, écarter le risque de leur ancrage), ainsi qu'une volonté de contrôle autant qu'une confiance limitée à l'institution scolaire et aux professionnels

⁴⁷⁸ S. Garcia, *Le goût de l'effort. La construction familiale des dispositions scolaires*, Paris, Presses universitaires de France, 2018.

médico-psychologiques pour prendre en charge le problème. Sans s’opposer frontalement aux enseignants et aux rééducateurs, ils vont prendre l’initiative d’une tierce expertise en allant consulter d’autres spécialistes.

Cette vigilance et cet encadrement familial serré de la scolarité et des soins à l’enfant vont favoriser l’accès – précoce – au diagnostic neurocognitif, car l’étude des trajectoires nous renseigne que les familles n’y accèdent presque jamais sans qu’elles n’aient été actives dans le choix des suivis : les recherches parentales, couplées aux conseils de l’école et autres spécialistes vont les faire se confronter à un ensemble large d’interprétations et de propositions de remédiations. Les familles qui se fient davantage aux verdicts scolaires et médico-psychologiques, parce qu’elles y sont plus soumises par méconnaissance du milieu, de son fonctionnement et ses enjeux (comme c’est largement le cas dans les classes populaires⁴⁷⁹), par une plus grande confiance accordée à l’institution, ou encore par manque de temps (du fait des horaires de travail parentaux par exemple), auront moins de probabilités d’être confrontées au diagnostic de dyspraxie, car elles vont davantage laisser durer les premiers suivis, souvent ancrés dans une approche psychodynamique et relationnelle des difficultés – du fait des habitudes de collaborations scolaires entre autres. Ainsi, on observe une première différenciation des trajectoires enfantines, entre ceux qui vont réaliser des suivi proposés (voire imposés) par l’école, et ceux qui suivront les prises en charge mises en place par leurs parents⁴⁸⁰.

2.3.2. S’outiller : chercher, confronter, trier l’information

Pour trouver de l’aide, les mères usent de stratégies de recherche variées et plus ou moins méthodiques. C’est d’abord une posture de veille permanente qui transparait durant les entretiens, où elles sont à chaque instant réceptives pour capter toutes sortes d’informations qui pourraient les aider dans leur désir d’améliorer la situation de l’enfant. Ainsi, elles racontent avoir entendu parler d’informations-clés en lisant une affichette dans une salle d’attente médicale, en écoutant une discussion entre deux parents d’élèves, en échangeant avec leur kinésithérapeute ou leur gynécologue... Ce mode de recueil d’information révèle une disponibilité et une préoccupation mentales des mères que l’on peut comprendre comme une charge mentale qui leur incombe – et qui renvoie là davantage aux rôles sociaux dévolus aux femmes et aux mères⁴⁸¹ qu’à leur appartenance de classe.

⁴⁷⁹ On retrouve fréquemment le constat dans la littérature sociologique des classes populaires, que « leurs « problèmes » [sont] définis de l’extérieur et imposés par d’autres, et d’abord par des agents des institutions de socialisation et d’encadrement » M. Millet et D. Thin, « L’ambivalence des parents de classes populaires à l’égard des institutions de remédiation scolaire. », *Sociétés contemporaines*, 2012, 86, p.59. Voir aussi M. Darmon, *La socialisation*, Paris, Armand Colin, 2007 ; P. Bourdieu, « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1994, 105, 1, p. 3-12.

⁴⁸⁰ Bien qu’elles puissent se recouper, les premières sont moins variées, entre RASED, CMPP et orthophonie.

⁴⁸¹ Qui ont à charge, selon une division sexuelle du travail socialement construite (mais aussi nouvelle division du travail expert/profane à l’école et en santé), le soin aux enfants comme l’aide à la scolarité. Cette charge mentale va d’ailleurs régulièrement s’accompagner d’une mise en disponibilité plus concrète avec la réduction du temps de travail des femmes

Ce sont aussi des stratégies de recherche actives que ces femmes racontent. Elles sont nombreuses à faire des recherches sur internet, pour faire un autodiagnostic, et pour savoir quel professionnel consulter. Valérie a par exemple trouvé sur internet qu'il fallait consulter une psychomotricienne pour ce genre de problématique (une apathie globale de l'enfant, dont des difficultés graphiques saillantes), Céline décrit avoir trouvé le diagnostic de dyspraxie-dysphasie sur internet et trouver les spécialistes en suivant... Pour d'autres, c'est une émission TV qui les a mises sur la piste du trouble cognitif : « Les maternelles » sur France 5, ou autre émission consacrée alors à un problème infantile (gaucher contrarié, précocité...). D'autres encore lisent des magazines plus ou moins spécialisés, de médecine, de psychologie ou de parents, où sont discutés divers problèmes infantiles et où sont mentionnés (et interviennent) différents spécialistes et types de traitement. Ces modes de recueil d'informations renvoient à des pratiques culturelles ordinaires qui vont peu à peu outiller les mères pour se repérer dans le monde de l'enfance et de ses troubles : elles vont se confronter à des diagnostics, des approches diverses du soin (médicales, psychologiques...), des conseils éducatifs, des noms de spécialistes... elles vont pouvoir nourrir le regard qu'elles portent sur leur enfant et l'interprétation qu'elles font de ses difficultés (à la lumière de ce qu'elles lisent ou entendent), et demander l'avis de nouveaux professionnels, et mieux situer cet avis au sein d'un univers dont elles apprennent que les savoirs ne sont pas unifiés, et que les experts ne sont pas forcément d'accord entre eux. Si beaucoup d'entre elles sont dans un premier temps ouvertes (car dominées) aux interprétations des professionnels rencontrés, elles apprennent peu à peu à faire du tri et à imposer leur point de vue de plus en plus éclairé.

Ce processus d'expertisation montre les dispositions de ces femmes à l'apprentissage d'un nouvel univers, avec ses spécialistes, son jargon, ses controverses. Cet apprentissage est certainement d'autant mieux acquis qu'elles ont pu elles-mêmes évoluer dans des milieux qui ont demandé l'acquisition d'un langage spécialisé et plus généralement d'une montée en compétence pour s'y intégrer (l'insertion dans un métier qualifié par exemple). Favorisée par certaines pratiques culturelles (notamment de lecture, et plus particulièrement de lecture à contenu psychologique et parental), cette disposition à l'apprentissage peut être envisagée comme un capital allant au capital, puisque les femmes accroissent ainsi un capital de départ déjà pourvu.

Ces recherches personnelles sont cependant loin d'être une entreprise solitaire, et les décisions qu'elles prennent en matière de prises en charge donnent à voir la densité et la qualité de leurs échanges avec leurs proches et des personnes tierces. S'il y a bien un trait commun entre ces différentes femmes de l'enquête, c'est qu'elles parlent du problème de leur enfant

(temps partiel, interruption d'activité) pour s'occuper de l'enfant. Sur la notion de charge mentale, voir M. Haicault, « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du Travail*, 1984, 26, 3, p. 268-277 ; D. Kergoat et al., *Les infirmières et leur coordination*, Paris, GEDISST CNRS PIRTEM, 1990.

2.4. Les interlocuteurs décisifs : une question de réseau social ?

Les mères de l'enquête parlent régulièrement autour d'elle de l'enfant et de ses difficultés ou « bizarreries ». Elles échangent dans un premier temps avec leurs proches, mais la plupart des mères ne trouvent pas d'écho dans cette sphère-là : les grands-parents trouvent « *l'enfant tout à fait intelligent* », « *complètement normal* » et enjoignent les parents à « *arrêter de voir un problème là où il n'y en pas* ». La famille élargie (grands-parents, oncles et tantes) accuse régulièrement l'école d'« exagérer », de « se couvrir » (« *les enseignants ont besoin de justifier que Mathis n'arrive pas à apprendre* »⁴⁸²), d'être trop normative, faisant une montagne du « *moindre petit écart de rien du tout* ». En ce sens, la famille inciterait plutôt les parents à ne pas répondre aux propositions de suivis, voire à arrêter les prises en charge initiées.

2.4.1. Échanger avec tout le monde, choisir ses référents

Lorsque les mères ne trouvent pas de soutien dans leur cercle proche⁴⁸³, elles ouvrent de nouveaux espaces de discussions. Elles prennent l'habitude de parler de l'enfant et de leurs difficultés autour d'elles, et ce sont alors des personnes tout à fait inattendues qui peuvent se révéler déterminantes dans le choix de la prise en charge, et parfois l'accès au diagnostic de dyspraxie.

Loïc soulève les inquiétudes des professionnels depuis la crèche. Lorsqu'il rentre à l'école primaire, il a déjà été suivi par la psychologue de la crèche, un CMPP (les parents mettent un terme au suivi en quelques séances) ainsi qu'une psychomotricienne en libéral. Malgré une enseignante qualifiée de « *super* », qui fait « *un gros travail* » avec Loïc pour le stimuler, il est en maternelle en fort décalage avec les autres enfants « *sur le plan moteur et de la maturité affective* ». En moyenne section, l'enseignante se dit inquiète pour l'enfant mais ne leur propose pas d'aide particulière. C'est alors une rencontre fortuite qui va les mettre sur la piste de la dyspraxie :

Catherine : En fait ce qu'il s'est passé, c'est que j'étais dans un parc dans le quartier avec Loïc, et je discutais avec une autre mère. C'est la seule fois où je l'ai vue d'ailleurs. Je parle des difficultés de Loïc et la mère me dit : « Je viens de voir une émission à la télé, dans "Les maternelles", où ils parlaient de dyspraxie, ça me fait vachement penser à ça ! ». Nous, on n'en avait jamais entendu parler, normal. Et le soir même j'en parle à Benoît et on regarde sur internet qu'est-ce que c'est la dyspraxie. Et là on se dit : « Ah ouais ça ressemble à Loïc c'est impressionnant ! »

Benoît : « Mais c'est mon fils ! »

Catherine : Et là ils expliquent que c'est neurologique, biologique machin et qu'il faut aller voir un neurologue spécialisé pour faire le test. A l'époque on a vu que y avait deux spécialistes dans la région, alors on est allés voir celui qui prenait le plus vite [Dr L., qui prend sa retraite l'année d'après]. Et c'est là qu'on a su pour la dyspraxie.

⁴⁸² Christelle, la mère de Mathis, relate ici les propos de membres de sa famille.

⁴⁸³ Les femmes interrogées décrivent parfois ne plus pouvoir partager leur inquiétude avec leur mari, ce dernier ne considérant pas les difficultés de l'enfant comme devant relever d'un suivi avec un professionnel spécialisé – ils incriminent l'école, ou bien un trop grand laxisme éducatif (qu'ils imputent à leur femme).

Malgré de nombreux professionnels déjà consultés, c'est une « dame » inconnue qui parle aux parents de dyspraxie pour la première fois. Dans le cas d'Oscar, c'est également une personne extérieure aux soins et au cercle proche familial qui guide la famille vers la professionnelle qui diagnostique la dyspraxie :

Bruno : C'est Claire Costes [neuropsychologue] qui a fait les bilans pour Oscar et qui a diagnostiqué la dyspraxie. Avant ça, on n'en avait jamais entendu parler [ils ont, comme la famille de Loïc, consulté un CMPP et une psychomotricienne en libéral jusqu'alors]

Stéphanie : En fait le truc c'est que c'est mon kiné qui m'a parlé de cette dame. Je parlais avec lui des difficultés d'Oscar, et lui me dit que ça lui fait un peu penser à son fils. Il est précoce, et c'est Claire Costes qui l'a diagnostiqué, et il me dit que ça les a bien aidés. Donc on a suivi le kiné.

De la même manière, c'est le psychiatre d'Élise qui lui conseille d'aller faire faire un bilan à Simon chez la neuropsychologue qui diagnostique la dyspraxie (après six années de suivi pluridisciplinaire en CMPP ainsi que chez des orthophonistes et psychologues en libéral) ; la réflexologue de Marlène, elle-même mère d'un enfant précoce, qui les oriente vers une neuropsychologue ; une dame dans la salle d'attente du psychologue où est suivi Franck qui met Marie sur la piste « *du somatique plutôt que du psychologique* », et lui donne les coordonnées de spécialistes du CRTLA de l'hôpital. Annabelle me fera également part de ses conversations avec son gynécologue sur « *la place du handicap dans nos sociétés modernes* ».

Les mères parlent autour d'elles des difficultés de l'enfant, et les avis qu'elles recueillent dans ce cadre-là peuvent être d'importance dans les décisions de prise en charge. Ce sont surtout aux professionnels du soin et aux « parents concernés » (dont un enfant a connu des difficultés sinon similaires, au moins avec des points de ressemblance) qu'elles accordent du crédit, leur faisant parfois davantage confiance qu'aux agents scolaires et à ceux des prises en charge insatisfaisantes pour trouver les bons remèdes. Choisir ses influences, c'est aussi pour les parents une façon de se dégager de la domination scolaire.

Ces rencontres fortuites permettent d'introduire une lecture en termes d'imprévisibilité dans les parcours, là où le récit de l'expérience d'Annabelle laisse penser à une quête dirigée vers un but précis. Les parcours ne sont pas que fonction du marché et de ses pratiques d'orientation, ni même du milieu dans lequel baignent les familles (proches-experts, ressources culturelles). L'agencement des événements témoigne régulièrement d'une part de hasard dans l'accès au diagnostic.

2.4.2. Le capital social : une ressource ambivalente du point de vue de l'accès au diagnostic de dyspraxie

Dans de rares cas, des proches prennent au sérieux les inquiétudes parentales et proposent la consultation d'un spécialiste. C'est le cas des proches travaillant dans le secteur médico-psychologique,

souvent auprès d'un public infantile – ils peuvent aisément être considérés comme « experts » par les parents pour cela. Ainsi, Béatrice (enseignante) et Sophie (éducatrice spécialisée) reçoivent chacune le conseil d'une consultation chez une psychomotricienne par une amie elle-même psychomotricienne. La psychomotricienne qui suit Paul proposera au bout de deux ans un bilan complet au CRTLA de l'hôpital nouvellement ouvert : cette première orientation chez la psychomotricienne entraîne donc un diagnostic précoce de dyspraxie pour cette famille (Paul est alors en grande section). Ce n'est pas le cas pour Antoine puisque la psychomotricienne choisie est « d'orientation psychanalytique » (ce qui était le souhait de Sophie, éducatrice spécialisée, formée à cette approche) et met la famille sur une autre piste : celle d'angoisses partagées entre mère et fils. Presque dix ans plus tard, c'est une autre amie de Sophie, enseignante, qui leur parlera de la neuropsychologue qui diagnostique une dyspraxie à Antoine – ainsi qu'à sa sœur et à sa mère. Célya (enseignante) se fait également conseiller la passation d'un bilan chez une neuropsychologue pour sa fille par une collègue à elle enseignante.

Élise (responsable d'équipe dans une banque) et Agnès (consultante en communication scientifique) se font également conseiller un suivi par une personne proche, respectivement par une sœur psychiatre, et une amie « *qui connaît très bien le milieu* ». J'en fais un point à part, car le spécialiste recommandé est original par rapport à ceux consultés par les autres familles de l'enquête : un psychiatre-psychoanalyste en libéral. Suivi qui éloigne durablement les deux familles d'une compréhension des difficultés de l'enfant en des termes neurocognitifs.

Agnès : En CE1-CE2 à Paris, l'école s'en fiche [rien n'est proposé à la famille concernant les difficultés scolaires de Léa], c'est moi qui fais des trucs à côté. J'essaye péniblement de trouver ce quelque chose qui ne va pas. Ce que j'ai fait, j'écoutais un peu les copains-copines pour voir. (...) J'ai pas fait de bilan psycho du tout. Non mais en fait j'ai tout de suite été voir un... un psychanalyste. Parce que ma sœur connaissait et faisait suivre aussi son fils par un psychanalyste ; et donc j'ai tout de suite été là-dessus moi aussi. J'ai pas cherché autre chose que ça. »

Agnès a deux sœurs psychiatres, « *l'une très branchée psychanalyse et l'autre portée sur les neurosciences* ». Elle entretient de bons rapports avec les deux et les consultent régulièrement sur la situation de Léa. Sa sœur aînée qui défend une approche psychodynamique des troubles est décrite comme plus entreprenante dans ses conseils (quand l'autre apparaît davantage en retrait, ne proposant pas de suivi particulier⁴⁸⁴), et l'oriente vers un « *ponte du domaine* », chef de service de l'unité pédopsychiatrique de l'hôpital La Pitié-Salpêtrière – ils habitent dans un premier temps à Paris –, « *qui a publié de nombreux ouvrages* ». Agnès conserve ce type de suivi longtemps, puisque même avec le déménagement sur

⁴⁸⁴ « Moi j'étais dans une famille où psychanalyse et TCC ça se confrontait un peu, je voyais bien qu'il y avait une guéguerre. Parce que ma sœur aînée est pro-psychanalyse – c'est elle qui m'avait conseillé le psychanalyste à Paris – et de l'autre côté, j'ai mon autre sœur pédopsychiatre, qui était sur les TCC mais qui voulait pas non plus paraître imposer son point de vue et tout ça. Donc elle était beaucoup plus dans le : "Je vous dis ça", enfin elle me donnait des conseils mais c'était jamais sur le mode d'imposition... c'est moi qui suis venue à me dire au bout d'un moment : "je vais faire autrement", et je lui ai demandé des conseils plus précis ». (Agnès)

l'Agglomération enquêtée, elle retrouvera un psychanalyste en libéral (un « *nom reconnu* » également) : Léa est suivie par un psychiatre-psychanalyste de ses 7 ans à ses 13 ans.

Simon ne sera quant à lui finalement pas suivi par le psychanalyste conseillé (lui aussi « *ponte du domaine* », « *spécialisé dans la prise en charge des enfants* », qui « *a écrit plusieurs livres* »), mais par un CMPP dirigé par « une bonne amie à lui ». Ce suivi commencé à 3 ans, d'orientation psychanalytique, durera jusqu'aux 9 ans de l'enfant. Élise et Agnès se montreront *a posteriori* critique envers ce suivi qu'elles qualifient d'« inutile », mais font pourtant courir la prise en charge sur plusieurs années. Agnès par conviction, et influence de son milieu, décrivant la psychanalyse comme une pratique sinon courante, au moins valorisée par son entourage, plusieurs de ses amies ayant réalisé une analyse ou bien fait suivre un temps leur enfant par un psychanalyste – Agnès entame d'ailleurs une analyse en même temps que sa fille. Élise apparaît moins engagée dans l'approche : elle est à cette période très prise par son travail, et délègue volontiers la prise en charge de Simon aux personnes qu'elle juge compétentes – d'autant qu'elle a pris soin, par le biais de son amie, de faire appel « aux meilleurs ». Dans les deux cas, être entourées par des personnes connaisseuses du milieu médico-psychologique (et donc « ressource ») et préoccupées par la problématique de l'enfant, les a éloignées de l'accès au diagnostic de dyspraxie.

A travers ces cas, on remarque que l'intervention des proches dans les décisions de prise en charge sont peu fréquentes puisque cela ne concerne que cinq familles sur les vingt-six. Cependant, elle peut être surdéterminante dans le parcours de soin comme on l'a vu pour Léa. Ces proches sont des personnes qui connaissent le milieu médico-psychologique par leur activité professionnelle, et l'on remarque qu'ils sont mobilisés par des parents qui leur sont proches professionnellement, ou bien, dans le cas d'Élise et d'Agnès, des familles parmi les plus dotées de l'enquête (par le volume, le cumul et l'ancienneté du capital). Le suivi psychanalytique en cabinet est une pratique culturelle de soin à forte valeur distinctive, qui apparaît davantage corrélée à la position sociale des familles que les autres suivis⁴⁸⁵. Si les connaissances et réseaux professionnels de ces mères et leur capital social les aident à se diriger dans le marché professionnel (là où les autres mères vont chercher d'autres ressources, où s'en remettre davantage aux professionnels), cela ne signifie pas pour autant qu'elles accèdent plus rapidement au diagnostic de dyspraxie. Pour trois d'entre elles même (Élise, Agnès et Sophie), cette ressource aura au contraire contribué à éloigner durablement la famille de l'accès à ce diagnostic. Dans un contexte où les savoirs professionnels ne sont pas unifiés, avoir des proches « dans le milieu » (et donc doublement de confiance) constitue une ressource ambivalente du point de vue des conditions d'accès au diagnostic de dyspraxie.

⁴⁸⁵ F. Chapireau, Les recours aux soins spécialisés en santé mentale, DREES, 2006 ; Xavier Briffault, Béatrice Lamboy, Les psychothérapies en France. Données quantitative, in F. Champion, Psychothérapie et société, op. cit., p. 101-121. D'ailleurs, jamais l'école ou un professionnel n'oriente les familles vers un psychanalyste en libéral : les ressources familiales sont déterminantes pour comprendre l'accès à ce type de suivi.

2.5. Le « capital temps », ou la mise en disponibilité des mères pour l'enfant

Avant de clore cette sous-partie sur les ressources mobilisées par les parents dans leur quête diagnostique, il faut évoquer une forme de capital mis à contribution par les mères qui a son importance dans la gestion du parcours scolaire et de soin de l'enfant. Il s'agit du « capital temps » : le temps disponible des mères, ou plutôt le temps mis à disposition.

Chercher des informations, des spécialistes, accompagner l'enfant aux différents suivis, prendre le temps d'observer l'enfant, confronter et évaluer les différents discours des professionnels... tout cela prend du temps, en plus de solliciter des dispositions, compétences, et ressources variées. Ce sont les mères qui mettent elles-mêmes en avant cette question du temps, en soulignant la richesse ou à l'inverse le manque de temps dont elles disposent, à un instant t, pour s'occuper de l'enfant et de ses difficultés. Élise, par exemple, raconte être « *complètement absorbée* » par son travail lorsque les difficultés de Simon se déclarent à l'entrée en maternelle. Si elle met en place un suivi comme conseillé par l'école, elle n'y accorde ensuite qu'une attention distante.

Élise : Faut dire aussi que, comme tout le monde hein, on n'est pas tombés sur les meilleurs praticiens. Donc voilà, on perd son temps. Et on s'en rend pas compte hein quand on sait pas. On perd son temps et on le sait pas ! Puis moi je travaillais à fond la caisse, Simon allait chez l'orthophoniste, moi je mettais pas le nez dessus pour savoir si elle était efficace ou pas, comme je savais pas ce qu'il avait en plus...

Contrairement à Annabelle et à de nombreuses mères de l'enquête, Élise « *ne met pas le nez* » dans le travail des spécialistes, elle ne cherche pas à en contrôler l'enjeu, le contenu et les effets. Elle « *laisse faire* » comme elle dit, et ne semble pas y engager sa réflexivité. Elle n'en a pas le temps, prise par son travail d'abord, affaiblie par un « *violent burn-out* » ensuite. Dans un deuxième temps (lorsque que Simon a 8 ans et se fait diagnostiquer dyspraxique par un nouvel intervenant), Élise reste volontairement sans emploi et va s'engager bien plus personnellement dans la gestion des prises en charge de Simon.

Le manque de temps disponible, en particulier pour des raisons professionnelles, peut signer une délégation du suivi de la scolarité et des soins de l'enfant aux professionnels, et, en fonction du professionnel consulté, une tenue à distance du diagnostic de dyspraxie. A l'inverse, du temps disponible et surtout, mis à disposition pour l'enfant, paraît produire un engagement plus ferme des mères dans le suivi de l'enfant et leur expertisation plus rapide.

Valérie, Isabelle, Corine, Carole et Marlène⁴⁸⁶ ont fait le choix de ne pas travailler lorsque leurs enfants étaient petits, afin de consacrer du temps à leur éducation. Cette période, qui était pensée comme

⁴⁸⁶ Quelques mois après la naissance de son fils, Marlène devient assistante maternelle à domicile (et à temps partiel) afin de concilier ce projet de mère et une vie professionnelle : elle garde son enfant en même temps qu'elle travaille. Lors de l'entretien (son fils a 10 ans), Marlène est au chômage, et raconte ne pas réussir à chercher un emploi du fait du temps important consacré aux prises en charge de l'enfant.

temporaire jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant, s'est finalement prolongée pour toutes les cinq au-delà de leur projet initial. La raison : les difficultés de l'enfant et la charge que représente la recherche de solution. « *Je ne me sentais pas de reprendre un travail alors que Nathan était dans le flou* » (Marlène), « *je ne sais pas comment font celles qui travaillent [pour courir de spécialistes en spécialistes]... sûrement qu'elles ne font pas !* » (Corine)... Toutes soulignent la charge de travail que représente la gestion des difficultés de l'enfant et en particulier la recherche de solutions quand on ne sait pas ce qu'a l'enfant. Ces mères préservent donc leur temps disponible afin de concentrer leurs efforts et ainsi d'augmenter les chances de trouver les « bonnes aides » pour l'enfant. Elles envisagent ce temps comme une réelle ressource, et ne sont pas prêtes à le sacrifier pour une augmentation de revenus par exemple⁴⁸⁷.

Dans le même temps, l'étude d'autres parcours comme celui d'Annabelle nous emmène à questionner cette idée de « capital temps ». Au vu du récit de ses pratiques de recherches de solution, il est difficile de dire qu'elle consacre moins de temps à cet effet. Elle mène de front carrière professionnelle et vie familiale, non sans difficulté puisqu'elle précise « *ne pas dormir la nuit* », faire passer son second fils en arrière-plan, et plus généralement « *vivre, penser, manger dyspraxie* ». Il aurait donc fallu certainement mesurer le temps consacré aux recherches de solutions afin de saisir toute l'importance de cette variable. Nous avons vu qu'Annabelle était particulièrement active et efficace dans son entreprise de collecte d'informations et d'accès aux professionnels souhaités ; peut-être qu'alors avoir du temps disponible – dans le sens de temps mis à disposition pour l'enfant – permet de compenser la faiblesse de certains capitaux, économiques comme socio-culturels. La disponibilité des mères pour leur enfant peut par exemple compenser leur méconnaissance totale des acteurs et des pratiques de soins : elles apprennent plus rapidement. A l'inverse, une vie professionnelle chargée peut endormir la présence de certains capitaux si la famille délègue le travail de prise en charge du problème de l'enfant aux professionnels.

D'un autre point de vue, on remarque que le temps consacré à l'enfant dyspraxique, avant et après la survenue du diagnostic cognitif, entraîne fréquemment des interruptions de carrières professionnelles, ou du moins une baisse du temps de travail chez les mères de l'enquête. Ce coût du diagnostic, minoré dans les discours publics (produits par les médecins, les acteurs politiques et même les associations de parents) et dans la littérature sociologique, révèle à un certain point de vue une mise en concurrence des intérêts de la mère et de l'enfant. Dans un article co-écrit avec Sandrine Garcia⁴⁸⁸, nous avons pu montrer que si les mères adhéraient en partie aux normes maternelles dominantes du don de soi pour son enfant, leur

⁴⁸⁷ Il faut préciser qu'aucune d'elle n'a seule la charge financière de l'enfant, et que tous les pères de l'enquête ont un emploi stable. Cette forme de mise en disponibilité maternelle est certainement plus rare pour une famille monoparentale ou dont le conjoint présente une situation financière plus instable.

⁴⁸⁸ M. Delmas et S. Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

investissement était aussi cadré par les professionnels du soin⁴⁸⁹ (qui les responsabilisent quant au devenir de l'enfant) et favorisé par les chances objectives de réussite de l'enfant.

Conclusion intermédiaire

Cette partie du chapitre a montré comment les parents, ou plutôt les mères, qui ont dans la famille la charge de trouver des solutions au problème posé par l'enfant, s'orientent dans un marché professionnel en contexte d'incertitude. Si elles suivent volontiers les premiers conseils qui leur sont donnés, elles se révèlent vite actives dans ce qu'on a nommé leur quête diagnostique : elles cherchent des informations (dans un spectre large), confrontent les discours pour se forger une opinion, engagent du temps et des frais... Elles cumulent ainsi des expériences et des connaissances et finissent par exercer un tri entre professionnels, en substituant certains suivis à d'autres. Les femmes interrogées font état d'une expertisation au cours de laquelle elles seraient passées d'une posture de profanes, se laissant guider par les spécialistes, au statut d'expert, ou du moins d'acteur « sachant » et donc « choisissant ».

Finalement, les parcours de soin des enfants ne reflètent pas seulement l'organisation du système de soin (avec ses filières, ses agents et leur mode de recrutement et habitudes de collaboration...), mais résultent bien de la rencontre entre un système de soin qui a ses propres caractéristiques, et des familles, plurielles, qui ont également des propriétés singulières (pratiques, ressources, dispositions...). La libéralisation et la diversification de l'offre de soin semblent avoir favorisé le développement de ces profils de parents-experts (et donc un certain *empowerment* de ces acteurs), et, en rendant d'autant plus déterminant le rôle des parents, elles auraient également accru la différenciation entre les trajectoires d'enfants en difficulté scolaire précoce, sur la base, entre autres, de critères sociaux. Considérant les analyses précédentes, on peut faire l'hypothèse avec Wilfried Lignier que la sélection sociale à l'œuvre dans l'accès au diagnostic médico-psychologique (de précocité intellectuelle comme de dyspraxie) se fait en amont de l'accès aux producteurs de diagnostics (psychologues, psychomotriciens, neurologues). « Dans ces conditions, ce sont sans doute moins les exigences cognitives du test (certes bien réelles) qui font des différences entre les groupes sociaux, que ses exigences pratiques. (...) Plus particulièrement, la passation d'un test implique un certain niveau de ressources économiques (...) Par ailleurs et surtout, passer un test requiert des compétences culturelles qui ne sont pas données à tous »⁴⁹⁰. Il faut pouvoir financer les différents bilans et prises en charge associés à la dyspraxie, et, au-delà, avoir connaissance de l'existence de ces spécialistes et les préjuger pertinent pour traiter le problème de l'enfant. Pour cela il faut soit s'y faire orienter par un professionnel courant (école, pédiatre, orthophoniste...) soit trouver l'information soi-même. Ces critères semblent éliminer d'emblée la large fraction des classes populaires qui dispose de faibles

⁴⁸⁹ Je pense par exemple à Élise qui en 2007 se voit conseiller par le psychiatre qui suit son fils la déscolarisation de l'enfant jusqu'à la fin de l'année (5 mois au total) puisque celui est en souffrance à l'école. Élise ne travaille pas à ce moment-là et le gardera auprès d'elle en essayant d'assurer les enseignements.

⁴⁹⁰ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit., p. 212.

revenus financiers⁴⁹¹, dont les difficultés scolaires des enfants sont davantage pensées en termes de handicap socio-culturel et qui n'ont pas les ressources socio-culturelles à disposition pour parvenir d'eux-mêmes au diagnostic cognitif.

Les analyses précédentes visaient à montrer les manières dont les familles se confrontent au diagnostic cognitif, et les ressources engagées pour cela. En revanche, elles ne permettent pas de comprendre le choix qui est fait par les familles d'une prise en charge plutôt qu'une autre⁴⁹². Adhèrent-elles toutes aux expertises cognitives (diagnostic et prise en charge proposée) dès qu'elles s'y confrontent ? Comment arbitrent-elles entre les différents registres explicatifs de la difficulté, comment font-elles le choix ? Leurs justifications mettent en avant des critères de cohérence et d'agentivité (elles s'approprient un diagnostic qui les aide à comprendre la situation et à agir), ainsi que des enjeux de reproduction (ou ascension) sociale, mis à mal par la survenue des difficultés des enfants.

3. LE CHOIX DU DIAGNOSTIC ET SES IMPLICATIONS

La notion de choix peut être délicate à employer en sociologie du fait de la part difficile à faire entre contraintes objectives et liberté individuelle. Un individu choisissant peut se représenter mentalement et symboliquement un acte vécu comme libre alors qu'il aura été déterminé à plusieurs niveaux par des contraintes objectives et subjectives – il peut alors être victime d'une illusion⁴⁹³. Sans nier les contraintes qui cadrent l'exercice du choix (disponibilité de l'offre de soin, ressources familiales...), je m'intéresse dans cette troisième et dernière partie du chapitre 3 aux raisons qu'expriment les individus (les parents) pour justifier leur choix (la dyspraxie). On peut alors s'appuyer sur la définition du « choix » proposée par Y. Grafmeyer, qui cadre bien avec l'expérience parentale relatée : « dire qu'il y a bien un choix, c'est faire l'hypothèse que plusieurs options étaient théoriquement envisageables et que les individus sont en mesure d'exprimer les raisons qui les ont amenés à prendre telle décision plutôt qu'une autre »⁴⁹⁴.

⁴⁹¹ Les bilans nécessaires à l'élaboration du diagnostic – orthophonique, psychomoteur et psychologique – sont d'un montant de minimum 300 euros, seule l'orthophonie étant remboursée aux parents.

⁴⁹² Par rapport à l'enquête de W. Lignier, il faudrait préciser que contrairement aux parents d'enfants précoces intellectuellement, les parents d'enfant dyspraxique ne sont pas *allés chercher ce diagnostic* : ils sont allés chercher, souvent poussés par l'école et autres professionnels, des réponses à un problème incertain, et se sont alors confrontés à un moment donné au diagnostic de dyspraxie. Le diagnostic est ici plutôt comme l'affirme Anne Dupanloup à propos de l'hyperactivité « une réponse aux demandes de l'école ». A. Dupanloup, *L'hyperactivité infantile : analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, 2004.

⁴⁹³ M. Blanchard et J. Cayouette-Remblière, « Penser les choix scolaires », art cit.

⁴⁹⁴ Y. Grafmeyer, « Approche sociologique des choix résidentiels » J.-Y. Authier, C. Bonvalet et J.-P. Lévy, *Élire domicile. La construction sociale des choix résidentiels*, 2010. Les individus n'en restent pas moins contraints, mais se perçoivent comme les acteurs rationnels de leurs décisions.

3.1. La possibilité du choix

3.1.1. Une expertisation parentale favorisée par la concurrence des expertises

Alors que dans les entretiens je me retrouve face à des parents outillés, renseignés sur les prises en charge possibles pour la dyspraxie de leur enfant, qui défendent et rationalisent les choix de soins effectués, les discussions sur les débuts de leurs parcours les font apparaître sous un jour plus vulnérable.

Marie : Le truc c'est que, quand on voit que son enfant ça va pas, puis que vous savez pas ce qu'il a... on essaye tout. On m'aurait dit : « Faut aller voir l'exorciseur », moi je serais allée en voir un ! Ça peut paraître aberrant, mais si vous voulez, voilà hein... on ferait... enfin moi je ferai n'importe quoi hein. Moi si on me dit : « Tu vas place du centre ville sur un pied », je le fais si ça peut marcher. Bon par contre, ça je sais que ça marchera pas, avec le temps on apprend un peu !

Il s'est écoulé sept années entre les premières prises en charge de Franck et son diagnostic de dyspraxie. Sept années de « *troubles intenses* », durant lesquelles Marie s'est souvent sentie « *perdue* » et surtout « *maître de rien* ». Ce sentiment de déroute (perte de repères, confusion) et l'incertitude qui en découle est ce qui domine dans cette première phase des parcours pour la majorité des parents de l'enquête. Ils ne parviennent pas à comprendre par eux-mêmes les difficultés de l'enfant et ses « *bizarries* », et pour cela, s'en remettent dans un premier temps aux professionnels : ils écoutent leurs jugements, acceptent leurs propositions de suivi et de réorientation. D'ailleurs, les entretiens réalisés avec Karine ou Christelle, qui ont obtenu le diagnostic de dyspraxie quelques mois auparavant seulement, sont significatifs : elles sont vis-à-vis de moi en demande d'éclaircissements sur le trouble (« *les autres dyspraxiques ils sont comme ça aussi ?* », « *mais vous pensez que son caractère [grande sensibilité], c'est lié à sa dyspraxie ?* ») et sur les professionnels qu'elles consultent (« *et les autres qui vont chez elle, ça les a aidés ?* »).

Dans un premier temps donc, leur rapport aux professionnels s'effectue sur le mode du rapport du profane à l'expert, où les premiers se rangent derrière l'avis des seconds, « *ceux qui savent* ». Les parents affichent une « *docilité de principe* »⁴⁹⁵ envers les spécialistes, et se mettent eux même dans une position de retrait et de délégation. Leur méconnaissance des professionnels consultés – ils n'ont par exemple jamais entendu parler de psychomotricité avant de rencontrer une psychomotricienne –, renforce la mise en retrait de leur jugement propre : ils n'ont pas de repères pour évaluer la compétence du spécialiste. Par la suite, les régimes de confiance évoluent. Avec les mois et les années, les parents montent en compétences et parviennent à s'imposer comme des partenaires légitimes des prises en charge, apparaissant comme des experts mêmes de leur enfant. Cette montée en compétences des parents (des mères principalement)

⁴⁹⁵ R. Hammer, *Expériences ordinaires de la médecine : Confiances, croyances et critiques profanes*, Zurich, Editions Seismo, 2010. Dans son ouvrage sur les rapports des patients au médecin généraliste, Hammer définit cinq formes de confiances, qui mettent en jeu des rapports de pouvoir mais aussi des attentes différentes (efficacité, écoute, fiabilité...). On peut imaginer que les parents abordent les professionnels de la rééducation avec le type de confiance qu'ils octroient à d'autres professionnels du soin qu'ils ont pris l'habitude de consulter (médecin généraliste, kinésithérapeute, gynécologue...), ou peut-être aussi aux enseignants.

s'effectue selon des rythmes et des modalités propres comme on a pu le voir précédemment, en fonction de leurs lectures, des émissions TV visionnées, des discussions avec les proches (et moins proches) et de leurs échanges avec les professionnels.

La multiplication des rencontres avec des spécialistes et le cumul des suivis forment une expérience des soins pour la famille qui devient un véritable objet de réflexivité. Dans cette expérience, il apparaît que les controverses entre professionnels, pour déstabilisantes qu'elles soient pour les familles, contribuent à rompre la « coupure délégative »⁴⁹⁶ entre parents et professionnels du soin. La confrontation à des discours divers et parfois contradictoires est d'abord une donnée inquiétante pour les parents (où est « la vérité » ?), et les pousse généralement à s'informer davantage afin de réduire cette incertitude insupportable. Devant la nécessité de prendre des décisions qui leur reviennent (de soins, de scolarisation, éducatives...), ils deviennent des « spécialistes par obligation », pour reprendre le terme de J-S. Eideliman⁴⁹⁷. D'autre part, la divergence des discours réorganise le rapport qu'ils ont aux spécialistes : ils ne vont plus considérer leurs jugements comme des jugements seulement « experts », mais également comme un regard empreint d'une certaine subjectivité voire d'une partialité – ils sont quelques-uns à parler d'« idéologie » ou de « dogme » à leur égard. Ils se sentent alors davantage légitimes à les évaluer (et éventuellement à s'y opposer), puisque dès lors, le soin ne leur apparaît plus comme une seule affaire de compétences, sinon d'interprétation, d'opinion, d'idéologie.

3.1.2. La concurrence des expertises atténue la dissymétrie des rapports entre professionnels et usagers

Enfin, le fait d'avoir à disposition différentes interprétations leur ouvre l'opportunité de s'imposer face aux professionnels en leur opposant une autre expertise de spécialiste – et plus seulement leur simple refus de profane. Il est intéressant de remarquer dans les parcours qu'avant le diagnostic de dyspraxie, les parents ne mettent jamais fin à une prise en charge avant d'avoir trouvé un suivi alternatif. Ils peuvent éprouver des réticences envers certains suivis, et même s'en trouver insatisfaits, mais ils ne vont pas l'interrompre avant d'avoir trouvé « autre chose ». Ils vont alors se tourner vers d'autres professionnels tout en continuant la prise en charge insatisfaisante. Ces pratiques nous font penser à ce que Cécile Méadel a pu observer chez les parents d'enfants autistes : en analysant les discussions entre parents sur des forums internet, elle se rend compte que les parents peuvent chercher à faire diagnostiquer leur enfant autiste « "non pas pour déterminer s'il est autiste ou pas, mais pour écarter d'autres diagnostics dont les signes

⁴⁹⁶ M. Callon, *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Édition révisée., Paris, Éditions Points, 2014.

⁴⁹⁷ J.-S. Eideliman, « *Spécialistes par obligation* », *op. cit.* J.-S. Eideliman qualifie le terme de profane « impropre » pour caractériser le point de vue des parents sur leur enfant, « dans la mesure où ils ne sont pas des profanes comme les autres, justement parce qu'ils sont pris dans des contraintes matérielles, notamment la nécessité de prendre des décisions, aussi bien au niveau de la scolarisation de l'enfant que de son éducation au quotidien » (p.521). Je remarque que les controverses professionnelles peuvent les pousser à s'intéresser plus encore en profondeur aux productions savantes médico-psychologiques.

que présente actuellement A. seraient également symptomatiques" : (...) il s'agit de tests pour éliminer et non pour déterminer »⁴⁹⁸. La sociologue révèle ainsi que les diagnostics peuvent être « utiles négativement », en ce qu'ils permettent de s'opposer à certains « psy », même quand parfois ils ne permettent pas de réduire l'incertitude quant au problème de l'enfant. Les parents de mon enquête ne recherchent pas directement le diagnostic de dyspraxie (qu'ils ne connaissent d'ailleurs pas), mais bien un jugement professionnel qui leur permettra de supplanter celui auquel ils sont confrontés. Le besoin de mobiliser une expertise pour s'opposer à une autre, et en cela, la difficulté pour les parents de s'extraire d'une prise en charge qui ne leur convient pas, révèle la dissymétrie des rapports entre usagers et professionnels.

La possibilité de mettre ainsi en concurrence les expertises semble participer à atténuer cette dissymétrie, en offrant une porte de sortie face à la domination professionnelle (c'est en particulier des CMPP qui leur a été difficile de s'extraire), et en reconstruisant les rapports des profanes aux experts, qui deviennent moins complexés.

Élise : Ça fait un moment qu'on a arrêté la psychomot. C'est Claire [la neuropsychologue qui a diagnostiqué la dyspraxie et qui les suit depuis] qui nous avait conseillé d'aller en voir une. (...) Elle disait qu'on ne s'en sortirait pas. Puis elle pédalait dans la semoule, elle ne lui faisait rien faire. Elle lui a fait faire un bilan, mais ça a duré au moins sept ou huit séances ! (...) On a arrêté. On lui a carrément dit qu'on préférerait ne pas continuer. Parce qu'au fil du temps, on prend de l'assurance par rapport à tous ces thérapeutes. Au début, on n'y connaît rien donc on la ferme. Puis après... là, par exemple, sans hésiter et sans gêne, on a pris le téléphone et on l'a appelée. En plus Simon se plaignait, donc ça c'est un mauvais signe aussi. Donc on lui a dit : « On arrête parce que là ça ne mène à rien, blablabla ». Voilà. On n'avait jamais fait ça avant !

Avec le temps, ils s'autorisent à évaluer une prise en charge, à formuler des attentes et à l'interrompre si elle ne leur convient pas. D'ailleurs, ils ne les choisissent plus « au hasard », mais les sélectionnent en amont :

Marlène : La première psychomotricienne je l'avais choisie au hasard, j'étais allée au plus près. Ce n'est qu'après que j'ai su qu'il ne fallait pas faire ça (...). Là par exemple, la psychomotricienne qui suit Nathan c'est Mme B. [la neuropsychologue qui a diagnostiqué la dyspraxie de Nathan] qui me l'a conseillée. (...) L'association que j'avais contactée m'avait aussi proposé des listes des professionnels qui s'y connaissent bien dans la dyspraxie. Donc si j'ai besoin je peux aller leur demander aussi.

En faisant individuellement et collectivement (par le militantisme associatif) le choix de la dyspraxie, les familles appuient l'essor des acteurs des sciences neurocognitives au détriment des autres approches psychologiques. Pour quelles raisons fixent-elles le diagnostic de dyspraxie au détriment des autres expertises ? Nous avons vu de quelles manières les parents en venaient à se confronter à une pluralité de professionnels et une diversité de points de vue sur l'enfant (dans certains cas très limitées),

⁴⁹⁸ C. Méadel, « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », art cit. Dans l'extrait cité, le passage entre guillemets relate le verbatim d'un père d'enfant autiste recueilli sur un des forums qu'elle a observé.

puis l'évolution de leur posture face à l'autorité de ces spécialistes, mais cela n'explique pas le choix de la dyspraxie.

3.2. Les raisons du choix

Qualifier un enfant de dyspraxique est un processus collectif, qui commence par les premiers soupçons de l'école et aboutit à la production d'un diagnostic par une autorité médicale ou psychologique. Les parents participent de plusieurs manières à cette entreprise et en sont même un gage de stabilité puisque ce sont eux qui, en s'appropriant l'explication diagnostique et en la portant dans les différentes arènes, font vivre le diagnostic et induisent de la continuité dans la façon dont est considéré l'enfant dans ses différents espaces de vie.

Annabelle, dont la quête diagnostique a été exposée au point 2.1. du présent chapitre, a parlé d'affinité avec la démarche neurocognitive, appréciant son pragmatisme et le régime d'administration de la preuve (avec des protocoles d'évaluation réguliers et quantifiés). D'autres parents durant l'enquête ont pu exprimer des réticences face à ce qu'ils appelaient des approches « (très) psy », et qui renvoyaient aux approches psychodynamiques rencontrées en CMPP ou chez des professionnels en libéral. Leur adhésion ou réticence aux approches « psy » apparaît rarement comme une posture intellectuelle *a priori* mais se construit au cours de l'expérience de soin, et l'arrêt des suivis en CMPP pour 11 familles de l'enquête met en saillance deux critères du jugement : le diagnostic doit donner du sens et constituer une aide au quotidien, et les parents veulent être considérés comme des partenaires du soin et interlocuteurs crédibles.

3.2.1. La critique parentale des CMPP

Dans son travail sur les enfants hyperactifs, Julien Jupille observe une pluralité semblable dans les prises en charge proposées aux familles avant la rencontre avec le diagnostic de TDA/H, et il énonce trois motifs d'insatisfaction poussant les parents à changer de prise en charge : « le sentiment que les psychothérapies, ajustements éducatifs et rééducations entrepris jusqu'à lors, n'apportent pas les bénéfices escomptés, les propos culpabilisants des professionnels (et de l'entourage), et le fait que les parents ne soient pas ou peu associés au soin »⁴⁹⁹. J'ai retrouvé ces motifs dans la critique des parents adressée aux CMPP, ainsi qu'à quelques praticiens installés en libéral. C'est aussi la question du sens et de l'incertitude qui ressort des entretiens : les parents ont pendant un temps (parfois long) été déstabilisés par cet enfant dont ils ne comprenaient pas les difficultés, et regrettent que les suivis ne les aient pas aidés à les comprendre, les laissant parfois imaginer des troubles « graves ».

⁴⁹⁹ J. Jupille, « Hyperactivité et troubles des conduites », art cit.

3.2.1.1. *Sentiment de disqualification*

Célya : En fait je n'ai jamais eu de bilan, j'ai jamais eu de prescription, de rien. Pas de réunions, pas de bilans écrits, rien. Pendant un an. En les réclamant hein ! Clairement ils s'en fichaient. J'avais tenté une approche avec la cheffe du truc [du CMPP, où Justine a été suivie une année], elle me disait que c'était quelque chose de l'ordre de l'attachement, de relationnel.

Enquêtrice : *Entre vous et Justine ?*

Célya : Avec moi oui, bien sûr (*sourire*). Elle disait qu'elle allait solutionner ça. Mais moi je ne pensais pas que ce soit un problème psychologique. Ça ne me parlait pas, je voyais pas le truc. Puis je ne voyais pas d'évolution quoi, et la gamine elle ne voulait pas y aller, elle n'avait pas envie.

Benoît : Quand on est arrivés là-bas [au CMPP], on s'est demandé où est-ce qu'on aboutissait. D'abord on a fait quatre séances où on était dans deux pièces côte à côte, l'enfant dans une pièce avec d'autres enfants et une psy ou une éducatrice qui devait l'observer, et pendant ce temps nous on se retrouvait avec un psychiatre et d'autres parents.

Enquêtrice : *C'était des enfants qui avaient les mêmes difficultés que Loïc ?*

Benoît : Non pas forcément... et même ça n'avait plutôt rien à voir ! On a commencé par écouter... c'était une espèce de psychothérapie de groupe, en gros, et on entendait des trucs d'enfants battus, de je ne sais quoi.

Catherine : Des parents qui étaient en prison, des trucs super durs !!

Benoît : Et nous, le seul truc, c'était que Loïc marchait pas quoi ! Ou à peine. Enfin c'était vraiment un tout petit décalage par rapport aux autres. Et au bout des quatre séances on a vu le médecin qui a fait un premier bilan : il a proposé de la psychomotricité, et en fait c'était des séances où l'enfant jouait, et la psy était là... Enfin c'était très psy psy psy. Et nous, enfin, c'est pas qu'on était des parents parfaits, j'en sais rien, mais on voyait pas trop où on allait, on voyait pas ce qui se passait.

Catherine : puis en même temps on me culpabilisait, on me disait toujours : « Mais madame, regardez comment vous faites », parce que je m'étais faite interpeler par une psy sur l'ouverture du robinet par Loïc, qui me disait : « Mais regardez, si vous l'aidez ben forcément il apprendra jamais tout seul ! Vous êtes toujours derrière lui ».

Benoît : ils avaient l'impression que Catherine en faisait trop.

C'est d'abord un discours culpabilisant envers les parents et plus encore les mères qu'ils reprochent aux centres – les sociologues retrouvent sur d'autres terrains (retard mental, autisme, hyperactivité...) ce sentiment de culpabilisation⁵⁰⁰. Si Agnès et Sophie se sont volontiers plongées dans les problématiques familiales (la place de la réussite scolaire dans la famille, leur propre désir de réussite, leur angoisse de mal faire...) dans l'optique d'aider l'enfant, la plupart des autres mères se détournent de la proposition de soin lorsque, dès les premiers contacts, les professionnels mettent le lien de la mère à l'enfant au cœur des discussions. Ils ressentent une suspicion de carences ou maladresse éducatives (davantage que de maltraitance⁵⁰¹) qu'ils vont s'efforcer de tenir à distance, jusqu'à mettre un terme au suivi.

Les parents s'accordent aux « bonnes pratiques » éducatives mises en avant par le centre, mais leur opposent de ne pas y déroger : ils sortent leur enfant, lui parlent, le stimulent, le poussent à faire par lui-même, ont mis en place une organisation domestique stable (heures de repas, coucher...), mettent des

⁵⁰⁰ J.-S. Eideliman, « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2011, 27, p. 81-98 ; J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit ; B. Chamak et B. Bonniau, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », art cit.

⁵⁰¹ Les parents disent s'être vus reprocher des pratiques « envahissantes » ou « maladroitement » par exemple, qui auraient inhibé la prise d'autonomie de l'enfant, ou encore d'avoir instauré des règles éducatives trop souples.

règles... En plus d'être vécue comme disqualifiante, la problématique relationnelle ne fait pas sens pour ces familles qui adhèrent (et se considèrent comme respectant) aux normes éducatives dominantes, et ils vont définir l'expertise du CMPP comme mal à propos car trop standardisée (« *Quoi qu'il se passe [quel que soit le problème pour lequel on vient consulter], pour eux de toutes façons c'est psychologique* » – Bruno, chef cantinier en collège⁵⁰², « *C'est toujours de la faute de la mère* » – Béatrice, enseignante), et parfois « *ringarde* » (Catherine, conseillère pédagogique Jeunesse et sport). La question du sens s'articule dans la critique à celle de la place accordée aux parents, tenus à l'écart de la prise en charge, ou bien eux-mêmes objet du soin par leur intégration dans des groupes de parole : ils ne trouvent pas au CMPP de point d'ancrage pour développer une action qui permette de remédier au problème.

Élise : C'était des gens fermés, mais fermés quoi ! [au CMPP] Puis ils ne me donnaient aucun moyen de comprendre la situation, c'est ça que je leur reprochais. C'est que j'étais dans un désarroi total par rapport à mon enfant, je ne le comprenais pas et je voyais qu'il souffrait énormément, et moi je souffrais aussi du coup. Et eux, c'est comme s'ils disaient : « Nous on sait tout mais on vous dira rien, vous n'êtes qu'une grosse nulle » ! ... Avec le recul, je pense qu'ils n'en savaient rien non plus, ma confiance était mal placée.

C'est aussi parfois le décalage qu'ils éprouvent face aux autres familles prises en charge qui suscite leurs réserves. Ils décrivent des enfants violents, aux « problèmes de comportement »⁵⁰³ : « *il était dangereux, c'était une vraie terreur depuis qu'il était petit* », « *l'autre, il était flippant il ne parlait à personne* », « *le deuxième, à 4 ans ½ il organisait déjà des bandes à l'école pour chopper les petits et les tabasser dans un coin !* »... ainsi que des familles jugées en difficulté sociale, « *démunies* », voire « *totalement dépassées* » (père en prison, enfants battus, alcoolisme...), desquelles ils se sentent éloignés. Ils disent alors craindre une mauvaise influence de la fréquentation du centre sur leur enfant (décrit comme sensible et vulnérable), et redoutent également une assimilation de leur problème à une problématique sociale et éducative – qu'ils reconnaissent volontiers pour ces autres. Leur quête diagnostique est aussi marquée par des enjeux de distinction⁵⁰⁴, sociale et intellectuelle, qui trouveront une issue dans l'appropriation du trouble cognitif.

⁵⁰² Bruno et sa femme n'ont d'ailleurs rencontré au CMPP que le psychiatre et l'assistante sociale alors qu'on les y avait orientés pour un bilan pluridisciplinaire et plus particulièrement pour un bilan psychomoteur. Christine regrette également que le CMPP qu'elle a consulté dans le but de mettre en place des séances d'orthophonie pour son fils Gaël ne lui ait proposé que des séances avec un psychiatre (que Gaël a souhaité arrêter au bout d'un mois).

⁵⁰³ Il est intéressant de remarquer que dans ce contexte, la pathologie de Loïc devient « *un tout petit décalage* » (voir extrait d'entretien p.62), alors que par ailleurs, Catherine décrit un quotidien parfois très rude avec son fils (en lien avec ses comportements difficiles). Ce qui est dit ici en fait, c'est que davantage qu'une difficulté moindre, c'est surtout une difficulté d'une nature différente.

⁵⁰⁴ On se rappelle que les premières qualifications scolaires en maternelle soulevaient parfois la question du retard mental ou des carences éducatives, que les parents désapprouvent et vont chercher à réfuter, spécialistes à l'appui.

3.2.1.2. La souffrance de l'enfant comme moteur de l'action parentale

Si les parents peinent à adhérer à la proposition de soin du CMPP (et des expertises psychodynamiques plus largement), c'est aussi et peut-être surtout parce que le temps que dure la prise en charge, ils n'observent pas d'évolution positive de la situation pour laquelle ils étaient venus consulter. Nathan se montre agressif envers sa mère, Antoine refuse catégoriquement de faire les devoirs avec ses parents, Alice est de plus en plus agitée à la maison... L'enfant se confronte à des verdicts scolaires de plus en plus négatifs (notes, retours des enseignants), et les parents observent une dégradation de leur santé, physique et/ou mentale qui peut devenir insupportable : un enfant qui pleure beaucoup, se plaint d'être mal-aimé (par ses pairs, ses parents, son enseignant), ne veut plus se rendre à l'école, répète qu'il est nul ou bête... c'est pour les parents un véritable « crève-cœur ».

Marlène : Mais bon en même temps je voyais qu'il n'était pas bien. Pendant ce temps-là [que dure une prise en charge avec une psychomotricienne en libéral], lui forcément il n'était pas dans son élément du tout. Il ne disait pas... il disait qu'il aimait pas l'école, et il avait plein de symptômes qui m'ont alerté aussi : des poussées d'eczéma, de l'énurésie pendant un moment... ça a dû durer pendant 5 ou 6 ans. C'étaient des alertes. Mais bon je savais pas trop comment faire. En plus il racontait pas plus que ça, à part qu'il aimait pas l'école et qu'il voulait pas y aller. Qu'il avait mal au ventre, tous les jours. Il a encore mal au ventre mais ça va mieux ! Puis il était souvent malade.

Patrick : c'était très très dur la dernière année [de maternelle]. Paul pleurait, il disait : « Ils vont encore tous se moquer de moi », ou alors c'était « Je suis nul »... c'était devenu horrible quoi, il ne voulait plus aller à l'école. Moi, il m'a brisé le cœur.

Béatrice : On en était malade... C'était un crève-cœur on savait plus quoi faire. Il pensait qu'il n'arriverait jamais à rien, au niveau de l'estime de lui c'était au bas des chaussettes hein.

La souffrance de l'enfant (somatisations diverses et baisse d'estime de soi) est certainement le moteur le plus puissant de leur action, qui va les pousser à chercher continuellement autre chose tant que les suivis n'apportent pas de bénéfiques significatifs. Le diagnostic de dyspraxie va marquer un tournant dans leur quête diagnostique, qui, rappelons-le, est une quête de sens autant que de solutions en vue de faire évoluer une situation.

3.2.2. Une conversion aux approches cognitives ? Le cas de Sophie

Le cas de Sophie est intéressant, car contrairement aux autres parents, elle va elle-même initier et stabiliser une conception psychologique et relationnelle des difficultés de son fils. Imprégnée par les référentiels analytiques dans le cadre de sa profession d'éducatrice spécialisée (lors de sa formation initiale et plus encore dans la structure (IME) qui l'emploie), elle va chercher des professionnels s'inscrivant dans cette approche pour remédier au problème avant l'entrée à l'école de l'enfant. Pour autant, elle finira par adhérer au diagnostic de dyspraxie et par repenser sa conception du problème de l'enfant, et il m'a paru intéressant d'exposer les ressorts de ce qui pourrait apparaître comme une conversion aux approches cognitives.

A 2 ans 1/2, Antoine parle peu, ne joue pas beaucoup avec ses camarades de la halte-garderie et s'investit peu dans les activités motrices. « *Par rapport à ses difficultés qu'il n'arrivait pas à exprimer, moi j'y mettais quelque chose de... par rapport à des résistances, le fait de pas vouloir... des angoisses de séparation. Des choses qu'on peut comprendre dans un travail analytique* ». Sophie est éducatrice spécialisée dans une structure accueillant des enfants handicapés mentaux, et a, dans le cadre de son travail, été formée à une approche psychodynamique des troubles. Conseillée par une de ses collègues psychomotricienne, elle décide d'entamer un suivi avec « *une psychomotricienne [en libéral] qui avait une démarche analytique* ».

Sophie : Et du coup, y avait pas de diagnostic y avait rien [du fait que ce soit une démarche analytique]. Elle disait que les difficultés d'Antoine, c'était plus par rapport à des peurs, à ce que ça pouvait représenter. (...) C'était moi aussi, et ma place de maman... Enfin je me sentais pas du tout bonne maman, j'ai vraiment été dans cette difficulté-là. Et Antoine me renvoyait quelque chose comme quoi j'y arrivais pas.

La psychomotricienne fait référence à des peurs et des angoisses de l'enfant ainsi qu'à celles de sa mère. Sophie adhère à la démarche et aux idées exprimées. Dans les récits qu'elle produit sur les difficultés de son fils, elle manie elle-même de nombreuses notions analytiques : elle parle de « *psychose* » pour parler d'autisme, d'« *angoisse de morcellement* », d'« *angoisse de séparation* », raconte qu'Antoine semble « *ne plus avoir de contenant* »⁵⁰⁵... autant de termes et d'idées qui relèvent d'une conception psychodynamique de l'enfant et de ses troubles. Elle n'est pas dérangée par l'absence de diagnostic, et parle même de façon péjorative d'« *étiquetage* »⁵⁰⁶ quand elle parle de sa première confrontation au diagnostic de dyspraxie – auquel elle n'adhère d'ailleurs pas. Enfin, elle se questionne tout du long sur son « *rôle de maman* », pour essayer de comprendre les difficultés d'Antoine à partir de son histoire à elle et de ses pratiques éducatives. Sa propre angoisse devient objet du soin et elle en est reconnaissante. Son expérience est en cela très distincte des autres parents de l'enquête.

Lorsqu'Antoine a 9 ans, il réalise un bilan chez une psychomotricienne (dans le cadre d'une démarche diagnostique plus large en vue de tester l'hypothèse d'un autisme), qui constate une dyspraxie. Sophie n'y croit pas : il ne fait pas sens pour elle qu'une rééducatrice détermine si vite un diagnostic de ce type. « *Et on voyait pas l'enfant, c'était vraiment une étiquette. Y avait pas le sujet derrière* ». Philippe (ingénieur au CNES), le père d'Antoine, est depuis le départ sceptique envers les suivis qu'il juge « *obscur* » et « *totalelement flous* ». L'interprétation de la psychomotricienne en termes de dyspraxie ne le convainc pas non plus : il trouve que le profil qu'elle fait d'Antoine est « *sombre* » et il la soupçonne de « *noircir le tableau* » pour justifier son intervention auprès de l'enfant (puisqu'elle préconise un suivi sur

⁵⁰⁵ Elle emploie cette expression après avoir expliqué que lorsqu'il était petit, Antoine montrait des signes de panique lorsqu'il se trouvait sur une surface peu stable, comme de la neige ou du sable. Ces expressions ne font pas partie du langage psychologique ordinaire et dénote une véritable maîtrise des savoirs psychologiques.

⁵⁰⁶ La notion d'étiquetage employée dans ce sens renvoie à une certaine critique psychanalytique des diagnostics de « dys » décrite au chapitre 2.

plusieurs mois). Les deux parents se sentent « *attendus financièrement* »⁵⁰⁷. Ce sont ici les conditions de l'énonciation du diagnostic qui vont être déterminantes, puisque 2 ans plus tard, ils vont adhérer au bilan de la neuropsychologue qui aboutit lui aussi à une dyspraxie. Cette neuropsychologue les reçoit lors d'un long entretien pour expliquer le diagnostic, et les invite également à participer au groupe de parole qu'elle organise avec d'autres parents d'enfants dyspraxiques dans le but de comprendre collectivement le trouble, les suivis, le déroulé de la scolarité que cela va impliquer... c'est en particulier lorsqu'elle évoque l'hérédité du trouble que Sophie va se laisser convaincre : elle va se reconnaître dans les descriptions de la dyspraxie faites par la professionnelle⁵⁰⁸ (qui dépeint des profils hétérogènes) et va commencer à réorganiser entièrement sa conception du problème.

Sophie : Les conjugaisons « être », « avoir » c'était... à l'école c'était compliqué. Mais c'est vrai que même moi, en tant qu'éduc, j'ai jamais pensé qu'il pouvait y avoir un trouble des apprentissages. Moi je pensais plutôt à des résistances, je voyais vraiment le problème dans un travail analytique : que c'était son rapport à nous qui était compliqué. (...) Claire Costes travaille surtout avec lui des méthodes d'organisation. Les devoirs, sa chambre... tout est très désorganisé chez Antoine. Et c'est vrai que ça me rappelle que quand j'étais petite, j'étais toujours un peu de côté moi aussi. Petite je n'arrivais pas à parler, car quand je parlais j'avais l'impression que j'étais pas comprise. Par exemple quand on me demandait quelque chose, je disais « je sais pas ». J'aurais voulu dire, mais j'arrivais pas à construire mes phrases. Comme si j'allais pas être comprise. Et là ça faisait écho à Antoine, le fait qu'il exprime rien, qu'il raconte rien...

Au fur et à mesure de l'entretien, qui retrace de façon relativement chronologique leurs parcours, les descriptions des difficultés d'Antoine et le vocabulaire employé par Sophie évoluent. Elle mobilise davantage le registre cognitif en décrivant des problèmes d'organisation, de mémoire de travail, de lenteur et de difficultés scolaires (qui n'étaient jusqu'alors pas évoquées). La scolarité n'avait pas été laissée de côté par la famille puisqu'ils s'étaient opposés à un redoublement en CE1 et ont mis en place du soutien scolaire à partir du CM1 – ils n'arrivaient plus à faire les devoirs eux-mêmes avec leurs fils, qui devenaient une activité trop conflictuelle. Le diagnostic de dyspraxie va ouvrir une nouvelle possibilité d'action avec des aménagements de la scolarité, notamment du temps supplémentaire et des allègements de tâches, qui vont soulager l'enfant.

A côté du sens que les parents mettent derrière le diagnostic de dyspraxie et qui les aident à comprendre la situation, c'est là encore la question des effets des suivis sur l'état de l'enfant qui vont les faire adhérer ou détourner d'une prise en charge. Bien que conquise aux analyses psychodynamiques, Sophie finit par s'approprier une expertise qu'elle mésestimait dans un premier temps, car les neuf années passées de prises en charge ne leur ont apporté que peu de bénéfices. C'est aussi la justification élaborée par Agnès pour expliquer son « changement de bord » :

⁵⁰⁷ Plusieurs parents de l'enquête regretteront cette organisation des soins, avec des acteurs en libéral qui sont coûteux, mais aussi « juge et partie », puisque c'est leur propre bilan qui détermine la nécessité du suivi. Ils sont plusieurs à parler de ce secteur d'activité comme d'un *business* qui « se ferait de l'argent » sur le dos de leurs inquiétudes et des difficultés de leurs enfants.

⁵⁰⁸ Elle réalise d'ailleurs elle-même un bilan avec cette neuropsychologue, et le fait passer à sa fille Mia aussi : les deux confirment une dyspraxie.

Agnès : J'étais vachement confiante là-dedans puisqu'il y avait des gens autour de moi qui m'en disaient beaucoup de bien : « ça a changé ma vie », ceci cela... (...) Et maintenant, la différence [entre psychanalyse et TCC] c'est que je pense que les TCC ce sont des scientifiques, ils font des expériences et ils regardent si c'est efficace ou pas. C'est une démarche SCIEN-TI-FI-QUE. Puis les psychanalystes, ils s'en fichent un peu de la vie quotidienne de l'enfant, ça peut être le désastre à l'école, ou... Ils n'ont pas la culture du résultat aussi [sourire ironique]. C'est-à-dire qu'ils ne sont pas censés obtenir... c'est extraordinaire : ils ont toute la vie devant eux ! C'est... maintenant j'ai complètement changé d'attitude. (...) (...) Et d'un point de vue psychologique même, moi qui ai suivi cette méthode [TCC] pour me faire aider moi-même, ben ça n'a rien à voir comme efficacité. En 3 ans le problème est réglé. 3 ans. Pas 10 ans. D'ailleurs, au bout de 10 ans, on ne sait même pas si le problème est réglé. Là, c'est vraiment quelque chose qui a un résultat probant et la vie quotidienne est beaucoup plus facile. Alors pour un enfant, c'est encore plus fort.

La proximité de la mère avec un discours psychologique (ici en l'occurrence pour la psychanalyse) va marquer le parcours de l'enfant, mais l'expérience des suivis peut tout à fait réorganiser ces affinités de départ. L'absence d'évolution positive de l'enfant érode la confiance accordée, et rend les parents disponibles pour une autre approche du problème.

3.3. Le diagnostic dans la sphère intime

3.3.1. La dyspraxie réorganise le quotidien familial

Lorsqu'on annonce aux parents de l'enquête le diagnostic de dyspraxie, ils n'en n'ont jamais entendu parler avant. Le trouble cognitif va faire sens pour ces familles, autant qu'il va ouvrir la voie à de nouvelles possibilités d'action qui vont favoriser leur appropriation. C'est une interprétation nouvelle que proposent les professionnels (avec l'idée forte pour les parents que l'enfant conçoit l'action mais ne parvient pas à la réaliser telle quelle), qui vient réorganiser leurs connaissances de leur enfant. La dyspraxie vient mettre de l'ordre dans un ensemble de données qui leur paraissaient jusqu'alors disparates, et les emmène à réinterpréter de nombreux événements du passé. En déplaçant le regard, ils remarquent aussi des choses jusqu'alors inaperçues :

Agnès : Elle a une lenteur exécutive, mais une lenteur... ! En fait moi je ne m'en suis rendue compte qu'après [après le diagnostic de dyspraxie et les bilans de la psychomotricienne lorsque Léa est en 4^{ème}]. Là il se passe un truc [avec la réception du diagnostic de dyspraxie], tout d'un coup on s'aperçoit qu'elle écrit à une vitesse... ! On ne peut pas réussir à l'école quand on écrit si lentement. Déjà ça c'est pas possible. Elle écrit bien, mais pour écrire bien, elle appuie, et elle a une espèce de grosse bosse sur le doigt. Parce qu'il fallait absolument qu'elle écrive bien. Donc c'est à trois à l'heure quoi. Résultats : elle zappe tout ce qu'on dit. Donc c'est foutu, elle est déjà en échec à partir de là. Et ça, ça je ne l'ai compris qu'à ce moment-là.

L'explication cognitive fait notamment sens par rapport aux explications psychologisantes qui leur paraissaient décalées, en tout cas insuffisamment instructives sur la situation. Ils sentaient qu'« il y avait

autre chose » : « ça ne peut pas être que ça », « je voyais pas le truc », « je sentais qu'il y avait autre chose derrière tout ça ». « Bon ok on n'est pas parfaits, mais peut-être que y a pas que de nous aussi quoi. Y a aussi des troubles ! » (Benoît). Le trouble cognitif leur fournit une explication plausible (car cohérente avec leurs observations), là où la souffrance de l'enfant et ses comportements étonnants⁵⁰⁹ restaient incompréhensibles. Puis il ouvre la voie à l'action.

Béatrice : C'est développemental, on ne naît pas avec mais on s'en aperçoit car ça entrave le développement normal. Mais si on naît avec... Non ça voudrait dire que c'est génétique, et ça je sais pas, ça fait longtemps que j'ai pas lu dessus... Puis on sait pas à quoi c'est dû. Puis de toutes façons on s'en fout, c'est ce que m'ont dit les médecins aussi : une fois que le diagnostic est posé, il faut réfléchir à ce qu'on doit mettre en place. Ça changera rien quant à sa prise en charge de savoir d'où ça vient.

Stéphanie : C'est plus facile d'avoir un nom à mettre dessus, malgré tout [Stéphanie raconte un peu avant la douleur que peut représenter l'annonce d'un handicap de l'enfant]. A partir de là, c'est plus simple de mettre en place des applications, que de pas avoir de nom et de tourner autour du truc quoi. Parce que là on a réussi à choper des bouquins, et à partir de là à appliquer des trucs, améliorer certaines choses et ça facilite quand même pas mal la vie.

Les parents vont agir dans la sphère familiale, en changeant leur regard et certaines de leurs attitudes et pratiques éducatives envers l'enfant. Là où par exemple ils « s'énermaient » contre les oublis répétitifs de l'enfant, ils mettent en place des outils afin que l'enfant puisse s'organiser seul (un tableau contenant les actions du soir à faire, des fiches afin d'organiser le cartable...). Ils s'énerment moins, sont davantage compréhensifs envers leurs enfants et mettent en place une organisation familiale qui soulage une vie de famille parfois abîmée⁵¹⁰.

3.3.2. Dissiper le spectre de la maladie mentale

Bien que Bruno et Stéphanie aient rapidement quitté le CMPP (après la deuxième séance), la proposition de soin du centre les a fait douter quant à l'intégrité psychique de leur enfant.

Stéphanie : On est aussi allés voir un psychiatre, parce que les autres [professionnelles du CMPP], moi elles m'ont fait peur, parce que... en le mettant avec des gamins comme ça, speed, violents etc., on s'est quand même dit : « y a un truc qu'on a pas vu, on a dû louper... ». Je sais pas, elle est psy, *a priori* elle connaît son boulot. (...) C'est bien malgré tout [malgré la difficulté d'entendre que son fils a un handicap]

⁵⁰⁹ D'ailleurs, le registre de la bizarrerie et de l'étrangeté, souvent présent pour décrire l'enfant dans ses premières années disparaît au profit de l'explication neurocognitive par la suite : l'enfant n'est plus « bizarre », il a des « bugs techniques », une « lenteur exécutive », « fonctionne par circuits détournés »... Cependant, il faut rappeler que pour quelques parents, l'explication psychologique a pu faire sens durant un temps : « *Bien sûr ça fait sens ! [l'explication familialiste] Sa sœur jumelle brillante, son père et moi qui divorçons, on se remarie peu après... bien sûr qu'on se dit que ça peut jouer !* » (Marie). Élise et son burn-out, Agnès et la pression familiale...

⁵¹⁰ E. Goffman parle des quotidiens ravagés des patients de la psychiatrie et de leurs familles. Goffman E., 1973a, « La folie dans la place (Appendice) », dans *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, les Éditions de minuit, p. 313-361. Dans le cas des familles enquêtées le terme semble trop fort, ce pourquoi je parle plutôt d'un « quotidien abîmé ». Les récits familiaux sont toutefois très divers sur cette question du quotidien : si certains le décrivent à la limite du supportable ou bien épuisant, d'autres estiment que c'est une non-thématique. Ces divergences de point de vue semblent autant liées à des styles et attentes éducatives qu'aux formes d'expression de la dyspraxie (les enfants agités sont chaque fois dits durs à gérer, contrairement à ceux plus apathiques).

de mettre un nom dessus. Voilà, quelque part il est normal, il va pas se passer des trucs étranges, il va pas virer psychotique, il est pas en train de péter les plombs. Ce qui facilite les choses en fait, c'est d'apprendre que c'est un trouble neurologique, et non pas un trouble mental, genre trisomie, psychopathe (*rires*), autisme... des trucs lourds quoi. Alors que là, c'est juste un bug, une petite connexion qui se fait pas quoi.

Bruno : C'est rassurant de savoir que dans la tête ça va bien oui.

Déterminer un diagnostic, c'est aussi en éliminer d'autres, et en l'occurrence le trouble cognitif permet aux parents d'éloigner le spectre de la maladie mentale. Peu de parents ont craint l'annonce d'une « folie » (un diagnostic de maladie mentale tel que psychotique ou schizophrène), mais ceux dont ça a été le cas, le trouble neurologique leur apparaît comme un moindre mal, car moins « étrange », mieux gérable et moins incertain quant à son évolution et aux futurs possibles de l'enfant.

Marie : Mais je suis sortie rassurée [du CRTLA où la dyspraxie a été diagnostiquée lorsque Franck avait 9 ans] car il y avait un nom. Après on a fouillé sur internet, et là vraiment on a dit : « ça ressemble à Franck, en effet ! Ça correspond parfaitement, c'est pas si grave que ça ». Puis on l'a dit à Franck. Parce que lui disait, depuis le CE2 : « Quand je veux écrire ma main ne fait pas ce que je lui dis ». Alors entre ce discours, les ombres [Franck fait de nombreux cauchemars peuplé d'« ombres » à cette époque] et le reste... (inspiration profonde) Là je me disais, un jour il va prendre un couteau pour me trucider, et il dira : « ma main a pas fait ce que je lui disais ! » Parce qu'au fond de vous, quand même vous vous dites : « il est pas tout à fait équilibré ce petit ! » Et on sait pas pourquoi ! Maintenant je sais pourquoi, en effet sa main ne fait pas ce qu'il lui dit.

Si les sociologues ont pu décrire la découverte d'un handicap mental chez l'enfant comme une rude épreuve pour les parents, les exposant à un monde qu'ils conçoivent comme enfermant et stigmatisant (et qui implique un travail et une organisation familiale spécifiques, des liens sociaux à repenser)⁵¹¹, et annonçant un avenir incertain⁵¹², la confrontation au handicap cognitif peut être à l'inverse vécue comme un soulagement pour les parents qui craignaient « pire » : dans ces cas, la dyspraxie n'exclut pas seulement l'enfant de la catégorie des « normaux », mais aussi de catégories d'« anormalité » jugées plus graves, plus stigmatisantes sûrement, mais surtout difficiles à prendre en charge pour les familles et rendant l'avenir plus incertain. Le récit de ces parents nous ramène à la grande diversité de la métacatégorie « handicap »⁵¹³, qui regroupe en son sein (et tend à en homogénéiser le traitement) un ensemble disparate d'individus et de situations dont les « désavantages » n'ont que peu à voir les uns avec les autres. Les

⁵¹¹ S. Ebersold, *Parents, professionnels face au dévoilement du handicap*, op. cit. ; J.-S. Eideliman, « *Spécialistes par obligation* », op. cit.

⁵¹² P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit. ; A. Parron, *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques : enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse, 2011.

⁵¹³ I. Ville, J.-F. Ravaud et A. Letourmy, « Les désignations du handicap », *Revue française des affaires sociales*, 2003, n° 1-2, 1, p. 31-53. Dans cet ouvrage, les auteurs concluent à une « irréductibilité des différents modes de désignation du handicap. La diversité des populations observées ébranle le mythe selon lequel il existerait une population handicapée homogène permettant un traitement global et conduit plutôt à considérer chaque facette du handicap comme une ligne d'investigation en propre, le croisement des différentes approches offrant un panorama le plus complet possible de la question ».

conséquences et enjeux sociaux propres au handicap cognitif pour les familles sont en partie distincts de ceux liés au handicap mental.

Davantage encore que le spectre de la maladie mentale, c'est la figure repoussoir du mauvais élève que le diagnostic de dyspraxie va permettre de tenir à distance. Le trouble cognitif va requalifier une expérience enfantine et familiale mise à mal par les difficultés scolaires et les prises en charge parfois disqualifiantes, leur permettant d'affirmer les qualités intellectuelles de leur enfant, autant que sociales et morales – qualités dont certains d'entre eux étaient parvenus à douter.

3.4. Un diagnostic requalifiant et distinctif

3.4.1. Un enfant intelligent

Le niveau scolaire des enfants dyspraxiques de l'enquête est hétérogène. Certains sont décrits comme de franchement bons élèves, d'autres plus en difficulté. Les parents décrivent souvent une grande hétérogénéité des performances des enfants selon les domaines et les modes d'évaluation. Sofiane semble incapable de retenir une poésie ou des tables de multiplication par cœur, mais présente à côté de ça une grande culture générale et de bonnes capacités d'analyse de textes ; plusieurs enfants obtiennent de bons résultats lorsqu'ils sont évalués à l'oral, mais catastrophiques si on les fait écrire ; certains sont très littéraires et peu scientifiques ; d'autres en difficulté dans toutes les matières... Bien que ces scolarités en dent de scie apparaissent peu spécifiques dans le paysage des difficultés scolaires, les parents (de la même manière que les promoteurs de la cause des troubles spécifiques des apprentissages) insistent sur la nature singulière des difficultés de leur enfant, liées à un problème neurologique : il « sait » mais serait empêché ou trahi par son corps ou son cerveau.

Enquêtrice : C'est pas un mauvais élève ? [Ugo est à ce moment-là en CM2]

Séverine : Non pas du tout. Puis quand il est pas bon, c'est vraiment lié à sa dyspraxie.

Enquêtrice : On ne vous a jamais proposé un redoublement ?

Séverine : Non, il n'y a jamais eu d'histoire de redoublement, on nous a toujours dit qu'il fallait qu'il passe. Puis ça sert à rien qu'il redouble de toutes façons, vu que ses difficultés c'est pas lié à ses capacités intellectuelles mais à un handicap [Séverine se réfère pour cela aux deux bilans QI réalisés par Ugo à l'âge de 4 puis de 8 ans].

Dans les discours des parents, le profil de leur enfant a ceci de particulier pour un enfant en difficulté qu'il a de bonnes capacités intellectuelles. Les références à l'intelligence sont systématiques, pour dépeindre une intelligence normale voire « *un petit peu au-dessus de la moyenne* » (Valérie, en parlant d'Émilio).

Édith : Puis à l'école c'étaient toujours les mêmes réflexions : « De toutes façons vous n'en ferez pas grand-chose de votre enfant ». C'est comme dire « il est débile » quoi... on lui a déjà dit ça. Et pour info, Martin a un QI supérieur à la normale. Moi c'est pas le genre d'info que je sors. Au début je le disais : « il est pas débile : il est surdoué », puis on me disait : « c'est une grosse feignasse ». Donc bon, c'est pas forcément une cartouche que je vais tirer. On adapte, on ne montre pas tout. C'est une protection. On est obligé de se protéger.

Stéphanie : Oscar il en a dans le crâne, donc c'est pas ça le problème. Il y aura toujours un moyen pour qu'il applique ce qu'il sait.

Bruno : Et même à l'asso [l'association DMF] ils ont un peu regardé le truc [les bilans psychologique et psychomoteur de l'enfant], et ils pensent que c'est un enfant un peu précoce.

Stéphanie : Bon léger hein, mais peut-être qu'il comprend un peu plus vite que la normale oui. En tout cas il capte tout. Je pense que c'est [la dyspraxie] pas une difficulté réelle, faut juste qu'il apprenne à contourner. La difficulté réelle va être de faire comprendre aux gens qui vont être là pour lui enseigner qu'il a un problème, un trouble et qu'il faut l'aider à le contourner.

L'idée d'une précocité ou d'une surdouance revient dans neuf entretiens. W. Lignier, qui a consacré son travail de thèse à la précocité intellectuelle et à ses appropriations par les familles, montre que le diagnostic est employé principalement à des fins scolaires⁵¹⁴. Si l'échec scolaire des enfants précoces est objectivement très rare (60% d'entre eux étant même en avance scolairement par un saut de classe), il est tout de même craint par les parents. Au-delà du risque d'échec, ils trouvent que les jugements scolaires ne reconnaissent pas l'enfant à sa juste valeur (notamment celle de son intelligence), valeur mieux révélée selon eux par les tests psychométriques. Les enfants précoces présentent souvent des décalages avec les attendus de l'institution (notamment en termes de comportement et d'attitude au travail) et des performances hétérogènes (quoique bien meilleures que celles des enfants dyspraxiques) faisant d'eux des élèves bons mais « incomplets ». Le diagnostic de précocité intellectuelle permet de rehausser un jugement scolaire jugé en deçà des qualités de l'enfant en opérant un saut qualitatif : l'intelligence de l'enfant n'est pas que supérieure, elle est d'une autre stature, et c'est pour cela que l'école ne parvient pas à saisir son excellence. L'enfant est symboliquement ailleurs, sa noblesse est psychologique. Le diagnostic a clairement une valeur distinctive en affirmant que les enfants ne sont pas des élèves « scolaires » (expression ici à connotation péjorative) mais autrement intelligents.

On ne retrouve pas chez les parents de l'enquête cette idée de supériorité ou de noblesse psychologique, sûrement du fait qu'à côté de ses qualités intellectuelles, l'enfant rencontre de fortes difficultés auxquelles les parents sont eux-mêmes confrontés – le quotidien avec l'enfant est parfois difficile. La précocité – et même d'ailleurs « l'intelligence normale » – vient dans leur cas davantage atténuer le stigmatisme dont ils sont l'objet⁵¹⁵. On retrouve ici l'emploi des notions de brillance que Pauline Blum a observé dans les cas où les jeunes concernés sont par ailleurs pris en charge en psychiatrie pour des difficultés psychiques autrement inquiétantes. La notion de brillance vient compenser une situation de déclassement social et symbolique des familles au quotidien ravagé, elle « offre un dernier recours à

⁵¹⁴ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit.

⁵¹⁵ Dans le monde scolaire surtout puisque nous l'avons vu, l'entourage ne doute jamais de la bonne intelligence de l'enfant, mais plutôt de la réalité de ses difficultés.

l'estime de soi lorsque s'évanouissent les autres principes de légitimation »⁵¹⁶. Affirmer l'intelligence de l'enfant, c'est une manière de rappeler (aux autres et à soi-même) que l'enfant n'est pas seulement envisageable au travers de ses manques et de ses dysfonctionnements, mais qu'il a également un ensemble de qualités originales. Les parents avouent eux-mêmes avoir tendance à ne plus voir que leurs difficultés, en particulier lorsqu'ils n'en n'ont pas encore compris le sens et trouvé les prises en charge adaptées. Pour les parents d'enfants dyspraxiques, la valorisation de l'intelligence de leur enfant est aussi une façon de justifier ses difficultés scolaires, et de les distinguer de ce qu'ils estiment être le *vrai* échec scolaire. En affirmant que leur enfant est intellectuellement capable de bénéficier d'une scolarité ordinaire, ils désignent en creux les autres enfants en échec, ceux que l'on écarte du système scolaire « à juste titre », car intellectuellement pas au niveau.

3.4.2. Un enfant de bonne moralité

« L'enfant veut mais ne peut pas ». Si l'enfant dyspraxique est intellectuellement capable, il est aussi de bonne volonté, et c'est une idée forte que les parents entendent asseoir avec le diagnostic. Ils insistent sur le désir de réussite de l'enfant (et sa tristesse ou son désarroi de ne pas y arriver) mais aussi sur sa gentillesse, sa curiosité, son ouverture d'esprit ou encore sa grande tolérance⁵¹⁷. C'est ainsi un ensemble de qualités morales de l'enfant qui sont énoncées par les parents et qui doivent là encore le distinguer d'une certaine figure négative du mauvais écolier : celui qui ne fait pas d'effort, ne se donne pas les moyens, se moque de l'institution, n'est pas intéressé.

La valorisation des qualités morales des enfants doit attester de leurs qualités sociales, et plus exactement de la qualité de leur environnement social – familial. Plusieurs parents se sont sentis culpabilisés durant la scolarité de l'enfant ou son parcours de soin : ils ont pu se sentir accusés de ne pas fournir un terreau social favorable au développement de l'enfant, du fait qu'ils le stimuleraient peu ou le couvreraient trop, ou du fait d'une mère psychologiquement instable. Les parents récusent ces accusations, mais acceptent l'idée que, dans d'autres situations, les carences familiales puissent être à l'origine de déviances ou d'échec scolaire des enfants. Ils cherchent alors à se distinguer de ces autres, ces enfants qui n'y arrivent pas du fait d'histoires familiales difficiles.

⁵¹⁶ Bourdieu P., 1989, *La noblesse d'État : grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éditions de Minuit, cité par Pauline Blum, Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine, p.116

⁵¹⁷ D'ailleurs, ces qualités peuvent être interprétées comme un pendant du trouble. Par exemple, d'après leurs parents, Oscar et Ugo se montrent gentils et tolérants envers les autres enfants parce qu'ils ont des difficultés : ils savent ce que sont les moqueries et la marginalisation et ne souhaitent ça à personne. A vrai dire, tous les parents ne vantent pas ces qualités, certains faisant part d'attitudes d'opposition de la part de leur enfant adolescent, de fainéantise ou de mauvais caractère. Ils le comprennent là aussi comme la conséquence du trouble (le fait que tout leur est coûteux) ou du traitement social rude dont ils ont fait l'objet toute leur scolarité : mauvaises notes, appréciations négatives des enseignants, moqueries des camarades...

3.4.3. La qualité de l'environnement social

Nous avons vu qu'au CMPP, certains parents ont eu la sensation d'être mêlés de façon déplacée à des publics qu'ils jugeaient éloignés de leur problématique : des enfants « *proches de la maladie mentale* », et des parents « *totale­ment dépassés* » et « *démunis* ». Il est intéressant de remarquer que dans ce contexte, la pathologie de Loïc devient « *un petit décalage* » (voir extrait d'entretien point « 3.2.1.1. Sentiment de disqualification »), alors que par ailleurs, sa mère décrit un quotidien parfois très rude avec son fils. Ce qui est dit ici en fait, c'est que davantage qu'une difficulté moindre, c'est surtout une difficulté d'une nature différente que les parents veulent faire reconnaître. « *C'est pas pareil* » : pour soutenir une telle affirmation, ils font gage de bonne éducation et se présentent comme faisant partie d'un milieu éduqué et donc nourrissant pour l'enfant, contrairement aux « *parents qui étaient en prison* », d'« *origine étrangère* », ou plus généralement aux faibles ressources culturelles, qui peuvent entraver le bon développement de l'enfant.

Durant l'entretien, les parents justifient de leurs bonnes pratiques (« sortir l'enfant », « l'éveiller »...) et affirment constituer un milieu favorisé avec notamment un bon niveau d'éducation. « *Tout ce que j'ai fait, ce sont des réflexes de parents éduqués* » (Annabelle, avocate d'affaire en entreprise privée), « *Nous c'est vrai qu'on a cette éducation, on est médecins. Mais d'autres plus démunis...* » (Laurence, dentiste), « *Il faut dire qu'on lit beaucoup à la maison. (...) On va au théâtre aussi régulièrement avec les enfants. Donc aussi Martin est dans un bain de culture favorable* » (Édith, infirmière), « *par contre elle parle très bien [Célya vient de décrire les grosses difficultés scolaires de Justine, actuellement en lycée professionnel]. Elle a un vocabulaire étendu, des constructions de phrases... Mais ça c'est peut-être aussi le milieu dans lequel elle évolue, c'est vrai qu'on parle plutôt bien [dans la famille], donc ça l'a sûrement imprégnée* » (Célya, enseignante). Pour ces parents confiants dans leur niveau socio-culturel comme dans leurs pratiques éducatives, l'idée du trouble cognitif, a-social et a-moral va résonner positivement par rapport aux explications familialistes.

Le diagnostic de dyspraxie leur permet ainsi d'affirmer socialement qu'en tant que parents, ils ne sont pas responsables des difficultés de leur enfant. Ils passent « de coupables à victimes » pour reprendre l'expression de J. Jupille. Le diagnostic cognitif permet ainsi de contrer la stigmatisation dont peuvent être l'objet à la fois l'enfant et ses parents⁵¹⁸. On peut se référer ici aux notions de « désémantisation » et de

⁵¹⁸ Même les familles n'ayant pas connu de verdicts scolaires négatifs tiennent à distinguer le cas de leur enfant de l'échec scolaire ordinaire (dû selon eux au manque d'intelligence, au manque d'effort et de travail des enfants ainsi qu'au manque de suivi et/ou de culture des parents). Ils craignent la stigmatisation avant même de la vivre. Il semble ici que les représentations communes sur le phénomène aient une influence sur les représentations parentales. « Ça fait longtemps déjà que les analyses de l'échec scolaire tendent à reporter l'origine des difficultés des élèves sur des facteurs non scolaires, comme les carences du milieu socio-culturel ou encore les démissions parentales à partir de fin 1990 ». D. Glasman et E. Douat, Qu'est-ce que la déscolarisation, in D. Glasman et F. Oeu­vrard, *La déscolarisation, op. cit.* Des figures médiatiques, comme celle de l'élève décrocheur, ainsi que les dispositifs pénalisant les parents d'élèves déviants (la suppression des allocations parentales pour élèves absents) diffusent les thèses du handicap socio-culturel et de la démobili­sation parentale dans la compréhension des difficultés scolaires, et il semble que ce soit par rapport à ce sens commun que plusieurs parents se positionnent.

« démoralisation » de la pathologie mentale forgée par Pierre-Henri Castel⁵¹⁹ : le transfert de causalité de la famille vers le cerveau libère les parents des accusations à leur endroit et leur confère même un statut de victime. Pour suivre l'idée de J. Jupille, « être parent d'un enfant qui a un déficit attentionnel [ou d'un dysfonctionnement des fonctions exécutives dans le cas des dyspraxiques] n'est pas la même chose que d'être considéré comme un "mauvais parent" »⁵²⁰. Pour comprendre ce qui pourrait apparaître comme un paradoxe – le handicap est plus souvent pensé comme un stigmate qu'une source de bénéfices pour l'individu – il faut tenir compte des interprétations antérieures du problème. Si la dyspraxie soulage les familles, c'est qu'elle permet d'éviter ou de compenser des qualificatifs plus stigmatisants voire menaçants⁵²¹. De la même manière que les parents d'adolescents en proie à des troubles psychiques, « certains parents font ainsi du troc de stigmates : ils avancent celui-ci plutôt qu'un autre plus disqualifiant, comme l'échec scolaire par exemple ».⁵²²

3.5. (Ré)investir les enjeux scolaires

3.5.1. Maintenir de bonnes chances scolaires

Les diagnostics peuvent être utiles dans la sphère intime car ils servent d'appui aux parents pour questionner et faire évoluer l'organisation domestique – de façon parfois satisfaisante, parfois peu conséquente. C'est toutefois surtout dans la gestion de la scolarité de l'enfant que les parents vont mobiliser ces diagnostics. Ils vont le faire à plusieurs niveaux : pour invalider certains verdicts négatifs considérés comme injustes (ceux ayant trait au manque de volonté, d'effort ou d'intelligence de l'enfant), pour demander des traitements spécifiques de la part des enseignants : photocopie des cours, support Arial 14 sur feuille A3, textes surlignés, réorganisation du tableau, placer l'enfant au premier rang, lui permettre de sortir quelques minutes de classe pour l'aider à se reconcentrer, etc. ; pour influencer sur certaines orientations scolaires : éviter en particulier un redoublement, la scolarisation en filière professionnelle, en milieu spécialisé, ou encore pour obtenir une scolarisation dans un établissement privé demandé.

Les parents sont, dans ces usages, encouragés par des médecins et/ou des rééducateurs qui les incitent à être attentifs à la scolarité et à demander les aménagements et les aides existantes pour les dyspraxiques⁵²³. Ils peuvent à cet effet fournir des courriers pour les enseignants et même des clés USB avec du matériel d'information et des supports pédagogiques. Les discours des promoteurs de la cause

⁵¹⁹ P-H. Castel, « De la névrose obsessionnelle aux TOC : remarques sur le passage du paradigme psychanalytique au paradigme cognitivo-comportementaliste », in F. Champion, *Psychothérapie et société*, op. cit., 186-202.

⁵²⁰ J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit.

⁵²¹ M. Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit.

⁵²² P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit., p. 115-116.

⁵²³ Les témoignages des parents font ici écho aux entretiens réalisés avec les psychomotriciennes « neuros » qui ont montré leur implication sur les questions scolaires (Chapitre 2).

(membres d'associations, certains médecins et rééducateurs) sont enthousiastes quant aux possibilités scolaires des enfants : bien accompagné, un enfant dyspraxique pourrait devenir « médecin, avocat ou enseignant »⁵²⁴. C'est aussi pour ses usages concrets que les parents s'approprient les diagnostics. Ils veulent enrayer une dynamique de relégation scolaire, réparer une trajectoire scolaire heurtée, ou bien prévenir une dégradation des conditions de scolarisation qu'ils craignent à terme⁵²⁵. Ils voient dans ces diagnostics la possibilité d'influer positivement sur le destin scolaire de leur enfant, en leur offrant des conditions de scolarisation dignes de leur potentiel intellectuel et de travail.

3.5.2. Transmettre un statut à l'enfant

C'est ainsi la question de la reproduction sociale, ou en tout cas de la position sociale future des enfants, qui est en jeu dans le processus de qualification et de traitement de leurs difficultés. Au travers de leur investissement dans la scolarité, il s'agit bien pour les parents de transmettre son statut social à son enfant ou encore, pour les moins dotés d'entre eux, de lui faire emprunter une trajectoire sociale ascendante – surtout lorsque les parents s'estiment lésés sur leur propre parcours scolaire et n'ont pas atteint, pour des raisons externes à leur volonté et leurs capacités, le niveau social escompté⁵²⁶. Les difficultés que rencontrent les enfants précocement à l'école bouleversent les « avènements imaginés »⁵²⁷ par les parents pour leur enfant.

Rokhaya (consultante en santé publique) : Tu sais quand t'es parent ça fait toujours peur [les difficultés des enfants]. « Qu'est-ce qu'il va devenir ? Comment ça va évoluer ? » Je me suis posée souvent cette question, et jusqu'à présent ! Je me dis : « Mais mon fils, quel avenir pour mon fils ? » Parce que... on est dans une société, pas qu'en France hein mais partout dans le monde, où le scolaire prime sur tout. C'est-à-dire que pour se garantir un avenir correct, il faut forcément passer par, faire un cheminement scolaire. S'il n'y a pas de scolaire derrière, on est amené à naviguer dans les bas-fonds quoi. Enfin excuse-moi le terme, mais je parle sur le plan professionnel quoi.

Philippe (ingénieur au CNES) : C'était compliqué pour moi. Parce que moi enfant je lisais énormément, j'avais pas de souci niveau graphisme, j'ai toujours été premier en dessin de ma classe... et me retrouver face à un enfant, mon fils, qui était finalement le contraire de moi... il lisait pas du tout... C'est des difficultés que je pouvais pas du tout appréhender quoi. (...) J'arrive pas du tout à me transposer dans son trouble ! Pourquoi t'arrives pas à dessiner ? Pourquoi t'arrive pas à lire ??

⁵²⁴ Ce sont systématiquement ces trois professions qui sont mises en avant dans les événements associatifs auxquels j'ai pu assister. Elles apparaissent comme le symbole de la réussite et l'ouverture totale du champ des possibles. Les qualités artistiques des dyspraxiques sont aussi mises en avant, afin de valoriser leur côté créatif et hors normes, en dehors des codes sociaux.

⁵²⁵ Même quand la scolarité de l'enfant se passe bien et que les rapports aux enseignants sont bons, les parents restent vigilants quant à la suite de la scolarité. Ils craignent par exemple l'entrée au CE2 lorsque l'écrit sera considéré comme étant acquis, l'entrée au collège, le moment où ils tomberont sur « un enseignant pas sympa », etc.

⁵²⁶ On pense en particulier aux parents qui n'ont pas eu le Bac et auraient voulu faire des études. Ils l'expliquent soit par des conditions de vie précaires (et la nécessité de travailler jeune) soit par un traitement injuste de la part de l'institution scolaire qui n'aurait pas su mettre en valeur leurs capacités.

⁵²⁷ Notion empruntée à Pauline Blum. P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit.

Marie (éducatrice spécialisée) : Alors on avait une exigence forte au départ, au CP, parce qu'il s'accrochait aussi, et petit à petit on a lâché... enfin en le soutenant quand même, parce qu'en CE2 y a eu une proposition de redoublement et nous on a soutenu le passage.

Philippe : Faut expliquer qu'on a tous les deux fait des études supérieures, et du coup, se retrouver face à un enfant dont on sentait bien que l'école c'était pas trop son truc... On a toujours tendance à penser que l'enfant va nous ressembler. Sauf qu'en fait c'est pas le cas.

Marie : Oui c'est déstabilisant. Puis quel avenir aussi ?

Quelle que soit leur position dans l'espace social, les familles de l'enquête semblent toutes acquises à « l'idéal du salut par l'école »⁵²⁸ – et sont en cela peu distinctives. Les parents ont un désir d'école⁵²⁹, y compris dans les milieux populaires⁵³⁰, car la réussite scolaire est plus que jamais associée à la réussite sociale : ils sont de ce fait très largement soucieux du devenir scolaire de leur enfant⁵³¹. La persistance des difficultés les plonge dans une incertitude quant à l'avenir social de l'enfant qui peut se révéler angoissante. Ils se confrontent tôt aux enjeux de reproduction sociale, plus rapidement qu'ils ne l'ont anticipé et doivent trouver une issue à cette nouvelle situation. Le diagnostic de dyspraxie et les dispositifs qui l'accompagnent leur apparaît comme une issue positive car il leur évite de revoir à la baisse les espoirs scolaires qu'ils nourrissent pour leur enfant : un enfant dyspraxique « bien accompagné » doit pouvoir réaliser une scolarité épanouie sans pâtir des entraves liées à leur handicap – les aménagements scolaires et les rééducations devant permettre de compenser le handicap. Les enfants peuvent bénéficier des apprentissages scolaires ordinaires et ainsi prétendre à l'avenir social qui leur est « dû »⁵³².

⁵²⁸ P. Blum, *Un quotidien ébranlé*. Quel que soit le milieu social d'appartenance, les stratégies de reproduction ou d'ascension sociale des familles s'appuient avant tout sur l'école. Je dois préciser que je ne peux soutenir cette affirmation pour tous les pères de l'enquête, puisque je ne les ai pas tous rencontrés. Il semblerait même que certains d'entre eux, d'après les discours de leurs femmes, soient davantage distants envers les classements scolaires, notamment parce qu'ils ont acquis un statut social satisfaisant malgré une scolarité laborieuse et parfois courte.

⁵²⁹ D. Glasman et F. Oeuvarard, *La déscolarisation, op. cit.* Par désirable, les auteurs entendent le fait de trouver préférable d'être à l'école qu'en dehors (au moins jusqu'à l'âge légal de scolarisation), en ce qu'elle est un vecteur d'émancipation mais aussi un marché dominant, déterminant dans les positions sociales à venir des jeunes. Ils observent de surcroît lors de leurs travaux de terrain que le décrochage est vécu comme une expérience négative par les jeunes et leur famille.

⁵³⁰ Avec le déclin du monde ouvrier, la culture antiscolaire auparavant présente dans ces milieux a très largement reculé. Les parents souhaitent autre chose pour leurs enfants, ils reportent leurs espoirs déçus sur leurs scolarités

⁵³¹ S. Beaud et M. Pialoux, *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Monbéliard*, Paris, Fayard, 1999 ; É. Douat, *L'école buissonnière*, Paris, La Dispute, 2011 ; F. Dubet et J.-L. Allouche, *École, familles le malentendu*, Paris, Textuel, 1996 ; T. Poullaouec, *Le diplôme, arme des faibles. Les familles ouvrières et l'école*, Paris, La Dispute, 2010 ; J.-P. Terrail, *La scolarisation de la France : critique de l'état des lieux*, Paris, La Dispute, 1997. Il faut toutefois préciser que les rapports à l'école sont dynamiques et s'actualisent au cours de la trajectoire scolaire de l'enfant. Suite à l'accumulation de verdicts scolaires négatifs et en particulier l'orientation subie vers des voies de relégation, de nombreuses familles de milieux populaires se démobilisent et revoient à la baisse leurs attentes envers l'institution.

⁵³² Celui que les parents avaient imaginé du fait de ses caractéristiques sociales (famille avec du capital scolaire) ou du potentiel qu'ils lui ont prêté depuis petit.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Dans cette première partie de la thèse, j'ai voulu participer à expliquer le recrutement social à l'œuvre dans l'attribution du diagnostic de dyspraxie, en particulier la sous-représentation des milieux populaires parmi les enfants concernés, alors qu'ils constituent pourtant une large part du public en difficultés scolaires ou même plus généralement qualifié de « déviant » ou « hors-normes ». Comprendre ce recrutement, c'est connaître les processus diagnostiques et les conditions d'accès au diagnostic. J'ai pour cela essayé de faire tenir ensemble une analyse de l'offre de soin (où et comment les diagnostics de « dys » sont-ils accessibles, en regard des autres expertises psychologiques disponibles ?) et des quêtes diagnostiques menées par les parents, qui cherchent activement à donner du sens et à remédier à la situation douloureuse à laquelle ils sont confrontés.

L'analyse croisée a pu mettre en avant plusieurs éléments qui favorisaient ou à l'inverse freinaient l'accès au diagnostic : des ressources économiques confortables, une proximité géographique aux centres diagnostics, une vigilance dans le déroulé de la scolarité de l'enfant, du temps disponible et consacré à la résolution du problème, une appétence pour les magazines ou émissions pour parents, des compétences à rechercher des informations sur un secteur méconnu... sont autant d'éléments qui favorisent l'accès au diagnostic de dyspraxie ; avoir un proche « dans le milieu » (ou y être soi-même), une certaine maîtrise des savoirs psychologiques (ou une appétence pour) apparaissent en revanche comme des ressources ambivalentes, pouvant rapprocher ou éloigner la famille d'une compréhension des difficultés en termes de trouble cognitif, puisque selon sa conception des problèmes infantiles et du soin, la personne ressource peut orienter la famille dans l'un ou l'autre des circuits. Une expertise de l'école en termes de troubles relationnels ou de handicap socio-culturel, une prise en charge en CMPP, un rapport de docilité aux institutions et aux professionnels peuvent éloigner durablement l'enfant du diagnostic neurocognitif. Pour toutes ces raisons, on comprend la mise à l'écart des milieux populaires dans ces diagnostics. Pour autant, un haut niveau culturel et économique ne garantit pas non plus l'accès au diagnostic, la psychanalyse pouvant aussi constituer un recours légitime, et même distinctif. Les femmes ne sont pas non plus toujours disponibles pour investir l'espace médico-psychologique lorsqu'elles sont dans des carrières professionnelles qui occupent une grande part de leur temps et de leur charge mentale.

La structuration d'une offre de soin en filières apparaît productrice d'inégalités, car elle requiert des familles un investissement et des ressources variées afin de s'y repérer et de faire des choix. Elle peut constituer une opportunité pour les parents, qui vont faire jouer la concurrence entre les différents experts et vont pouvoir imposer la définition qui leur paraît la plus pertinente et prometteuse. Cette offre médico-psychologique est aussi un espace différenciateur, où les caractéristiques sociales – revenus, personnes ressources, connaissance du milieu médico-psychologique, lieu de résidence... – des familles vont être déterminantes dans la construction des trajectoires enfantines (car elles vont influencer leurs pratiques

autant que celles des professionnelles). Elle peut aussi représenter un espace exaspérant pour les parents qui ne parviendront pas à maîtriser cette offre de soin – ou pas « à temps » de leur point de vue.

Dans les récits parentaux, comme l'a montré l'équipe de sociologues ayant récemment enquêté autour des perceptions et des traitements de l'agitation infantile, « on voit s'articuler étroitement les dimensions pratiques et les dimensions symboliques ou identitaires qui composent ces quêtes diagnostiques [parentales], toujours indissociablement quêtes de solutions et de sens »⁵³³. Les parents cherchent une explication qui leur permette de comprendre la situation et d'agir dessus dans le but de l'améliorer. La souffrance de l'enfant (morale et parfois physique) est certainement le moteur le plus puissant de leur action. Ils sont confiants dans leur style de vie et leurs pratiques éducatives et vont rapidement chercher à s'extraire des prises en charge qu'ils ressentent comme culpabilisantes et mal appropriées. Le diagnostic de dyspraxie gagne leur adhésion grâce à plusieurs qualités : il fait sens, déculpabilise la famille, valorise certaines qualités de l'enfant qui avaient pu être oubliées derrière ses difficultés, et ouvre la voie à l'action sociale et scolaire. Ces diagnostics sont aussi saisis contre d'autres : leur succès ne peut se comprendre si l'on ne tient pas compte des disqualifications vécues par la famille et de la dégradation réelle de l'état de l'enfant, d'un point de vue scolaire mais plus encore de santé générale.

Bien que l'annonce du handicap d'un enfant soit déstabilisante, le diagnostic cognitif ouvre la possibilité d'une amélioration de la situation pour les familles dans les semaines ou les mois qui suivent son annonce. Il apparaît dans ces trajectoires comme une ressource davantage qu'un stigmat, notamment pour ses propriétés distinctives et les dispositifs auquel il donne droit d'accès : prise en charge financière des séances de rééducation, inclusion en milieu ordinaire avec différents aménagements scolaires. Des sociologues parlent d'ailleurs à leur propos de « bénéfice » ou « rentabilité scolaire »⁵³⁴. Cependant, les trajectoires scolaires des enfants après un diagnostic médico-psychologique sont rarement étudiées⁵³⁵. On peut donc légitimement se poser la question de la réalité des espoirs produits par les médecins et portés par les parents : comment les trajectoires scolaires des enfants et des jeunes sont-elles affectées par le diagnostic ? Viennent-ils nécessairement contrer un traitement stigmatisant, proposent-ils ou non de nouveaux possibles ? Si la scolarité est l'enjeu majeur de ces diagnostics, quel est leur impact, et à quelles conditions ? Ces questions sont d'autant plus légitimes que les scolarités des enfants dyspraxiques étudiées

⁵³³ A. Béliard et al., « Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

⁵³⁴ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; S. Morel, « Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? », *Administration Education*, 2018, N° 157, 1, p. 51-60 ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. « Se mouvoir dans cet univers non unifié suppose néanmoins des ressources culturelles et économiques et on voit donc apparaître, au sein du groupe des parents d'enfants en difficulté scolaire, des inégalités croissantes entre ceux, principalement issus des classes moyennes et supérieures, qui mobilisent les ressources médicopsychologiques les plus « rentables » sur le marché scolaire et ceux qui, faute de ces ressources, sont davantage réduits à un rôle passif et à des étiquetages plus stigmatisants ». S. Morel, « Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? », art cit, p. 56.

⁵³⁵ A part W. Lignier qui s'est intéressé à la scolarité des enfants précoces, leurs conditions de scolarisation ainsi que leur entrée dans l'âge adulte avec la question du devenir du diagnostic après l'école. Les enquêtes prenant pour objet les troubles des apprentissages, lorsqu'elles s'intéressent aux parcours des enfants, s'arrêtent au moment entourant l'obtention du diagnostic et n'étudient pas à moyen ou long termes les scolarités des enfants concernés.

apparaissent très diverses, de l'emprunt des filières les plus nobles (scolarisation en filière scientifique au lycée) aux plus disqualifiantes (enseignement professionnel et enseignement spécial). Elles sont l'objet des deux prochains chapitres.

On répondra à ces questions d'abord par l'analyse d'une trajectoire, celle de Simon, qui a été bouleversée par la confrontation au diagnostic de dyspraxie puisqu'il marque son retour en milieu ordinaire après un détour par l'éducation spéciale (Chapitre 4). L'étude de ce cas nous permettra de considérer les conditions qui ont rendu possible cet impact du diagnostic pour cet enfant. Ensuite, dans le chapitre 5, je proposerai une typologie de l'impact du diagnostic sur les trajectoires scolaires. La diversité du public enquêté constitue-là une richesse, puisqu'il a été possible de comparer des trajectoires d'héritiers avec celles d'enfants de milieux plus modestes, des enfants qui ont obtenu des diagnostics rapidement et d'autres qui ont fait l'objet de qualifications plus stigmatisantes auparavant. Ceci m'a permis d'observer le diagnostic dans des ensembles configurationnels très divers et m'a forcée à penser ses effets en interrelation avec un ensemble d'éléments disparates.

PARTIE II

Les trajectoires de la dyspraxie

Comment les diagnostics de dyspraxie impactent-ils la trajectoire scolaire des enfants concernés ? Cette question est le point de départ des analyses qui sont développées dans les deux prochains chapitres. J'ai justifié l'intérêt pour la scolarité des enfants par le fait qu'elle était le moteur de l'action parentale dans la quête diagnostique. Je m'y intéresse aussi en ce qu'elle constitue un marché dominant⁵³⁶, le premier auquel se confronte tout individu dans sa vie sociale : elle sanctionne les manières d'être et de faire des individus et hiérarchise les individus et les groupes. À terme, en classant les élèves, l'institution les oriente vers des positions sociales, et, sans jamais les déterminer totalement, encadre le domaine des possibles.

Les innovations dans le domaine scolaire sont alors intéressantes à observer pour savoir comment elles influencent les dynamiques de classement des enfants. Les discours neurocognitifs sur la difficulté scolaire⁵³⁷, et plus encore les dispositifs qui en découlent, font partie des innovations récentes qui méritent l'analyse sociologique. Les diagnostics de dyspraxie et de troubles des apprentissages engagent plusieurs changements dans l'appréhension de la difficulté scolaire. Des changements dans les représentations d'abord, en décrivant une toute autre logique à la survenue des difficultés scolaires que celles des classements traditionnels : des compétences cognitives défaillantes ou atypiques empêchant le traitement ordinaire des informations (mémorisation, automatisation des procédures, mise en exécution d'une action...), en lieu et place d'une absence de volonté, d'un manque de travail, d'un retard mental, d'un trouble psychoaffectif, d'un environnement familial carencé ou dysfonctionnant... Nous avons vu dans les chapitres précédents que suite à la confrontation au diagnostic, les parents changeaient leur regard sur leur enfant, ainsi que certaines de leurs pratiques éducatives et de gestion du quotidien. C'est aussi le regard du corps professionnel enseignant sur la difficulté scolaire qui doit évoluer avec la diffusion de ces diagnostics⁵³⁸. Si les enseignants ont moins d'intérêts directs que les parents à se les approprier⁵³⁹, ils y sont enjoint, quand ce n'est contraint, par leur propre hiérarchie (qui reconnaît ces nouvelles pathologies et y associe des droits et des dispositifs spécifiques⁵⁴⁰), la MDPH, les spécialistes qui interviennent de plus en plus dans l'école, et bien sûr les parents qui cherchent à faire valoir des prises en charge spécifiques.

Les changements de représentations s'accompagnent donc de changements dans les pratiques d'encadrement et de traitement des enfants, familiales, scolaires et de « soins ». On ne va pas s'adresser de la même manière à l'enfant selon que l'on pense qu'il fournit les efforts nécessaires ou non pour accomplir

⁵³⁶ B. Lahire et al., *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, op. cit.

⁵³⁷ Je préfère cette expression à celle de médicalisation de l'échec scolaire qui masque la réalité des processus comme on avait pu le voir dans le chapitre 2, notamment car la pathologisation des difficultés n'entraîne pas nécessairement un traitement médical. Sur ce point voir aussi : A. Béliard et al., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », art cit.

⁵³⁸ Si des données ont émergé tout au long de cette enquête, laissant entrevoir des appropriations enseignantes très diverses de ces nouvelles catégorisations, une vraie enquête reste à faire sur le sujet.

⁵³⁹ Elles n'entraînent pour eux aucune requalification symbolique ni ne facilitent les conditions d'exercice de leur métier.

⁵⁴⁰ Des formations sur les troubles des apprentissages sont également dispensées aux enseignants, dans le cadre de la formation initiale et continue. On ne peut que présumer qu'ils deviendront une catégorie supplémentaire de « l'entendement professoral ». M. De Saint Martin et P. Bourdieu, « Les catégories de l'entendement professoral », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, 1, 3, p. 68-93.

l'activité demandée ; on ne va pas chercher à « libérer sa parole » si l'on pense que ses difficultés résultent de mauvaises connections neuronales ; on ne va pas avoir envers lui les mêmes exigences que celles vis-à-vis des autres élèves si l'on considère que certaines de ses facultés (comme celle d'écrire) sont irrémédiablement atteintes, etc. Et puisque cette nouvelle catégorie explicative de la difficulté scolaire ne s'apparente à aucune autre, des dispositifs spécifiques ont été mis sur pied à partir de 2005 dans le cadre du droit à la compensation liée au handicap.

L'enfant chez qui on diagnostique un trouble spécifique des apprentissages va désormais suivre des rééducations chez des auxiliaires paramédicaux pour apprendre à utiliser son cerveau de la façon la plus optimale possible, afin qu'il puisse répondre aux exigences de la vie scolaire et sociale. Nous avons vu dans les chapitres précédents que ces rééducations s'apparentaient à une propédeutique aux apprentissages scolaires, dans le sens où elles prennent en charge les aspects techniques des apprentissages scolaires (activités de déchiffrage, trace graphique, capacités mémorielles...) minorés dans les enseignements scolaires avec la diffusion des prescriptions de l'Education nouvelle à partir des années 1970. L'enfant « dys » va également bénéficier d'un ensemble d'aménagements scolaires⁵⁴¹ qui visent à « compenser » ses difficultés – l'inclure dans une scolarité ordinaire autant que possible, lui fournir du matériel pédagogique adapté, le dispenser d'une tâche ou d'un enseignement, lui proposer un accompagnement humain spécifique. De façon plus marginale, certains peuvent, sur prescription médicale, bénéficier d'un traitement médicamenteux qui doit favoriser leur capacité d'attention⁵⁴².

Quels types de scolarités et d'élèves produisent ces dispositifs ? L'accès au diagnostic de « dys » et aux dispositifs associés marque-t-il un tournant dans les trajectoires scolaires des enfants ? Des sociologues parlent de bénéfices scolaires associés à ces nouveaux diagnostics neurocognitifs, par la requalification symbolique des enfants et des familles et des dispositifs de maintien des enfants en milieu ordinaire⁵⁴³. Mais aucune étude ne donne à voir ce que deviennent ces enfants sur le long terme, des mois et des années après l'obtention du diagnostic. Je voulais donc avec cette recherche apporter des éléments de réponse.

C'est d'abord par une étude de cas que je vais tenter de démêler la question des effets scolaires des diagnostics : celle d'un enfant pour qui le diagnostic de dyspraxie obtenu à 9 ans a bouleversé la scolarité

⁵⁴¹ Dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) écrit à quatre mains entre l'école, la famille, les « soignants » et la MDPH

⁵⁴² La consommation de méthylphénidate (molécule chimique employée pour la gestion des capacités d'attention chez les enfants, plus connue sous son nom commercial de Ritaline®) concerne en 2011 environ 40.000 enfants. Elle a nettement augmenté en France ces dernières années puisqu'elle a connu une croissance de 71% entre 2005 et 2011 d'après l'Agence nationale du médicament. Le médicament est cependant loin d'être systématiquement prescrit dans le traitement de l'inattention et de l'agitation infantile puisque tout au plus 10% des enfants diagnostiqués avec un TDA/H (de 2% à 7% de la population scolaire selon les études) sont concernés. Aux Etats-Unis, ce serait 10% de la population scolaire qui consommerait ce produit. Seuls quatre enfants de mon enquête suivent ce type de traitement médicamenteux (trois de plus pourraient être concernés si les familles n'avaient pas refusé la prescription).

⁵⁴³ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; J. Jupille, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », art cit ; A. Béliard et al., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », art cit.

autant que la vie familiale (Chapitre 4). Cette étude de cas permet de saisir les dynamiques sociales qui se rencontrent et s'imbriquent tout au long du parcours et qui le structurent. Elle m'amène ensuite à problématiser autrement la question des effets scolaires des diagnostics, en tenant compte des conditions d'élaboration des dispositifs, des pratiques des différents acteurs participant et des négociations entre eux. Le dernier chapitre (Chapitre 5) rendra compte de la diversité des trajectoires enfantines, et de l'impact différencié des diagnostics de dyspraxie au regard des rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent, et qui sont souvent déniés dans les discours dominants (des médecins, des pouvoirs publics) sur les troubles spécifiques des apprentissages.

CHAPITRE 4

Le retour à l'école de Simon. Le diagnostic de dyspraxie contre l'ordre scolaire ?

C'est par une analyse des trajectoires singulières d'enfants que j'aborde la question des effets scolaires des diagnostics de dyspraxie. « Cette approche par les trajectoires permet de restituer les processus et les événements par lesquels les élèves sont façonnés par les diverses remédiations dont ils font l'objet et la façon dont celles-ci impactent leur parcours. Ceci permet de mettre à distance les explications essentialistes qui ont tendance à penser les difficultés comme étant insurmontables et comme précédant la prise en charge. Muriel Darmon (2008b) a en effet montré avec l'anorexie que la restitution des événements de façon chronologique permettait de montrer les processus et de rompre avec les explications médicales ou psychologiques qui ont tendance à figer les comportements en les pathologisant »⁵⁴⁴. Reconstruire des parcours individuels, c'est donc mettre à jour des relations causales⁵⁴⁵. C'est aussi adopter « une approche historicisée (...), attentive à l'enchaînement des événements biographiques et aux configurations sociales qui y conduisent »⁵⁴⁶.

Afin de montrer toute la portée heuristique des études de trajectoire, je commence l'exposé des résultats par une analyse de cas (celui de la famille Andrieu) plutôt qu'une typologie de trajectoires. Le cas de Simon Andrieu n'est pas sélectionné au hasard mais bien parce que la rencontre avec cette famille a été importante dans l'élaboration de mes questionnements autour de la dyspraxie. La question des liens entre parcours thérapeutique et parcours scolaire est survenue avec acuité après m'être entretenue avec la mère de Simon, puisque dans le récit qu'elle me fait de leur parcours, l'accès au diagnostic de dyspraxie marque un bouleversement radical : en plus de réorganiser la compréhension qu'elle et son mari ont de leur fils et de ses difficultés, le diagnostic de dyspraxie entraîne en quelque mois une inflexion de la trajectoire scolaire

⁵⁴⁴ A.-E. Vélou, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, op. cit., p. 341.

⁵⁴⁵ F. De Coninck et F. Godard, « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie*, 1990, 31, 1, p. 23-53 ; M. Darmon, « La notion de carrière », art cit.

⁵⁴⁶ M. Millet et D. Thin, « Scolarité singulières et déterminants sociologiques », art cit, p. 44.

de l'enfant avec sa sortie de l'éducation spéciale. J'ai alors voulu « zoomer » sur ce cas pour voir quelles étaient les conditions qui avaient permis la bifurcation scolaire de Simon.

Ce parcours est plutôt atypique parmi la population des dyspraxiques enquêtée : sa fonction n'est pas de représenter une trajectoire type ou moyenne, mais bien de mettre en exergue des effets des catégorisations psychologiques sur le devenir scolaire des enfants. C'est en quelque sorte un chapitre problématique qui aide à mettre en forme les questionnements sur les liens entre traitement des difficultés et parcours scolaire.

Les analyses qui suivent s'appuient sur des points de vue « entrecroisés »⁵⁴⁷. Deux entretiens réalisés avec la famille Andrieu à deux ans d'intervalle, le premier en mars 2014 avec Élise Andrieu, la mère, le second en mai 2016 où étaient présents les deux parents (Élise et Daniel) ainsi que Simon qui nous a rejoint en cours de discussion. Je me suis également entretenue avec la neuropsychologue qui a produit le diagnostic de dyspraxie de l'enfant et qui le suit encore, huit ans après, et avec une enseignante qui l'a, deux années durant, assisté pour les devoirs à la maison.

Dans un premier temps je vais exposer le parcours de Simon avant le diagnostic de dyspraxie et montrer comment ses difficultés scolaires ont été rapidement psychologisées. Dans une deuxième partie nous verrons que le diagnostic de dyspraxie devient un outil de conversion au travail scolaire, et enfin nous verrons que ce retour au scolaire ne découle pas mécaniquement de l'accès au diagnostic mais qu'il requiert des ressources parentales ainsi qu'une alliance efficace avec un professionnel médical ou psy.

1. LES CONDITIONS DE LA RELÉGATION SCOLAIRE D'UN « HÉRITIER »

Simon est né en novembre 1998 à Paris. Il a 15 ans au moment du premier entretien réalisé avec sa mère (mars 2014) et se trouve scolarisé en 4^{ème} ordinaire, avec deux ans de retard. Lors du second entretien réalisé deux ans plus tard (mai 2016), il a 17 ans et il vient d'être accepté en 1^{ère} ES pour l'année suivante. À l'instar des autres enfants dyspraxiques dont j'ai retracé les parcours, c'est l'école qui a, très tôt, repéré Simon comme en décalage avec les autres enfants.

1.1. Un accès tardif au diagnostic de dyspraxie

Jusqu'à l'entrée en maternelle, Simon est gardé à la maison par sa mère, Élise, qui a mis en suspend son activité professionnelle. Cette dernière ne signale rien de particulier dans cette période préscolaire. En revanche, l'entrée à l'école – jeune, puisqu'il n'a pas tout à fait 3 ans, étant de fin d'année – se passe de suite mal. Élise la décrit comme « l'horreur » : Simon ne veut pas la quitter, il pleure tout le temps, il fait des

⁵⁴⁷ *Ibid.*, p. 45.

crises... L'école le dit violent avec les autres enfants, ainsi que prostré, s'isolant des autres. L'enseignante de petite section maternelle propose alors à la famille d'aller consulter une orthophoniste ainsi qu'un psychologue. C'est une connaissance personnelle d'Élise « *qui connaît bien le milieu* » qui les orientera vers un psychologue, « *un pont* » de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Ce dernier les oriente immédiatement vers un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) où Simon est pris en charge par une psychologue dans le cadre de séances hebdomadaires individuelles.

Simon a 3 ans 1/2 lorsque débutent les séances, et 9 ans 1/2 lorsque ses parents y mettent un terme : il est donc suivi six années durant dans cette structure – en changeant de ville toutefois et donc de CMPP. Il est parallèlement suivi par une orthophoniste en libéral. Le CMPP considère Simon « *en grande souffrance psychique* », jusqu'à évoquer deux tentatives de suicide de la part du jeune enfant. Les professionnels du CMPP communiquent peu avec Élise à propos de leurs analyses sur l'état de son fils, et le dossier récupéré par la suite est quasiment vide. On lui fait cependant comprendre que les difficultés de l'enfant sont de l'ordre du trouble relationnel : de façon délicate comme plus directe⁵⁴⁸, les professionnels du Centre parlent d'une mère psychiquement malade et d'un lien de filiation pathologique à l'origine de l'état de l'enfant.

À cette même période, sans remettre en cause le suivi mis en place pour Simon, Élise amène Simon chez d'autres spécialistes, installés en libéral, afin de faire des bilans. Ils consultent sur Paris en 2003 une psychomotricienne, une deuxième orthophoniste et une psychologue en libéral, ainsi qu'une autre psychologue à Tours (2004) – ces deux psychologues lui sont recommandées par des proches travaillant dans le secteur médico-psychologique. Contrairement à l'école, ces professionnelles ne s'alarment pas et conseillent plutôt d'attendre que Simon grandisse avant de porter un jugement sur son état, car elles le considèrent encore « *tout petit* ». « *C'était le grand truc ça : "laissez-le grandir" !* ». Personne alors ne parle de dyspraxie.

Pendant ce temps, l'entrée dans les apprentissages de l'enfant est « *catastrophique* », selon les dires de ses parents et de ses enseignants : à 7 ans il lit très mal, n'écrit quasiment pas et se trouve en difficulté dans toutes les matières. Il redouble son CE1 puis intègre une CLIS à l'âge 8 ans.

Élise travaille à ce moment-là « *à fond la caisse* », elle dirige un service client dans une banque. Son travail ne se passe pas bien, jusqu'à ce qu'elle fasse un burn-out en 2005 – Simon a 7 ans, il est dans sa première année de CE1. Élise raconte son burn-out comme une expérience très violente où elle dit avoir « *pété les plombs* ». Elle ne reprendra pas d'activité salariée durant des années. Daniel, le père des enfants, trader de profession, rencontre également de sérieux problèmes dans son travail, et entame une reconversion professionnelle en 2004 pour devenir kinésithérapeute. La famille décide alors de changer de

⁵⁴⁸ Dans un premier temps, ce sont des questionnements sur l'état de santé d'Élise et sa relation à son fils qui font comprendre à Élise que les professionnels sont sur la piste d'un trouble relationnel. Dans un second temps, alors qu'elle formule des demandes répétées de diagnostic, c'est le directeur du centre (psychiatre) qui lui répond frontalement qu'ils pensent à un problème familial.

cadre de vie. Élise va s'installer avec les enfants durant une année scolaire dans une petite ville du centre de la France, Montaigu, puis ils s'installent avec Daniel dans le Sud où ils résident encore.

Le départ de Paris marque une période houleuse : les rapports avec l'école de Montaigu sont très difficiles (Élise décrit son fils comme « stigmatisé » et « maltraité » par l'enseignante), et ils reçoivent dans le même temps un courrier de la Protection de l'enfance stipulant que l'école parisienne a déposé un signalement⁵⁴⁹ à leur encontre. Une enquête sociale est ouverte et durera plus d'un an. La procédure aboutit à un non-lieu, et entraîne une défiance irréversible de la famille envers l'Éducation Nationale, l'événement restant très douloureux pour tous les membres.

Lorsqu'ils aménagent dans le Sud, Simon est inscrit en CLIS, et, sur avis de l'école, Élise va consulter une nouvelle fois le CMPP, où l'enfant réentame des séances de psychomotricité et de psychothérapie. Le psychiatre du Centre ouvre également des droits à la MDPH⁵⁵⁰ pour l'enfant.

Élise est à cette période elle-même suivie par un psychiatre qui, à l'écoute des descriptions de Simon que lui dépeint Élise, lui propose d'aller consulter une neuropsychologue en libéral installée sur l'Agglomération. C'est elle qui émet le diagnostic de dyspraxie, en 2008. La rencontre avec Claire Costes va transformer radicalement la suite du parcours de Simon. Il réintègre deux ans plus tard une classe de CM2 à temps plein, et poursuit sa scolarité en milieu ordinaire jusqu'à obtenir un Bac ES. Dès l'entrée au collège, les enseignants ne suggéreront plus l'éducation spéciale pour l'enfant, ni même une filière professionnalisante.

Dans le cas de Simon, on observe une forte corrélation entre la trajectoire de soin et la trajectoire scolaire puisque le changement de prise en charge thérapeutique (et l'arrivée du diagnostic de dyspraxie) signe une véritable « bifurcation »⁵⁵¹ dans la trajectoire scolaire de l'enfant, avec une sortie de l'éducation spéciale. L'exposition rapide de ce parcours pourrait laisser penser que l'on associe approches psychologisantes (*psychodynamiques*) du problème à la relégation scolaire tandis qu'une prise en charge neurocognitive serait efficace dans la prise en charge des difficultés scolaires. Là n'est pas le propos. J'ai justement voulu connaître les conditions qui ont permis le déroulé de ce parcours, l'éviction première de l'enfant du cursus scolaire ordinaire et dans un second temps celles qui ont autorisé son retour durable en milieu ordinaire. J'ai tenté de cerner le rôle particulier qu'y jouent les différentes remédiations « psy ».

⁵⁴⁹ Le signalement signifie que l'école alerte les autorités judiciaires sur la situation d'un enfant. Elle suspecte des « mauvais traitements », des « violences sexuelles » ou toute autre « infraction pénale » (circulaire n°2001-044 du 15 mars 2001). Élise dit ne jamais avoir connu exactement le motif du signalement.

⁵⁵⁰ La Maison départementale des personnes handicapées. La reconnaissance de handicap est nécessaire pour le passage en CLIS, et ne requiert pas nécessairement de diagnostic médical figurant à la CIM-10. Si la dyspraxie est souvent l'élément qui entraîne l'inscription des enfants dans le champ du handicap, certains d'entre eux, comme Simon, dépendent déjà de cette administration avant l'obtention du diagnostic neurocognitif.

⁵⁵¹ M. Bessin, C. Bidart et M. Grossetti, *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, 2009.

1.2. L'étonnante relégation scolaire d'un enfant des classes supérieures ?

Avant de chercher à expliquer comment la rupture scolaire a pu être possible, j'ai dû d'abord comprendre comment Simon s'était retrouvé scolarisé dans l'éducation spéciale, puisque, même si le parcours qui l'y a conduit est « classique » (difficultés scolaires précoces, prises en charge en orthophonie et en CMPP, redoublement, CLIS), son origine sociale en fait un profil tout à fait atypique : les enfants des classes (moyennes) supérieures ne sont que très marginaux dans ces dispositifs largement empruntés par les enfants (garçons) des milieux populaires⁵⁵².

1.2.1. Une trajectoire scolaire plus typique des garçons des classes populaires

Dans le cas de Simon comme pour la grande majorité des enfants dyspraxiques, c'est l'école qui fait remarquer aux parents que « *quelque chose ne va pas* ». Dès l'entrée de Simon en maternelle, deux ordres de problèmes sont soulevés par les enseignants : ses comportements dérangeants d'une part (« *violent* », « *prostré* », ses difficultés relationnelles avec les autres enfants), ses difficultés dans les apprentissages scolaires d'autre part, comme le mauvais graphisme vite repéré (« *il n'a jamais pu dessiner un bonhomme !* »). Simon est un enfant peu autonome et peu participant, qui se tient à l'écart du groupe et des activités : tout à fait le type de profil pour lequel, nous l'avons vu dans le chapitre 1, les enseignants sollicitent rapidement une aide extérieure. Lorsque seules des difficultés d'apprentissage sont repérées, les enseignants s'estiment davantage légitimes à les prendre en charge au sein de la classe⁵⁵³.

Pour les professionnels, l'inadaptation scolaire de Simon est vite perçue comme le signe d'un désordre intérieur, lui-même imputable à une situation familiale pathologique. De façon similaire à ce qu'avait pu observer Frédérique Petit Ballager (2009) ou encore Matthias Millet et Daniel Thin à propos des élèves en difficultés qui présentent des comportements déviants : on glisse rapidement d'un problème scolaire à un problème psychologique puis social⁵⁵⁴.

Si le processus est commun, ce qui peut nous étonner dans ce parcours, c'est que Simon, pourtant issu des classes supérieures, emprunte une même trajectoire d'échec scolaire et d'éviction progressive que les enfants de milieux populaires, que l'on retrouve massivement en classe spéciale. Il est statistiquement peu commun que Simon développe une grande difficulté scolaire, mais il est surtout surprenant d'observer la gestion familiale de cet échec précoce, qui ne parvient pas à endiguer l'ancrage des difficultés et le

⁵⁵² L.M. Gremion-Bucher, *Les coulisses de l'échec scolaire*, op. cit.

⁵⁵³ Nous avons vu que les enseignants qualifient de « difficiles » les enfants pour qui ils doivent régulièrement intervenir, que ce soit pour gérer leur comportement ou bien les faire participer aux activités proposées. La malhabileté graphique de Simon n'a pu que participer à construire un profil d'enfant « difficile » ou « en retard » nécessitant l'intervention d'une aide extérieure.

⁵⁵⁴ F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile », art cit ; M. Millet et D. Thin, « Le classement par corps. Les écarts au corps scolaire comme indice de "déviante" scolaire », *Sociétés et jeunesse en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, 2007, n°3.

processus de formalisation de l'échec. On peut le comprendre par deux raisons principales : des ressources certaines mais ambivalentes d'un point de vue de leur rentabilité scolaire, ainsi qu'une mère temporairement indisponible pour prendre en charge cette question habituellement dédiée à ce groupe d'individus que sont les mères.

1.2.2. Un « méshéritier » : une famille aux capitaux hétérogènes

J'ai classé Simon parmi les enfants des classes moyennes supérieures, et sa trajectoire scolaire descendante l'apparente à un « méshéritier » tel que l'a conceptualisé Gaële Henri-Panabière. C'est ainsi qu'elle nomme les héritiers en échec scolaire, ces enfants issus de familles qui ont des propriétés scolairement rentables (en particulier des diplômés), mais dont la transmission de l'héritage peut être parasitée ou affaiblie⁵⁵⁵. La sociologue met au jour deux grands ordres d'éléments pour expliquer les difficultés scolaires de ces héritiers : elle analyse d'abord la structure et le volume des capitaux familiaux et montre que les héritages familiaux sont pluriels et pas nécessairement toujours rentables sur la scène scolaire⁵⁵⁶, malgré des caractéristiques traditionnelles (diplôme, profession) les classant du côté des milieux favorisés ; dans un second temps, elle montre que pour différentes raisons, l'héritage ne se transmet pas toujours et elle pointe en particulier le manque de transmission explicite de certaines ressources dans les familles de méshéritiers. La famille Andrieu s'inscrit tout à fait dans ces catégories de familles.

Les parents de Simon détiennent un capital scolaire et économique certain de par leurs diplômes⁵⁵⁷ (Bac+5 et Bac+3 pour respectivement le père et la mère) et les professions exercées. Ces deux indicateurs, régulièrement captés par les sociologues pour définir un milieu social d'appartenance, sont pourtant insuffisants pour cerner la diversité des capitaux disponibles ou non, en particuliers culturels, qui peuvent avoir un rôle central dans le déroulement des scolarités des enfants. Dans le cas de la famille Andrieu, il semble justement que, malgré des scolarités réussies des parents, les ressources et pratiques culturelles familiales dénotent une certaine distance à la culture scolaire, et ne comptent pas parmi les plus scolairement rentables.

Les professions des parents les placent de façon claire vers le pôle économique de l'espace social, et les pratiques culturelles familiales confirment cet ancrage social plutôt éloigné des pratiques culturelles légitimes « fructifiables sur le marché scolaire »⁵⁵⁸ par les enfants. Ils ne sortent par exemple ni au théâtre

⁵⁵⁵ G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, Paris, La Dispute, 2010.

⁵⁵⁶ Par exemple des parents diplômés mais qui exercent des emplois sous-qualifiés affaiblit la protection apportée par le diplôme (l'efficacité des diplômes dépendant de leur rentabilisation professionnelle). Ou encore des parents ayant eu des difficultés scolaires jeunes peuvent les revivre au travers de la scolarité de leur enfant.

⁵⁵⁷ « C'est le diplôme des parents qui fait avant tout une différence en termes de probabilité de réussite ou difficultés scolaire : plus les parents sont diplômés, plus le risque que les enfants soient en difficulté est faible. » G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, op. cit.

⁵⁵⁸ *Ibid.*

ni dans les musées, et la lecture n'apparaît que marginale – je n'ai d'ailleurs pas observé de bibliothèques dans les pièces communes où je me suis rendue, sinon quelques magazines et livres éparpillés çà et là⁵⁵⁹ – et surtout peu transmises aux enfants. Lors de l'entretien avec Élise, elle me raconte proposer à ses fils prioritairement du sport sur leur temps libre, « beaucoup de sport ».

Élise : Oui par contre on faisait plein de sports. Moi j'ai été élevée de façon relativement sportive, donc je leur ai toujours fait faire du sport. Même Simon tout petit je lui ai fait faire beaucoup de sport. Il se débrouillait bien ! Moins habile que Thomas [son frère], mais bien. Je pense que j'ai bien fait, ça l'a beaucoup soutenu en termes de confiance en soi. Il faisait du tennis... je leur ai tout fait faire ! À Paris je les avais inscrits dans un club de hockey sur glace, il s'éclatait ! Il y arrivait, parce que c'est pas facile hein l'équilibre ! Mais il y arrivait, et ça le faisait marrer. Puis j'ai embrayé très rapidement sur l'équitation parce qu'on m'a dit que c'était très bon pour ces enfants-là qui étaient en souffrance. Et ça il aimait bien, il en a fait sept ou huit ans, il a continué quand on est arrivés ici.

Les pratiques sportives sont présentées par Élise comme une tradition familiale, ainsi que de façon originale un remède pour le problème de Simon : elle considère le sport comme une pratique réparatrice ou du moins soutenant pour son fils en souffrance. Si faire du sport a pu aider Simon à décompresser et à reprendre confiance en lui, rien n'indique que la pratique ait pu avoir un impact bénéfique sur ses performances scolaires. Au contraire même, puisque le temps passé à faire du sport (les mercredis et samedis ainsi que de nombreux stages lors des vacances scolaires) n'est pas dédié au travail scolaire ni même à d'autres pratiques davantage valorisables sur la scène scolaire.

Je n'ai par ailleurs récolté que peu d'informations sur les pratiques éducatives des parents Andrieu *a fortiori* lorsque les enfants étaient tout jeunes, mais au vu des données exposées, les difficultés précoces de Simon apparaissent du domaine du sociologiquement probable (et pas nécessairement de la pathologie comme cela a précocement été établi) : la connivence culturelle entre la famille et l'école n'est pas certaine, et Simon n'a connu que l'espace social de sa famille avant de rentrer à l'école. L'intégration dans ce nouveau milieu a pu représenter un choc culturel (d'autant qu'il est parmi les plus jeunes, donc probablement moins avancé en termes de capacités motrices, langagières ou encore cognitives) auquel on lui a donné peu de temps pour s'acclimater.

Les parents Andrieu disposent ainsi de capitaux hétérogènes⁵⁶⁰, qui, comme Gaële Henri-Panabière l'a observé chez de nombreuses familles dans des situations semblables, débouchent sur des héritages pluriels, et des trajectoires scolaires enfantines contrastées, parfois au sein d'une même famille. La structure de leurs capitaux n'apparaît pas si protectrice face aux difficultés scolaires, et au-delà, leur gestion des difficultés précoces de Simon n'a pas permis d'enrayer le processus, là où les familles des

⁵⁵⁹ Pour G. Henri-Panabière comme de nombreux sociologues le goût pour la lecture (aimer lire et disposer de supports de lectures variés) des enfants et des jeunes est une pratique culturelle qui les protège particulièrement des difficultés scolaires.

⁵⁶⁰ On note aussi que si le patrimoine parental apparaît proche entre les deux lignées (les deux parents exercent dans des milieux professionnels proches et occupent des postes à responsabilités), le patrimoine maternel est décrit comme ancien par Élise tandis que le patrimoine paternel est récent et acquis par la scolarisation, étant issu d'un milieu « plus populaire ». G. Henri-Panabière constate après P. Bourdieu que les capitaux récemment acquis se transmettent moins bien aux enfants que ceux établis depuis plusieurs générations (en particulier les capitaux culturels).

milieux dotés parviennent souvent mieux à endiguer l'échec. Cet élément du parcours se comprend aussi par l'échec dans la transmission de l'héritage familial et s'explique notamment par une caractéristique déterminante : l'indisponibilité des parents et en particulier celle de la mère pour gérer la scolarité des enfants durant les premières années de scolarisation de Simon.

1.2.3. Une mère temporairement indisponible

La famille dispose de capitaux à rentabilité variable sur la scène scolaire, et ne favorise pas toujours la transmission de l'héritage. Si les parents ont tous deux réalisés des études longues et faciles, ce capital scolaire acquis ne semble pas faire l'objet d'une transmission parentale explicite. Les parents semblent ne pas ou peu accompagner le travail scolaire de leurs enfants : Thomas car il serait « naturellement doué » (il est certes « brillant », mais selon ses parents il a de très bons résultats « *sans jamais travailler* »), et Simon car « *il n'arrive de toutes façons à rien faire* ». D'ailleurs, après son intégration en CLIS, il n'a plus jamais de travail scolaire à faire à domicile.

Si les enfants des classes moyennes et supérieures se retrouvent moins en situation d'échec scolaire que ceux des classes populaires, c'est aussi parce que les parents contrôlent et encadrent davantage les scolarités : ils repèrent plus tôt la survenue des difficultés (parfois même avant les inquiétudes des enseignants) et sont davantage (ré)actifs pour y remédier⁵⁶¹. Des sociologues ont pu observer un ensemble de stratégies parentales visant à enrayer la dynamique d'échec⁵⁶² : renforcement du travail scolaire à domicile (par la mère, un prestataire), mise en place d'activités pédagogiques à rentabilité scolaire (sorties culturelles, stages de langues ou de sciences...), incitation au travail et développement de dispositions ascétiques (limitations des écrans ou temps de jeu, système de sanctions/récompenses...), refus des redoublements ou autre orientation disqualifiante, etc... Ces stratégies et pratiques de remédiations apparaissent absentes des modes de gestion du problème par la famille Andrieu. Le travail scolaire – celui ordinaire ainsi que le travail de remédiation aux difficultés – est dans cette famille délégué aux professionnels, ce qui aide à comprendre la trajectoire scolaire descendante de Simon vite en proie au déclassement, puisqu'il intègre l'éducation spéciale dès ses 8 ans.

L'histoire de Simon fait écho à celle de Franck, jeune dyspraxique de la même génération. Franck est repéré jeune en décalage et fait vite l'objet d'une expertise psychodynamique de ses difficultés qui dépeint un jeu familial pathologique. Les prises en charge de type psychologisant durent plusieurs années, sans que ses parents ne les remettent en cause (« ça fait sens ! »). Cependant, durant toute ces années,

⁵⁶¹ Dubet François et Martuccelli Danilo, *A l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris, Éditions du Seuil, 1996. Le sociologue observe que cet encadrement s'élargit aussi aux pratiques de loisirs (qui sont « plus "éducatifs" et plus organisés ») comme aux fréquentations des enfants.

⁵⁶² R. Deslandes et R. Cloutier, « Pratiques parentales et réussite scolaire en fonction de la structure familiale et du genre des adolescents », *Revue française de pédagogie*, 2005, 151, 1, p. 61-74 ; A. Da-Costa Lasne, *La singulière réussite scolaire des enfants d'enseignants : des pratiques éducatives parentales spécifiques ?*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Bourgogne, Dijon, 2012.

Véronique, la mère, fait travailler son fils d'arrache-pied à la maison, faisant bien plus avec lui que le travail scolaire préconisé par l'école : elle lui fait copier des lignes pour palier son mauvais graphisme, et le fait travailler de façon quotidienne sur ses difficultés jusqu'à se convertir selon ses termes en « véritable bourreau d'enfants ». L'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas durant ces années (il fait de l'énurésie, des crises d'angoisse, des cauchemars, et passe toujours pour un inadapté social), mais il se maintient à niveau scolairement : il est plutôt bon élève, quoi que présentant des compétences très inégales. Cette mise en perspective des deux trajectoires scolaires et de leur gestion met en saillance l'absence d'investissement des parents Andrieu dans le travail scolaire de leur fils et les conséquences qui en découlent.

Les ratés dans la transmission du capital scolaire à Simon peuvent se comprendre par un style culturel propre à la famille, éloigné de celui des « familles pédagogiques »⁵⁶³ qui sont en grande connivence culturelle avec l'école, mais plus encore par l'indisponibilité des deux parents pour prendre en charge la chose scolaire, les deux étant très pris par leurs métiers respectifs. La littérature sociologique met en avant les effets prépondérants sur les scolarités des enfants du diplôme de la mère ainsi que de sa situation professionnelle et ses pratiques culturelles (notamment en lecture), car ce sont elles qui prennent en charge la majorité des tâches éducatives dont celles scolaires⁵⁶⁴. Dans le cadre de cette division sexuelle du travail inégalitaire, l'indisponibilité d'Élise pour accompagner la scolarité de Simon devient un élément déterminant du développement de ses difficultés.

Les premières années de scolarisation de Simon, Élise et Daniel sont accaparés par leur travail, Élise d'autant plus que Daniel rencontre alors « *des problèmes* » dans son travail de trader : « *il a fallu que je m'accroche au mien* », dit-elle. Elle dirige un service client dans une banque, a de grandes amplitudes horaires et elle est surtout mentalement prise par cette activité. Elle est attentive aux retours des enseignants par rapport à Simon qui se font vite catastrophistes, elle suit leurs préconisations et prend même l'initiative d'autres suivis dans les années qui suivent. Mais, d'une part, elle ne s'engage pas dans les activités scolaires comme dit plus haut, et d'autre part elle ne s'investit pas dans ces différents suivis comme ont pu le faire d'autres mères (intérêt aux contenus, évaluation personnelle de la pertinence de leur expertise... voir chapitre précédent) sinon délègue davantage aux professionnels le soin de remédier au problème de son fils.

⁵⁶³ D. Thin, *Quartiers populaires : l'école et les familles*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1998. Daniel Thin définit comme des familles pédagogiques celles qui cadrent de façon presque scolaire la vie et les activités de leurs enfants : les vies des enfants sont planifiées par de nombreuses activités, les repas sont l'occasion de discussions sur la scolarité et les activités extra scolaires, on y organise des sorties éducatives en famille, les parents se tiennent informés des théories de pédagogie et de psychologie de l'enfant, etc...

⁵⁶⁴ P. Bourdieu, « L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture », *Revue française de sociologie*, 1966, 7, 3, p. 325-347 ; M. Gouyon et S. Guérin, « L'implication des parents dans la scolarité des filles et des garçons : des intentions à la pratique », *Economie et statistique*, 2006, 398, 1, p. 59-84 ; S. Gojard, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010 ; G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, op. cit. Le soin aux enfants ainsi que la gestion de leur scolarité sont des tâches socialement assignées aux mères, et ce quel que soit le milieu social d'appartenance. C'est d'autant plus vrai que l'enfant rencontre un « problème » appelant à une charge de travail supplémentaire : une maladie, un handicap ou encore des difficultés scolaires.

Élise : Faut dire aussi que, comme tout le monde hein, on n'est pas tombés sur les meilleurs praticiens. Donc voilà, on perd son temps et on s'en rend pas compte hein quand on sait pas. On perd son temps et on le sait pas ! Puis moi je travaillais à fond la caisse, il allait chez l'orthophoniste, le CMPP, je mettais pas le nez dessus pour savoir si c'était efficace ou pas... Comme je savais pas ce qu'il avait en plus...

Cette indisponibilité maternelle n'est pas compensée par une présence paternelle dans l'accompagnement à la scolarité ou dans les soins, puisque c'est dans cette famille comme dans de nombreuses autres, la mère qui assure ces tâches. Daniel est présenté par Élise comme un soutien moral, mais c'est elle qui « *faisai[t] tout* »⁵⁶⁵.

Quelques années plus tard Élise changera du tout au tout sa gestion du problème puisqu'à l'annonce de la dyspraxie et devant la possibilité offerte à Simon de rejoindre le milieu ordinaire, elle organisera son emploi du temps et ses activités (elle n'a alors plus d'activité salariée) autour de cet objectif. Elle se rend compte tardivement et avec regret de l'impact de son implication : « *Ce serait à refaire aujourd'hui j'arrêteraient tout [son activité salariée]. (...) Je n'ai pas pu me préoccuper de la situation comme il l'aurait fallu à l'époque* ». La critique sociologique n'est pas adressée à la mère qui n'en aurait pas fait assez pour son fils, mais aux non-dits institutionnels concernant la division du travail scolaire. Si les enquêtes sociologiques montrent l'importance des pratiques culturelles, éducatives et scolaires dans les réussites scolaires des enfants, elles montrent aussi que l'implication parentale est un prérequis de l'institution scolaire (un enfant ne peut réussir à l'école sans une certaine socialisation familiale qui entre en résonance avec les exigences scolaires) sans que cette donnée ne soit jamais explicitée⁵⁶⁶. Cette exigence implicite de l'école d'avoir affaire à des enfants déjà scolaires défavorisent les familles qui n'ont pas conscience du caractère décisif de leur rôle, ou pas les moyens de développer ce type de dispositions chez leurs enfants.

Cette étude de cas m'amène à défendre la thèse, aux côtés de Gaële Henri-Panabière, selon laquelle la reproduction sociale est un processus qui n'a rien d'automatique. Dans le cas de Simon comme de nombreux autres méshéritiers, l'échec scolaire peut se comprendre par des ratés dans la transmission d'un capital scolaire, et n'a pas à être nécessairement pensé en termes d'absence de dons ou de mérite personnel.

Mais c'est aussi du côté des prises en charge institutionnelles du problème de Simon que l'on trouve des réponses à l'échec de l'enfant. Si les parents délèguent le travail scolaire aux professionnels, ces derniers (école comme CMPP) relèguent carrément la question scolaire au second plan derrière la problématique

⁵⁶⁵ « (...) C'est moi qui faisais tout, mais bon. Il m'a beaucoup aidée, il m'a soutenue. C'est pas lui qui faisait les démarches, ni... Il était inquiet, mais il était aussi préoccupé par sa situation à lui puisqu'il a dû changer de métier. Mais il m'a aidée, il m'a soutenue psychologiquement mon mari. Ça a été une grande force ». (Élise)

⁵⁶⁶ E. Bautier et R. Goigoux, « Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes », art cit ; E. Bautier, *Apprendre à l'école. Apprendre l'école, op. cit.* ; S. Bonnéry, *Comprendre l'échec scolaire : élèves en difficultés et dispositifs pédagogiques*, Paris, La Dispute, 2007 ; É. Bautier et P. Rayou, *Les inégalités d'apprentissage, op. cit.* ; H. Durler, *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école, op. cit.* ; F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée, op. cit.*

psychique, de sorte qu'au final, pendant des années, personne ne semble prendre en charge les difficultés de Simon dans les apprentissages scolaires.

1.3. Les effets d'institution sur la relégation scolaire

1.3.1. Les enjeux scolaires relégués au second plan par les institutions

Lorsque l'enseignante de petite section de maternelle repère des retards et des comportements inadaptés chez Simon, elle oriente la famille conjointement vers une aide technique et une aide thérapeutique, mais rapidement, c'est cette dernière qui prendra le dessus avec le suivi initié au CMPP : le centre détient le leadership dans la suite du parcours pour nommer et traiter le problème. Les deux ordres de difficultés (comportementales et au niveau des apprentissages) n'ont pas le même statut ni la même répercussion dans le parcours de Simon : vite, il ne sera plus question des difficultés scolaires mais d'une grande détresse psychique de l'enfant, qui devient le nom de son problème.

Élise : Elle [Mme Deltour, la psychologue du CMPP] ne nous disait rien du tout. Mais alors rien ! « C'est le protocole », ils nous disaient. Ils ne me donnaient aucun moyen de comprendre la situation. J'étais dans un désarroi total par rapport à mon enfant, je ne le comprenais pas et je voyais qu'il souffrait énormément, et moi je souffrais aussi du coup. (...) Alors une fois je me suis énervée et je suis allée voir le directeur, lui dire que « maintenant faudrait peut-être nous expliquer ce qu'a Simon ». Il me dit « ça ne vous regarde pas » machin bidule. Puis il m'a fait comprendre que c'était moi qui étais malade. Sympa. (...) Oui, au CMPP ils ne l'ont pas caché qu'ils estimaient que le problème venait de la mère.

Pour les professionnels du CMPP parisien, Simon est en grande souffrance psychique, et d'une personnalité trop envahissante pour investir les apprentissages scolaires et de façon plus générale ses relations aux autres et aux activités collectives. Le dossier médical qu'Élise a récupéré du CMPP ne comporte que très peu d'informations écrites, mais les propos des professionnels du Centre rapportés par Élise sont clairs et corroborent ceux des autres parents passés par ce type de structure⁵⁶⁷. On retrouve dans ce récit comme dans les autres ce que Stanislas Morel avait observé en enquêtant dans les CMPP, à savoir une retraduction de la demande familiale initiale de type scolaire en un problème psychique. L'expertise du CMPP devient structurante de la conception du problème de Simon car les différents protagonistes du suivi s'y accordent : les parents font confiance aux spécialistes rencontrés, et l'école travaille en bonne entente avec le Centre⁵⁶⁸. Les autres professionnels consultés (psychomotricienne, orthophonistes et

⁵⁶⁷ L'établissement d'un problème psychique en lien avec une problématique familiale (avec un intérêt récurrent pour les liens mère-enfant), des parents tenus à distance et incités à faire eux-mêmes un « travail », difficultés à obtenir des informations sur l'état et les évolutions de l'enfant et les remédiations mises en place.

⁵⁶⁸ On s'en rend compte par la suite, lorsqu'après le départ de la famille du CMPP contre l'avis de ce dernier, l'école dépose un signalement à l'ASE à l'encontre de la famille.

psychologues en libéral) ne contredisent pas son expertise, incitant plutôt la famille à « laisser faire » le temps que l'enfant grandisse, voir comment il évolue.

Pendant le temps que dure la prise en charge en CMPP, Simon s'écroule scolairement.

Enquêtrice : *Et à l'école, qu'est-ce qu'on lui disait alors ? [Je pose la question après qu'Élise m'ait raconté leur départ houleux du CMPP et leur arrivée à Montaigu avec le redoublement de Simon du CE1]*

Élise : Ben il savait pas lire. Dramatique. Enfin, très mauvais quoi, écrit très mauvais, lecture inexistante. C'était tout, l'orthographe, mais déjà, il a jamais pu dessiner un bonhomme ! Toutes les matières c'était dramatique, y avait rien.

A l'entrée en primaire, Simon est déjà loin des attentes des enseignants sur le contenu des apprentissages. Suivant la logique des cycles scolaires, laissant à l'enfant les deux années du CP et du CE1 pour acquérir la lecture⁵⁶⁹, c'est à la fin du CE1 que l'enseignante propose à la famille un redoublement au vu des lacunes de l'enfant dans tous les domaines d'apprentissage (seule son expression orale est sanctionnée positivement).

Alors que son niveau scolaire est très faible, aucune action de remédiation pédagogique n'est entreprise avant le redoublement⁵⁷⁰. En sus, les rapports aux enseignants se tendent avec les années⁵⁷¹, ne favorisant pas le raccrochage scolaire de l'enfant. On imagine d'ailleurs que l'écart à la norme scolaire de Simon s'est creusé, puisqu'on lui propose une orientation en CLIS en fin d'année.

1.3.2. Des dispositifs d'aides qui « accompagnent » la dégradation scolaire de l'élève

La trajectoire scolaire de Simon m'a conduite à m'intéresser aux travaux récents traitant de l'impact des dispositifs de prise en charge de la difficulté sur l'évolution de celle-ci et sur les parcours des enfants et des jeunes concernés. Plusieurs de ces travaux sur la déviance scolaire montrent que les dispositifs de remédiation peuvent avoir l'effet inverse de celui affiché en renforçant malgré les volontés institutionnelles

⁵⁶⁹ C'est la loi sur l'orientation de l'éducation de 1989 qui instaure cette logique de cycle, suivant l'idée que les rythmes d'apprentissage diffèrent selon les enfants, mais aussi pour limiter le nombre de redoublements en CP, coûteux financièrement pour l'Etat. S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit.

⁵⁷⁰ Peut-être que ces enseignants ont en classe usé de pratiques pédagogiques spécifiques et individualisées auprès de Simon, mais les parents ne sont informés d'aucun dispositif pédagogique particulier (RASED, Aide personnalisée...)

⁵⁷¹ Élise décrit sa deuxième année de CE1 à Montaigu (l'année de leur déménagement donc) comme particulièrement rude, où « l'enseignante pète les plombs avec Simon » : elle le « stigmatise », « l'empêche d'aller aux toilettes », le met « seul au fond de la classe » (d'après Simon)... Le seul témoignage d'un parent d'élève et des souvenirs d'un enfant apparaissent insuffisants pour connaître l'expérience réelle de la classe, mais les mauvais rapports entre la famille et l'école (Élise tente une plainte auprès de l'inspection académique contre cette enseignante) sont souvent au détriment des enfants et de leurs performances scolaires car pris entre deux feux.

les problèmes auxquels ils sont censés remédier, qu'il s'agisse de comportements perturbateurs⁵⁷² ou encore des difficultés d'apprentissage⁵⁷³.

L'enquête d'Anne-Élise Velu montre par l'analyse de plusieurs trajectoires d'enfants, à partir du signalement de la difficulté scolaire et des premiers suivis, que les prises en charge de type psychologique ou socio-éducative⁵⁷⁴ produisent des « carrières scolaires dégradées »⁵⁷⁵. Elle l'explique par le fait que ces aides « ne permettent pas à l'élève de progresser sur le plan des apprentissages », et qu'elles alimentent de surcroît « une lecture fataliste par les agents scolaires des difficultés de leurs élèves »⁵⁷⁶. D'abord pris en charge dans des dispositifs « légers » et ponctuels (une prise en charge par le maître G du RASED, la psychologue du CMP...), les enfants se voient en quelques mois ou années réorientés vers l'éducation spéciale au vu de la persistance ou l'accroissement de leur écart à la norme scolaire (sur le volet des apprentissages et parfois des comportements) et intègrent la catégorie du « handicap » qui finit d'acter le caractère insurmontable de leurs difficultés.

La trajectoire scolaire de Simon et de sa gestion par les professionnels illustre parfaitement les analyses de la sociologue. Alors que les difficultés de l'enfant, plurielles, sont repérées et prises en charge très tôt, les aides, axées exclusivement sur la psyché de l'enfant et l'organisation familiale, ne permettent pas d'endiguer l'accroissement des difficultés scolaires de l'enfant (ni même d'ailleurs sa souffrance ou encore son inadaptation comportementale), de sorte qu'il se voit proposer quelques années plus tard un redoublement ainsi que la sortie du cursus ordinaire pour l'éducation spéciale, plus adaptée à son handicap – il passe effectivement du même coup du statut d'élève en difficulté à celui d'élève handicapé, ce qui renforce l'idée de difficultés profondes et irréversibles.

C'est ainsi que Simon intègre l'éducation spéciale à leur arrivée dans le Sud. Son passage en CLIS vient acter la grande difficulté scolaire de l'enfant et, à la lecture des travaux de sociologues sur les effets de la ségrégation scolaire sur les apprentissages et les parcours scolaires des élèves, on peut faire l'hypothèse qu'il la consolide.

⁵⁷² J. Garnier, « « Le collège c'est une prison, ici c'est le cachot ». Un apprentissage de la déviance scolaire sous surveillance », *Espaces et sociétés*, 2016, n° 166, 3, p. 47-62. Pour dépeindre ces processus de production de la déviance, on pense bien sûr également aux travaux de Jean-Claude Chamboredon sur la délinquance. J.-C. Chamboredon, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », art cit.

⁵⁷³ M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires : l'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 ; C. Roiné, *Cécité didactique et discours noosphériques dans les pratiques d'enseignement en S.E.G.P.A. Une contribution à la question des inégalités*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, 2009 ; C. Roiné, « La fabrication de l'élève en difficulté », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2015, 37 ; S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, op. cit. ; A.-E. Velu, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, op. cit.

⁵⁷⁴ La sociologue regroupe sous le terme de « prises en charge psychologiques » (qu'elle distingue des prises en charge pédagogiques prenant pour objet les apprentissages scolaires) les « prise en charge rééducatives (maître G), prise en charge psychologique dans un CMP, groupes thérapeutiques, dispositif « devenir élève à l'école », guidance parentale. » p.343

⁵⁷⁵ A-E Velu, p.340

⁵⁷⁶ A-E Velu, p.342

Juliette Garnier enquête sur un dispositif destiné aux élèves de collèges exclus afin de remédier à leurs comportements perturbateurs pour qu'ils (re)trouvent une posture d'élèves : une classe spécifique située au sein de l'établissement d'origine. Elle montre à terme que ce dispositif, « provoque une stigmatisation de ce public » ainsi que de façon plus inattendue « une exacerbation des comportements dits perturbateurs »⁵⁷⁷. C'est aussi sur la transmission des contenus des apprentissages scolaires que les sociologues observent des effets « *pharmakeia* »⁵⁷⁸. Concernant les classes spéciales ayant pour but double de resocialiser les élèves ainsi que de leur transmettre les fondamentaux (SEGPA, ateliers-relais), les enquêtes montrent que les apprentissages scolaires sont souvent négligés au profit des activités de resocialisation. Ceci du fait de « l'opinion, largement répandue parmi les agents de l'institution scolaire, que les "comportements" de ces élèves doivent être "réglés" avant tout travail d'apprentissage scolaire et qu'un travail de "socialisation" préalable à toute action d'enseignement est nécessaire »⁵⁷⁹. Ainsi Matthias Millet et Daniel Thin montrent que les dispositifs relais tentent finalement d'aménager une sortie encadrée de la scolarisation (pour éviter une errance institutionnelle de collégiens dont on craint souvent qu'ils ne basculent dans la délinquance et l'inactivité) plus qu'ils ne rattachent à l'école des élèves en rupture. Concernant les classes de SEGPA, Christophe Roiné observe que par les moyens de pédagogie de détour et surtout d'une « cécité didactique » liée aux conceptions enseignantes des difficultés des élèves, les enseignants échouent souvent à transmettre les apprentissages visés⁵⁸⁰. De plus, le sociologue constate que les exigences demandées aux élèves de SEGPA en termes cognitifs et scolaires sont bien moindres que celles en jeu dans les classes ordinaires⁵⁸¹. Cette caractéristique rend difficile le retour des élèves de SEGPA en milieu ordinaire car leur écart ne peut que se creuser avec un élève resté dans le cursus classique, même

⁵⁷⁷ J. Garnier, « « Le collègue c'est une prison, ici c'est le cachot ». Un apprentissage de la déviance scolaire sous surveillance », art cit, p. 48.

⁵⁷⁸ C'est Christophe Roiné qui emploie ce terme grec classique signifiant tout à la fois « remède » et « poison ». « Le *pharmakéia* antique est une substance qui, selon les cas, les circonstances et les doses employées est susceptible d'exercer une action favorable (remède) ou défavorable (poison) sur les personnes ». C. Roiné, « Analyse anthropo didactique de l'aide mathématique aux « élèves en difficulté » : l'effet Pharmakéia », *Carrefours de l'éducation*, 2012, n° 33, 1, p.144. Il en va de même, observe-t-il, pour l'aide scolaire dispensé aux élèves de SEGPA, qui conduit parfois à les « embrouiller » plus encore sur des savoirs déjà fragiles.

⁵⁷⁹ M. Millet et D. Thin, « Une déscolarisation encadrée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2003, no 149, 4, p.35. Sur ce constat les auteurs font également référence aux travaux suivants : J.-Y. Rochex, *Le sens de l'expérience scolaire : entre activité et subjectivité*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1995 ; S. Bonnéry et E. Martin, « Les classes relais, un dispositif pour les élèves en rupture avec l'école », *Agora débats/jeunesses*, 2002, 29, 1, p. 145-146.

⁵⁸⁰ « Dans les cas précités, le dispositif d'aide, supposé « remède » aux difficultés des élèves, apparaît bien comme un « poison » potentiel dans la mesure où les conditions didactiques de son utilisation sont ignorées. Cette ignorance semble manifester une certaine « cécité didactique » ; à savoir l'impossibilité pour les enseignants de considérer les paramètres (didactiques et situationnels) sur lesquels ils pourraient effectivement agir pour aider leurs élèves. L'aide est considérée en soi ; non interrogée didactiquement, elle contribue à compliquer le travail des élèves au point que celui-ci devienne incertain. » C. Roiné, « La fabrication de l'élève en difficulté », art cit, p. 10.

⁵⁸¹ Il reconduit de la sorte les résultats de travaux plus anciens. M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires, op. cit.* ; F. Sicot, « Intégration scolaire : le handicap socioculturel a-t-il disparu ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, 2, 2, p. 273-293 ; F. Sicot, « Déviances et déficiences juvéniles : pour une sociologie des orientations », *Alter*, 2007, 1, 1, p. 43-60.

en difficulté⁵⁸². La démarcation des enseignements des deux cursus « aboutit *in fine* à maintenir en l'état ce qui a ainsi été créé. Plus les élèves sont désignés en difficulté plus il est probable qu'ils le deviennent »⁵⁸³.

Ces analyses nous permettent de mieux comprendre le parcours de Simon et les enjeux qui l'ont émaillé. L'intégration d'une CLIS est vécue négativement par la famille qui porte difficilement le poids du stigmate de la relégation scolaire. Surtout, elle marque une étape supplémentaire dans la mise à l'écart des enjeux scolaires et l'acceptation de difficultés graves et persistantes nécessitant de renoncer à une scolarité qualifiante. Après trois années de scolarisation en CLIS, Simon est bien loin des performances scolaires des enfants de sa classe d'âge⁵⁸⁴, et les enseignants attestent d'un retour impossible en milieu ordinaire. Élise décrit un enfant qui « *dépérissait* » en CLIS et « *ne faisait rien de ses journées [il ne travaillait pas]*⁵⁸⁵ ». Après toutes ces années et juste avant la rencontre avec la neuropsychologue Claire Costes, elle s'accorde avec les professionnels sur la gravité des difficultés de Simon et leur caractère irréversible. Si chaque processus de prise en charge « ouvre la voie à de nouvelles "carrières institutionnelles" »⁵⁸⁶, l'entrée dans l'éducation spéciale promet une carrière courte, professionnalisante et peu qualifiante, limitant ainsi les futurs possibles.

Pourtant, la suite du parcours de Simon démontrera tout à fait l'inverse : Simon regagne le cursus ordinaire et réduit peu à peu son écart aux exigences scolaires, jusqu'à obtenir quelques années plus tard, contre toutes prédictions institutionnelles, un baccalauréat général (filière ES). Ce revirement de situation (et de façon plus générale l'enchaînement des différents événements et processus dans ce parcours heurté) met en saillance le caractère culturellement construit des difficultés scolaires, celles de Simon n'étaient pas insurmontables comme ont longtemps pu le concevoir les agents scolaires. Comme dans la tradition sociologique des travaux précédemment cités, mes analyses veulent mettre à distance les explications essentialistes de l'échec scolaire.

⁵⁸² Alors que pourtant leurs caractéristiques cognitives et scolaires sont à l'origine peu distinctes : les élèves de SEGPA présentent des caractéristiques cognitives semblables aux élèves faibles scolarisés en classe ordinaire au collège, si ce n'est que leur niveau scolaire est inférieur (et encore, on observe une « forte zone de recoupement). En réalité, leur affectation en SEGPA dépend plus de variables géographiques et sociales que de spécificités cognitives explicatives de leur échec. C. Roiné, « Les spécificités des élèves de S.E.G.P.A à l'épreuve des évaluations nationales », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 2011, 25, p. 69-87.

⁵⁸³ C. Roiné, « La fabrication de l'élève en difficulté », art cit, p. 8. Les sorties de l'éducation spéciale vers le milieu ordinaire sont d'ailleurs statistiquement très marginales, bien que non-interdites institutionnellement : moins de 10% selon F. Deshayes et al., « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », *Education et sociétés*, 2018, n° 41, 1, p. 105-120.

⁵⁸⁴ S'il y a à un moment désaccord entre les professionnels sur les potentialités de Simon (la neuropsychologue étant convaincue, contre l'école, que l'enfant a des capacités cognitives bien plus élevées que ne le laissent penser ses productions scolaires), tout le monde s'accorde à dire que son niveau scolaire est très bas. L'enseignante qui lui fait des cours à domicile après sa sortie de CLIS lui décrit un niveau scolaire d'un enfant de CE2, alors que Simon a l'âge d'être en 5^{ème} (il est scolarisé en CM2). Mais elle lui reconnaît dans le même temps des réelles capacités d'apprentissage, telles qu'elle s'étonne de son orientation précédente en CLIS. Selon elle, « il n'avait pas le profil ».

⁵⁸⁵ Ses cahiers témoignent du faible travail scolaire réalisé la journée, et il n'a en sus jamais de travail à faire à la maison.

⁵⁸⁶ M. Millet et D. Thin, « Une déscolarisation encadrée », art cit.

C'est aussi la participation active de l'appareil de traitement aux représentations collectives des difficultés ainsi qu'à leur évolution qui transparait de l'étude du cas de Simon. L'institution scolaire et le CMPP ont su construire un projet scolaire pour l'enfant ainsi qu'un projet de soin, là où les parents étaient peu disponibles et surtout « *totalelement désemparés* » par la situation. L'institution n'a d'ailleurs pas fait que proposer un projet, mais elle a su aussi le défendre lorsque la famille a montré des signes d'impatience. En effet, la famille Andrieu n'est pas restée dans ce circuit psychologisant par seul manque d'alternative ou pure conviction, mais aussi parce qu'on l'y a retenue. C'est d'ailleurs ce qui nous aide à comprendre l'intégration surprenante de cet enfant des classes supérieures dans l'éducation spéciale : l'autorité institutionnelle.

1.3.3. L'autorité institutionnelle et la captation des familles

Les prises en charge en CMPP font l'objet de critiques de la part des autres parents de l'enquête, qui leur reprochent de ne pas avoir apporté de solutions, de les avoir culpabilisés et tenus à l'écart des prises en charge. La famille Andrieu raconte une expérience similaire à celle des autres parents (stigmatisation familiale, effondrement scolaire de l'enfant), pourtant, contrairement à eux, Élise et Daniel maintiennent la prise en charge six années durant.

Considérer les seuls motifs de satisfaction des parents pour expliquer les décisions de soins, c'est en fait oublier la dissymétrie des rapports entre professionnels et usagers. Dans ce cas comme dans d'autres, l'institution a usé de différents leviers de contrainte afin que la prise en charge qui lui paraissait adaptée soit maintenue.

Après le burn-out d'Élise, la famille veut changer de cadre de vie et planifie un déménagement dans le sud de la France, ce qui, par voie de conséquence entraîne une suspension du suivi en CMPP. Lorsque la famille annonce son départ du CMPP (pour cause de déménagement donc), les sanctions ne se font pas attendre. La psychologue déconseille d'abord à Élise de partir étant donné le travail en cours dans la structure – elle estime l'interruption nuisible pour l'enfant –, et dans un deuxième temps, par un appel téléphonique, elle exhorte Daniel à ne pas laisser sa femme emmener les enfants avec elle : elle considère Élise comme un danger pour ses enfants, Simon tout du moins. Élise se retrouve dans la situation de devoir argumenter auprès de son mari qu'elle ne constitue pas une menace, qu'elle « *tient la route* », et que leur projet tel qu'ils l'ont planifié est le mieux qui puisse arriver pour toute la famille. « *Bon lui il avait peur, c'est normal, j'avais été extrêmement malade [elle a déclaré son burn-out deux mois plus tôt]. Mais il m'a fait confiance. Et je suis partie avec les enfants* ».

D'abord morales, les sanctions trouvent rapidement des terrains où se matérialiser : le scolaire et le pénal.

L'année de transition à Montaigu n'offre pas la reconstruction familiale espérée. Les rapports à la nouvelle école sont mauvais et ils reçoivent en cours d'année un courrier de la Protection de l'Enfance⁵⁸⁷ stipulant que l'ancienne école des garçons a déposé un signalement à l'encontre de la famille. Une enquête sociale s'ouvre et va durer un an et demi afin de déterminer si mauvais traitement⁵⁸⁸ à l'égard de Simon il y a ou pas dans la famille Andrieu⁵⁸⁹. L'enquête se termine par un non-lieu, mais l'expérience reste comme un événement dramatique pour toute la famille : les enfants ont eu peur d'être séparés de leurs parents, et la suspicion à l'égard des parents est extrêmement difficile à vivre. Surtout que, dès le départ, ils se sentent « *traités comme des coupables* ».

Élise : Ça c'était la directrice de l'enquête qui nous présentait l'affaire comme ça : « Si vous avez été convoqués, c'est que vous êtes coupables ». Donc moi je suis arrivée avec un dossier énorme [médical notamment], en disant : « Voilà tout ce qu'on a fait pour Simon, nous on cherche des solutions ». Voilà. Ça a quand même terminé devant un juge des enfants. Puis le juge... Thomas est parti en sanglot devant le juge, parce que y avait la représentante de la Protection de l'enfance et notre avocat, parce qu'on avait peur donc on a pris un avocat (...). Enfin voilà c'est tout un délire, on se sent petits quand on y est. Puis voilà, le juge dit que « y a rien vous pouvez y aller ». Ils nous ont fait mal hein vous savez. »

L'expérience est d'autant plus amère que le verdict final n'annule pas le stigmate du signalement.

Élise : Non, on n'a pas gagné le procès, ça n'a pas été présenté comme ça. Ça a été « On n'a rien trouvé contre vous ». J'étais furax, hors de moi, ma première réaction a été de vouloir attaquer l'école [qui a posé le signalement]. J'étais scotchée par cette histoire. Mais tout le monde m'a dit : « Non mais arrête, laisse tomber ! C'est pas possible d'attaquer l'Éducation Nationale » et qu'en plus ça allait me plomber pour la suite.

En plus d'être une expérience difficile, le signalement est une expérience qui laisse des traces. Élise se sent par la suite affaiblie et en posture de soumission face aux propositions institutionnelles de prise en charge pour l'enfant :

Élise : En 2008 Simon était en CLIS. Oui parce qu'on on est passés par la CLIS ! Après la directrice d'école de Montaigu qui a pété un plomb sur Simon ET la Commission de la Protection de l'Enfance, je peux vous dire qu'ils ne nous ont pas loupés. L'Éducation Nationale nous a dit « CLIS ». Vous pensez bien qu'ils étaient au courant de cette enquête. Je n'étais pas en position de discuter.

Le signalement n'aboutit pas sur le terrain pénal, mais devient un élément structurant du parcours scolaire et de « soin » de Simon. Il fonctionne comme un rappel à l'ordre pour la famille dans les cas où ils voudraient s'éloigner des consignes institutionnelles. Élise n'ose pas négocier le suivi et l'orientation de

⁵⁸⁷ Aujourd'hui « Aide Sociale à l'Enfance » (ASE).

⁵⁸⁸ Un signalement d'enfant en danger désigne une procédure judiciaire ou un tiers (souvent école ou structure de soins) alerte les autorités judiciaires sur la situation d'un enfant. On suspecte des « mauvais traitements », des « violences sexuelles » ou toute autre « infraction pénale » (circulaire n°2001-044 du 15 mars 2001). Je ne saurai pas dans le cas de la famille Andrieu les griefs exacts adressés à la famille, car la famille elle-même dit ne pas avoir eu accès au dossier : « *on n'a jamais su de quoi nous soupçonnait exactement l'école* ».

⁵⁸⁹ Ils sont durant cette période convoqués à plusieurs reprises au tribunal de Carcassonne, et sont auditionnés à tour de rôle seuls (enfants y compris), ainsi qu'en groupe devant différents membres de l'administration.

Simon, malgré des réticences à l'intégration d'une CLIS⁵⁹⁰. Elle met aussi à nouveau en place un suivi en CMPP dès qu'ils emménagent à Carcassonne, malgré l'expérience parisienne négative du CMPP.

Un autre cas de signalement

J'ai pu observer une expérience similaire dans une autre famille enquêtée, la famille Esposito, où le signalement fait suite à un conflit de définition sur la mauvaise santé psychique et scolaire de l'enfant – l'enfant a un rapport très angoissé à l'école, il pleure beaucoup, somatise, fait régulièrement des malaises. Alors que les relations avec l'école sont crispées (Valérie, la mère, n'entrevoit plus de négociations possibles sur les conditions de scolarisation d'Émilio, qui est pourtant déjà diagnostiqué dyspraxique depuis ses 5 ans), Valérie déscolarise son fils quelques semaines afin qu'« *il souffle un peu* ». L'école pose en suivant un signalement, nous donnant à voir qu'elle impute les difficultés d'Émilio à des « troubles familiaux ». Là encore, l'enquête ne révèle aucune maltraitance mais entraîne des effets durables sur les relations de la famille aux institutions : Valérie garde une posture de lutte (contrairement à Élise qui durant un temps se plie aux volontés institutionnelles) mais sera pour cela à maintes reprises sanctionnée négativement : refus de mise en place des aides MDPH, scolarité du petit frère conflictuelle, retrait du droit de représenter les parents d'élèves en équipe éducative, plainte de harcèlement de la part de la MDPH, etc.

Anne-Élise Velu observe au cours de son travail de terrain que les signalements à l'aide sociale à l'enfance (ou la rédaction d'une « information préoccupante ») interviennent souvent lors de désaccords entre les parents et la structure productrice du signalement (école ou CMPP) sur la prise en charge adaptée. Ils révèlent les suspicions des agents scolaires et du soin envers les familles et constituent un moyen de les discipliner, en laissant planer autour d'eux le soupçon persistant d'une maltraitance. Le signalement apparaît comme l'étape ultime du « travail de conviction »⁵⁹¹ réalisé par les professionnels auprès des familles afin de leur faire accepter un projet. Résister à ce pouvoir institutionnel demande alors une vraie mobilisation de la part des familles et différentes ressources, que la famille Andrieu ne parvient pas à mobiliser dans un premier temps.

Là où Élise parle d'un « dossier scolaire » qui les « suit » depuis l'école parisienne, on peut se référer à la notion de « casier scolaire » développée par Matthias Millet et Daniel Thin⁵⁹², qui montrent que les différentes décisions institutionnelles décidées à l'égard des enfants restent consignées dans le dossier scolaire et servent d'appui aux professionnels pour les décisions futures. Ainsi, lorsqu'un élève présente des difficultés scolaires, le fait d'avoir été pris en charge dans un dispositif de remédiation va

⁵⁹⁰ Selon elle, le signalement est aussi à l'origine de l'animosité de l'enseignante de Montaigu à l'endroit de la famille. Elle va dès lors chercher à pacifier les relations aux enseignants afin que Simon ne pâtisse pas de ces événements en classe.

⁵⁹¹ H. Dupont, *Ni fou, ni gogol ! orientation et vie en ITEP*, op. cit.

⁵⁹² M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires*, op. cit.

souvent jouer en sa défaveur, puisque l'on va penser ses difficultés irrémédiables du fait qu'elles ont persisté malgré les aides apportées : les professionnels vont alors chercher à exclure davantage qu'à remédier.

On retrouve ici finalement l'idée d'une « carrière institutionnelle de l'élève en difficulté » entamée par les enfants bien malgré eux, où les dispositifs de remédiations fonctionnent comme autant d'étape de la carrière⁵⁹³. Dans le cas de Simon, les différents « mécanismes de marquage »⁵⁹⁴ que sont le suivi en CMPP, le redoublement, ou encore le signalement, fonctionnent comme des probabilités objectives d'être exclu d'une scolarité ordinaire. Présentés comme des remèdes, ils se transforment en marqueurs d'inadaptation et finalement en étape de la relégation scolaire.

Les politiques de prévention à l'égard de l'enfance incitent les professionnels à s'inquiéter et à agir de plus en plus vite pour le bien de l'enfant. Or elles flirtent sur une ligne où il est difficile de dissocier prévention et répression⁵⁹⁵, les familles signalées étant déjà sanctionnées par le signalement, quelle que soit l'issue de la procédure. On ne doute pas que dans ce cas comme dans les autres, les professionnels sont avant tout guidés par « le bien de l'élève » dans leur prise de décisions⁵⁹⁶. Seulement, « l'aide ne contient pas en soi les conditions de sa réussite et de son efficacité »⁵⁹⁷, et il semble que dans le domaine de l'éducation, un ensemble de conséquences négatives non souhaitées résultent des différents dispositifs de remédiations – dégradation des carrières scolaires, stigmatisation, développement de conflits... La croyance d'œuvrer pour le bien peut en particulier rendre aveugle au caractère stigmatisant de l'étiquetage pour les parents⁵⁹⁸, et creuser encore la dissymétrie des rapports entre familles et professionnels.

Cette étude de cas nous enseigne que les familles des classes aisées, sous certaines conditions, peuvent aussi se heurter à l'autorité professionnelle la plus rude et se confronter à la relégation scolaire – bien que cela reste un phénomène statistiquement marginal⁵⁹⁹. Mais la suite du parcours montre aussi que

⁵⁹³ F. Deshayes et al., « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », art cit. Les auteurs se réfèrent ici à la notion de carrière développée par Howard Becker. H.S. Becker, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985.

⁵⁹⁴ J.-C. Chamboredon, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », art cit.

⁵⁹⁵ M. Becquemin, « Pour une critique de la prévention », *Informations sociales*, 2007, n° 140, 4, p. 74-87. Dans cet article l'auteur se questionne « sur la nature polymorphe de la prévention, sa perméabilité, sa malléabilité, autant dire sur le crédit à lui accorder. » (p.74)

⁵⁹⁶ F. Deshayes et al., « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », art cit. Jean Paul Payet, Anaïk Purenne (dir), *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, 2015

⁵⁹⁷ C. Roiné, « Analyse anthropo didactique de l'aide mathématique aux « élèves en difficulté » », art cit, p. 131. L'auteur transpose dans cet article une question récurrente dans le champ de l'aide humanitaire à celui de l'éducation : « suffit-il de vouloir aider pour aider vraiment ? » (p.131).

⁵⁹⁸ On peut par exemple ici faire référence aux propos du psychiatre et directeur de CMPP Jean Luc Duquesne : J.-L. Duquesne, « Comment et à qui, mais surtout pourquoi et quoi signaler ? », *Empan*, 2006, 62, 2, p. 76-83. Il défend l'idée que dans le doute d'une maltraitance, mieux vaut signaler : même si la maltraitance n'est pas avérée, le regard professionnel sur la situation familiale ne pourra avoir que des effets bénéfiques. C'est ici nier les conséquences stigmatisantes et disqualifiantes des signalements sur les familles qui sont mises à jour par diverses enquêtes sociologiques.

⁵⁹⁹ En effet, plus le milieu social est élevé, plus les parents connaissent les enjeux rattachés à une scolarité ordinaire et ont les moyens de fournir à leur enfant la scolarité la moins stigmatisante et la plus intégratrice possible lorsque des difficultés surviennent. F. Scot, « Décider d'une orientation ou d'une adaptation scolaire. Éléments pour une analyse d'un dispositif de jugement », art cit.

la présence de ressources familiales rend à tout moment davantage probable un « retour à la normale ». C'est l'expérience que connaîtra la famille Andrieu puisque, à un moment où son sort semblait scellé, Simon connaîtra une inflexion radicale de sa trajectoire scolaire qui le ramènera (définitivement) en milieu ordinaire.

2. LES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ DU RETOUR EN MILIEU ORDINAIRE

La rencontre avec la neuropsychologue va totalement bouleverser la dynamique de scolarisation et de soin de l'enfant et de sa famille. Elle va non seulement proposer une explication très différente des difficultés de Simon, appelant un changement de prise en charge, mais elle va aussi intervenir dans les décisions de scolarité, réorganisant les rapports de pouvoir entre les deux institutions que sont la famille et l'école. L'action de cette professionnelle dépasse largement l'espace de son cabinet, et c'est bien la pluralité de son action qui va nous aider à comprendre la suite de la trajectoire de l'enfant.

2.1. Un nouveau regard sur Simon et ses « problèmes » qui opère comme un véritable *turning-point*

La neuropsychologue Claire Costes est recommandée à la famille Andrieu par le psychiatre d'Élise (elle lui parle de son fils de temps à autre). « *Il l'avait vue en conférence, et il m'a juste dit : "Allez la voir, je pense qu'elle peut vous aider"* ». Ce n'est pas le premier bilan psychologique que Simon réalise, mais celui-là va apporter de nouveaux éléments de compréhension. Après deux séances de bilan, Claire Costes diagnostique « *une dyspraxie sévère, une dyslexie, bon tous les "dys" globalement hein, avec un trouble de l'attention* ».

Ni Élise ni aucun membre de la famille (ni leurs proches) n'ont jamais entendu parler de ce trouble, ils se trouvent alors désemparés au moment de cette annonce, mais ont « *de suite confiance* » : « *c'était clair que ça devait être ça [la dyspraxie]. Elle était tellement sûre d'elle ! Je l'ai vu dans ses yeux que c'était évident* ». Un diagnostic médical, une professionnelle sûre d'elle et la promesse d'une prise en charge différente et adaptée – la neuropsychologue propose rapidement un changement de prise en charge avec notamment l'arrêt du CMPP – génèrent immédiatement de l'espoir chez Élise, qui ne voit aucun bénéfice aux suivis effectués par Simon jusqu'à présent. « *J'imaginai que Claire et sa maman savaient ce qu'il fallait faire* »⁶⁰⁰. Élise met un terme au suivi en CMPP et entame les séances avec Claire Costes deux fois par semaine, bien que son cabinet se situe à 1h15 de route de leur domicile. Le suivi durera neuf années, Simon y mettant un terme en classe de 1ère ES estimant qu'il ne lui apporte plus grand-chose au quotidien.

⁶⁰⁰ Claire Costes partage le cabinet avec sa mère également psychologue. La famille Andrieu rencontre les deux professionnelles au début de la prise en charge avant d'être suivie par la suite presque qu'exclusivement par la fille.

En établissant une dyspraxie, Claire Costes propose une toute autre compréhension du problème que celle jusqu'alors dominante en termes de souffrance envahissante. D'après ses bilans, Simon présente une structure cognitive atypique lui rendant compliquée l'appréhension du monde et de nombreux apprentissages. Il présente par exemple des difficultés à se concentrer, à se repérer dans l'espace (dans la ville ou sur une feuille), une faible mémoire de travail. Ces spécificités cognitives ne le rendent pas moins intelligent selon la neuropsychologue – elle répètera à plusieurs reprises que Simon a une intelligence normale, et insiste également sur ses nombreuses qualités, comme son langage oral riche et fluide ou encore sa persévérance à la tâche –, mais l'empêche de suivre le même rythme d'apprentissage que ses pairs « typiques » : il a besoin d'un enseignement adapté, et de trouver ses propres stratégies pour pallier ses faiblesses cognitives. En fait selon Claire Costes, ce n'est pas tant son « trouble » (structure cognitive atypique) qui est à l'origine de son malaise, mais plutôt le fait qu'il n'ait pas été repéré, et que conséquemment l'enfant n'a jamais été compris dans ses difficultés : il s'est toute sa vie trouvé en difficulté, en particulier dans sa scolarité, et on ne lui a jamais donné les outils pour les surmonter. On l'a de surcroît qualifié de façon stigmatisante et à tort d'enfant peu capable. Les causes de son mal sont ainsi inversées : la souffrance psychique (réelle) n'est pas à l'origine de ses difficultés mais bien la conséquence d'une incompréhension de son problème et du défaut d'intégration scolaire qui en découle.

Cette rencontre change radicalement la perception qu'a Élise de son fils. La souffrance de Simon a toujours été une réalité évidente pour Élise, mais peu compréhensible et anxiogène. L'explication fournie par la neuropsychologue lui apparaît cohérente et surtout enthousiasmante du fait qu'elle ouvre la voie à des possibilités d'actions nouvelles. Pour autant, la réinterprétation des attitudes et capacités de Simon n'est pas immédiate mais prend la forme d'un long cheminement mental pour ses parents.

Élise : En suivant [l'annonce de la dyspraxie] j'ai essayé de me renseigner, mais je peux vous dire que c'était pas clair, je comprenais rien ! Parce que la dyspraxie pour comprendre ce que c'est, même quand on est concerné on comprend rien. J'ai mis des années à comprendre, c'est pas évident ! C'est au fur et à mesure de discuter avec Claire, de lire des trucs, et aussi de regarder Simon différemment que j'ai commencé à comprendre comment lui voyait les choses et les ressentait. Du coup j'ai mieux compris, et on s'est moins énervés, parce qu'on s'énervait quand même, c'est normal.

Les parents se mettent à regarder et comprendre différemment leur enfant, et c'est sûrement l'une des premières clés pour comprendre l'inflexion radicale du parcours de Simon, puisque ce changement de représentation va faire évoluer un ensemble d'actions autour de l'enfant : Élise fait état de modifications dans leurs pratiques éducatives et dans la gestion du quotidien, de modifications également dans le dispositif de soin, puis dans la scolarité par la suite. L'annonce du diagnostic est en soi un événement fort pour la famille, et elle restera à l'analyse de la trajectoire de l'enfant un véritable « turning-point », dans le

sens où elle « réoriente » fortement la dynamique dans laquelle sont insérés Simon et sa famille (elle impulse une « nouvelle réalité » et une « nouvelle direction »), et ouvre la voie à « un nouveau régime »⁶⁰¹.

Le clivage entre approches psychodynamiques et approches neurocognitives apparaît avec une grande acuité dans le parcours de Simon, où elles se donnent à voir comme inconciliables (à rebours de l'idée d'un certain éclectisme des professionnels). Ce qui apparaît déterminant pour la suite du parcours de Simon, c'est la place différente que ces deux types d'approche accordent à la question scolaire : alors que le CMPP avait relégué au second plan la problématique des apprentissages scolaires, ces derniers constituent pour la neuropsychologue le nœud du problème et la voie de la guérison.

2.2. Une psychologue qui élabore un projet scolaire ambitieux

2.2.1. Des séances axées sur le travail scolaire

Lorsque la neuropsychologue diagnostique la dyspraxie, les rééducations qu'elle met en place s'éloignent du travail psychothérapeutique pour se concentrer sur l'entraînement et le renforcement de capacités cognitives nécessaires aux apprentissages scolaires : la concentration, le graphisme, des stratégies organisationnelles, etc.

Simon : Elle a des ordinateurs dans lesquels il y a des espèces de jeux. Y en a un sur la mémoire, y a des mots qui s'affichent, après il faut dire combien de fois on a vu tel mot. Après y a une épreuve de vitesse je crois.... Ah oui y avait un autre logiciel, on lisait un texte dans un certain temps et après on nous posait des questions dessus. Un peu comme en cours. Après... ah ce qu'elle m'a fait faire pendant très longtemps, c'est sur des feuilles, il y a plein de points et il faut retrouver les figures du modèle, genre un carré, deux triangles ou un losange. Il y a plein de situations comme ça et il faut les retrouver. C'était pour le repérage dans l'espace je crois.

Une épreuve de vitesse, des fiches avec des tracés géométriques, des lectures de textes commentées... les différents exercices racontés par Simon font écho au travail scolaire – il fait d'ailleurs de lui-même le parallèle avec le travail scolaire, précisant « *un peu comme en cours* » pour décrire ses séances avec Claire Costes.

⁶⁰¹ A. Abbott, *Time matters. On theory and method*, 1 édition., Chicago, University of Chicago Press, 2001. A. Abbott définit les turning-point comme suit : « Des changements courts, ayant des conséquences, qui réorientent un processus. Le concept est inévitablement narratif, puisqu'un tournant ne peut être conçu sans que l'on puisse établir une nouvelle réalité ou direction, ce qui implique au moins deux observations séparées dans le temps. Tous les changements soudains ne sont pas des tournants, seulement ceux qui débouchent sur une période caractérisée par un nouveau régime » (p. 258). Dans un article de 2006, Michel Grossetti définit la notion de « bifurcation » de façon « pratiquement synonyme » à celle de « tournant » établie par Abbott, ce pour quoi je les emploierai de façon similaire. M. Grossetti, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2006, n° 120, 1, p. 5-28.

En entretien, Claire Costes se défend dans un premier temps de faire du scolaire – « *Non ce ne sont pas des exercices de type scolaire : rien à voir avec l'école !* »⁶⁰² – mais on comprend par la suite que c'est avant tout un discours de distinction : elle tient à présenter sa pratique comme « unique », très spécialisée et mettant en jeu des outils et des techniques dont elle seule dispose. Elle travaille avec les enfants leurs difficultés graphiques, leurs capacités de planification, d'organisation, ainsi que de concentration. « *Chez moi, les enfants sont assis et font des exercices : ils font des fiches, ils travaillent à l'ordinateur, puis ils font des jeux de construction avec des modèles. Ils ont une imagination débordante, alors moi je veux qu'ils copient* ». Tout dans les descriptions qu'elle fait de ses activités⁶⁰³ rappelle le travail scolaire, qu'il s'agisse des compétences en jeu (planifier une action, contraindre son attention sur une tâche un temps donné, écrire...), du mode de « travail »⁶⁰⁴, assis, face à des fiches papier ou un ordinateur, ou encore de la demande de certaines aptitudes sociales comme celle de l'obéissance et du respect du cadre (un enfant doit savoir suivre les consignes et non sa seule imagination).

Ce type de pratique et cette proximité au travail scolaire n'est pas spécifique à cette professionnelle mais apparaît plus générale aux professionnels de psychologie et de rééducation se revendiquant des approches neurocognitives, comme j'ai pu le montrer dans le chapitre 2 de la thèse. Des entretiens et des observations de séances réalisées auprès de psychomotriciennes se définissant comme « neuro » (formées dans l'Agglomération) révélaient également un intérêt pour les préoccupations scolaires et qu'une large part des activités de rééducation avaient pour visée les apprentissages scolaires (le graphisme et les capacités d'attention/concentration en premier lieu) ainsi qu'un mode d'exercice scolaire (assis, face à une feuille ou de petits exercices de manipulation).

Claire Costes partage d'ailleurs une partie de son outillage avec ces autres professionnels de rééducation, comme elle l'évoque elle-même dans l'entretien à propos des psychomotriciennes, où elle décrit faire pour certains exercices « *à peu près la même chose* »⁶⁰⁵, dans le sens où elles emploient les mêmes outils et travaillent les mêmes choses avec les enfants. De son côté, en réentamant des séances d'orthophonie au collège, Simon remarquera que certains exercices sont communs avec ce qu'il a pu faire chez Claire Costes.

Comme Stanislas Morel l'avait déduit de l'observation de séances d'orthophonie dans un CMPP, le travail de cette neuropsychologue s'apparente à une propédeutique aux apprentissages scolaires⁶⁰⁶ : sans

⁶⁰² Elle ajoute ensuite : « *Enfin si, il y a du scolaire derrière, mais c'est assez ludique* ».

⁶⁰³ Claire Costes n'a pas accepté que je vienne observer des séances, me précisant qu'elle n'a jusqu'à présent autorisé personne à rentrer dans son cabinet, pas même des stagiaires en psychologie, pour des questions de gestion de la concurrence. Elle qualifie sa pratique d'« inédite », et ne veut pas « former de futurs concurrents ».

⁶⁰⁴ Terme qu'elle emploie elle-même, bien qu'elle mette en avant le caractère ludique des exercices qu'elle propose.

⁶⁰⁵ Plusieurs tests qu'elle utilise pour faire ses bilans sont également employés par des psychomotriciennes interrogées, comme la figure de Rey, la Nepsy ou le BHK.

⁶⁰⁶ S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, op. cit. L'observation des séances d'orthophonie lui permet de constater la proximité entre ces rééducations et la pédagogie mise en œuvre dans les écoles, alors que dans les discours, les deux orthophonistes du CMPP tiennent à distance la dimension

rentrer frontalement dans le contenu des programmes, elle entraîne des compétences cognitives et des aptitudes sociales qui apparaissent nécessaires au bon déroulé des apprentissages à chaque âge⁶⁰⁷. Sauf que contrairement aux orthophonistes du CMPP interrogées par S. Morel, Claire Costes revendique la prise en charge de problématiques scolaires et accepte d'être évaluée à l'aune des progrès scolaires de l'enfant, comme nous le verrons au point 2.2.3.

Claire Costes fait donc du scolaire avec Simon, mais le suivi de ses séances ne peut expliquer à lui seul le retour en milieu ordinaire de Simon, qu'elle que soit leur efficacité – que je ne saurais mesurer par ailleurs. On peut simplement noter que c'est la première fois que l'on propose à Simon de travailler de façon rigoureuse et répétée sur des apprentissages qui lui sont difficiles.

2.2.2. Au-delà du cabinet de rééducation

S'il est intéressant de connaître l'activité de Claire Costes durant les séances avec l'enfant, on remarque qu'au-delà, elle élabore un véritable projet scolaire pour l'enfant en proposant son retour en milieu ordinaire quelques mois après le début de la prise en charge. Pour Claire Costes, l'accès de Simon à une scolarité ordinaire est non seulement possible, et plus que ça souhaitable, puisqu'il devient une condition de l'amélioration de l'état de l'enfant : pour aller mieux, l'enfant doit s'épanouir dans les apprentissages à hauteur de ses capacités cognitives et intellectuelles ; capacités qui, selon ses tests, sont à la hauteur d'un cursus scolaire classique. De tout son parcours scolaire, c'est finalement la première fois qu'on propose à Simon de s'investir dans les apprentissages scolaires.

En plus d'élaborer un projet scolaire ambitieux, la neuropsychologue s'active pour lui donner les moyens d'aboutir en faisant déborder son action du seul espace du cabinet.

Lorsqu'elle propose le projet aux parents (une scolarisation en CM2, quand Simon a l'âge de rentrer en 5^{ème}), ceux-ci se montrent tout de suite enthousiastes et font confiance à la professionnelle pour définir les capacités de Simon. Mais lorsqu'ils portent ce projet à l'école, ils se confrontent à un refus catégorique : pour les agents scolaires (enseignants, psychologue et médecin scolaires), Simon n'a pas les capacités de suivre les apprentissages d'une classe ordinaire et cela le mettrait en défaut :

Élise : [Lorsqu'elle leur parle d'un éventuel retour de Simon en milieu ordinaire] à la CLIS ils m'ont regardée avec des yeux « comme ça » [elle mime des yeux ébahis], ils nous ont pris pour des tarés, mais

scolaire de leur activité. « Selon Hermine [une orthophoniste du CMPP], la rééducation orthophonique s'inspire de la neuropsychologie, de la médecine et de la linguistique et non de la pédagogie. Pour elle, les difficultés traitées ne sont pas simplement dues à des problèmes de transmission pédagogique, mais elles relèvent de troubles médicaux : "dyslexie", "dysphasie", "dysorthographe". Néanmoins, observées par un "profane" qui ignore leurs fondements théoriques, les rééducations ne se différencient pas véritablement d'un soutien scolaire mis en œuvre par un professionnel de l'enseignement. » (p. 410)

⁶⁰⁷ Les orthophonistes qui suivent Simon donnent aussi à voir une teinte scolaire de leur travail : au lycée, l'orthophoniste de Simon lui propose, sur demande du jeune, « des exercices pour [l]'aider à préparer le Bac français » (Simon)

vraiment hein ! Pour des tarés ! Ah ben là Claire est venue. Pendant toute cette période-là elle a assisté à tous les conseils de classe, les réunions pédagogiques et je vous en passe des meilleures. Elle est venue carrément nous soutenir. Et heureusement parce que nous ils nous auraient broyés sinon. Broyés !

Toutes les réunions entre la famille et l'école se déroulent de façon conflictuelle. *« Ils ont tout fait pour qu'on y arrive pas. Parfois ils étaient quinze en face de nous à nous dire qu'on n'y arriverait pas, qu'on était vraiment des tarés quoi. "Vous seriez bien la première à réussir à passer d'une CLIS à une classe normale" ils nous disaient »*. Claire Costes les accompagne alors dans toutes les arènes nécessaires afin de les soutenir dans cette entreprise, s'imposant comme la caution scientifique. Elle invoque en particulier ses bilans psychométriques pour faire valoir les qualités intellectuelles de l'enfant, et tente de convaincre l'école qu'un dispositif adapté de compensation avec un travail ciblé sur ses lacunes pourra lui faire rattraper le retard acquis du fait d'une incompréhension de son trouble les années précédentes. L'école tente de lui faire changer d'avis (lors d'un coup de fil de la directrice) afin qu'elle fasse entendre raison à la famille, mais elle « tient bon »⁶⁰⁸, sûre de ses attentes envers l'enfant. Elle encourage également les parents à garder le cap pendant ces années de transition difficiles⁶⁰⁹.

Au terme d'un bras de fer soutenu, la famille parvient à scolariser Simon en CM2 (avec deux ans de retard donc) dans l'école privée où est scolarisé son grand frère. Claire Costes leur établit alors un vrai plan d'action, soutenant que le projet est possible, mais qu'il requiert un investissement et une mise au travail conséquente. Elle leur conseille dans un premier temps de reprendre des suivis en orthophonie (pour l'expression écrite), les oriente chez une orthoptiste pour une vingtaine de séances, ainsi que vers un neuropédiatre afin de voir s'il ne serait pas opportun de réguler l'attention de l'enfant avec un médicament – Simon sera dès lors médicamenté sur les temps scolaires afin de favoriser sa concentration. Quelques semaines après le début de la rentrée en CM2, elle préconise aussi une aide à domicile pour le travail scolaire : pour apaiser les relations familiales d'une part, et pour que Simon bénéficie d'une aide compétente d'autre part. Ils engagent alors une enseignante encore en exercice qui vient les aider à domicile 3h par semaine⁶¹⁰.

Dans le même temps, la neuropsychologue transmet à l'enseignante de Simon des outils afin d'adapter les enseignements aux particularités de Simon : des conseils pour une meilleure organisation du

⁶⁰⁸ « Un jour au mois de juin, Claire m'appelle : "Mme Andrieu il faut que je vous dise, je viens d'être appelée par l'équipe pédagogique, elle s'est réunie sans vous, ils m'ont téléphoné pour que je vous fasse changer d'avis [pour qu'elle arrête de soutenir le projet d'une 6^{ème} ordinaire]. Alors j'ai tenu bon, mais je vous avertis ça va être très dur derrière. Très très dur". (...) Elle était offusquée, elle disait : "ils ont été odieux avec moi, j'ai eu une discussion extrêmement difficile". Ils ont été odieux avec elle parce qu'elle n'a rien lâché. Elle disait : "Moi j'ai tenu ! Je suis sûre de moi. Simon est capable de passer". Et eux ils en démordaient pas, donc ça s'est mal passé ». (Élise)

⁶⁰⁹ Alors qu'ils parviennent à réintégrer Simon en CM2 ordinaire, le conflit se répète l'année suivante, l'établissement souhaitant orienter l'enfant vers un dispositif UPI pour le collège. Là encore, c'est au terme d'un bras de fer rugueux que la famille obtiendra la scolarisation en 6^{ème} ordinaire.

⁶¹⁰ Cette première enseignante – que j'ai pu rencontrer – suit Simon deux ans, puis une autre enseignante prend sa suite, de la 5^{ème} jusqu'à la 2^{nde}.

tableau, pour rythmer les séquences de travail, des supports de lecture⁶¹¹... Elle aide également la famille à remplir le dossier de la MDPH pour que l'enfant bénéficie des conditions de scolarisation optimum : elle demande en particulier une AVS afin de lui alléger grandement la tâche écrite. « *La MDPH, elle accorde pas souvent les aides quand même. Il faut qu'il y ait un certain niveau de difficultés. Puis c'est plein de papiers à remplir, c'est lourd... des fois ils ne s'en sortent pas tous seuls les parents. Si ils ont besoin, je les aide* » (Claire Costes).

Enfin, la neuropsychologue conseille à la famille de contacter des associations de « dys » pour élargir les soutiens. Ces associations organisent des groupes de parole dans lesquels les parents apprennent ensemble à comprendre la dyspraxie et à « faire avec » au quotidien, et les membres associatifs sont parfois de véritables experts en procédures qui peuvent appuyer les familles qui en ont besoin. Élise contacte donc l'APEDYS⁶¹², qui lui a été d'« *une grande aide* » sur plusieurs plan et en particulier « *pour se battre contre l'Education Nationale. C'est un combat ça l'Education Nationale. (...) Tout ça, c'est grâce à Claire* ».

Claire Costes s'impose ainsi en coordinatrice du parcours scolaire et de soin de l'enfant⁶¹³. Elle fait preuve ici d'une implication peu commune auprès de la famille, si bien qu'elle devient référente pour la famille dans la gestion de différentes problématiques autour de l'enfant, au-delà même de son domaine de compétences.

Élise : Avec Claire on fait des bilans régulièrement, on a un suivi très carré. Puis on se téléphone. A chaque fois que j'ai eu des gros problèmes elle était toujours là, elle me conseillait. Quand mon père est décédé, je savais pas si je devais amener Simon à l'enterrement, et elle m'a dit : « mais si, il est capable d'y aller », et ça s'est bien passé. (...) Moi j'étais beaucoup en demande de conseils. De tous types. Quoi faire dans plein de situations avec Simon... on sait pas trop de quoi ils sont capables en fait.

Cet investissement de la professionnelle est une clef de la réussite du retour de l'enfant en milieu ordinaire : pour lui avoir offert cette opportunité d'abord, puis pour avoir élaboré un dispositif offrant des conditions de scolarisation favorables à l'enfant. Dans les autres parcours d'enfants et de familles que j'ai retracés, je n'ai jamais observé un suivi si serré de la part d'un professionnel – quel qu'il soit – auprès d'une famille. Cette implication peu commune se comprend à la croisée de caractéristiques personnelles de Claire Costes, qui a fait de la scolarisation en milieu ordinaire un de ses combats pour les enfants avec des troubles

⁶¹¹ J'ai retrouvé plusieurs fois cette pratique de conseil du milieu médico-psychologique vers le milieu scolaire, en particulier de la part de neurologues, mais aussi de certains psychologues et rééducateurs. Cette pratique n'est pas toujours bien acceptée de la part des enseignants qui peuvent avoir l'impression que ces professionnels empiètent sur leurs prérogatives, et qui ne voient pas toujours l'intérêt de ces supports très standardisés. C'est le cas de figure que l'on retrouve ici : les enseignants se plaignent à Élise de cette neuropsychologue qui « veut leur apprendre leur métier », ce qui ne peut que rajouter à la situation déjà conflictuelle où l'école s'est fait imposer la scolarisation de l'enfant contre son gré.

⁶¹² L'association des parents d'enfants dyslexiques, qui regroupe finalement des parents d'enfants « dys ».

⁶¹³ C'est normalement davantage le rôle du médecin (neurologue ou neuropédiatre). Mais dans ce cas comme dans d'autres, ce dernier est souvent sollicité pour sa seule fonction de prescription (d'un médicament, d'une rééducation) ou bien pour fournir le diagnostic demandé par la MDPH tous les ans afin de renouveler les aides. Il est fréquent dans les parcours que les médecins aient une place finalement assez restreinte en comparaison au rôle social qu'il leur est dévolu.

des apprentissages, et des caractéristiques sociales de la famille, qui présente des garanties sociales et morales favorables à la réussite de l'entreprise.

2.2.3. Une neuropsychologue en croisade contre l'enseignement spécialisé pour les « dys »

Claire Costes est une professionnelle qui détonne dans le paysage local de l'enquête par la notoriété qu'elle a acquise lors de ses années de pratique et son implication particulière auprès des familles des enfants qu'elle suit, en particulier dans la sphère scolaire. Quand je suis allée l'interroger, j'avais entendu parler d'elle par plusieurs personnes déjà : des parents d'enfants dyspraxiques, des enseignantes et des psychomotriciennes rencontrés dans le cadre de mon Master. Cette notoriété s'est confirmée dans la suite de l'enquête puisque les professionnels rencontrés, les associations et les parents avaient presque tous entendu parler de son cabinet⁶¹⁴.

Elle s'est installée en libéral en 2005 ce qui fait d'elle l'une des premières neuropsychologues de l'Agglomération (il y en a alors deux ou trois tout au plus selon elle)⁶¹⁵. Elle travaille dès le départ dans le cabinet de sa mère, également psychologue spécialisée sur les troubles des apprentissages⁶¹⁶, ce qui lui a fourni sans aucun doute une grande facilité d'installation : économie d'échelle, mise à disposition de nombreux bilans coûteux⁶¹⁷, partage d'une clientèle « déjà-là » d'un cabinet qui marchait bien... Leur cabinet est un « gros cabinet » du fait de la patientèle importante qui y transite : pas loin de deux cents enfants semaine pour Claire, à peine moins pour sa mère – la plupart des séances sont effectuées en petits groupes d'enfants, ce qui aide à comprendre ce nombre élevé de patients.

L'entretien réalisé avec elle ainsi que l'observation d'un groupe de parole qu'elle anime avec des parents d'enfants dyspraxiques ont révélé deux caractéristiques de la professionnelle qui aident à comprendre son investissement auprès de la famille Andrieu et conséquemment la trajectoire singulière de Simon : sa réorganisation originale des hiérarchies professionnelles, et son implication particulière dans les enjeux scolaires.

Lors de ces deux temps de rencontre, Claire Costes affiche une forte croyance en ses tests pour cerner les problématiques des enfants avec un trouble des apprentissages : « *Je peux tout voir dans mes*

⁶¹⁴ Des familles viennent même la voir de loin, jusqu'à 300km de son cabinet. Il faut dire que Claire Costes travaille sa notoriété en réalisant des conférences et en se faisant connaître des associations.

⁶¹⁵ Les formations en neuropsychologie sont alors rares en France et les premiers professionnels formés exercent en hôpital dans les services neurologiques. Il semble que ce soit par manque de débouchés dans les hôpitaux (le nombre de personnes formées ne cessant d'augmenter) que par la suite les neuropsychologues s'installent en libéral dès l'obtention de leur diplôme.

⁶¹⁶ Même si la formulation est anachronique, puisque la catégorie des troubles spécifiques des apprentissages n'est apparue que très récemment. Maryse Gobert, la mère de Claire Costes use davantage de la notion de « dysharmonie » pour décrire sa patientèle, et bien qu'elles aient des langages parfois divers, selon Claire Costes, elles font « sensiblement la même chose »

⁶¹⁷ Il faut savoir que l'acquisition d'un test de QI comme le WISC coûte au psychologue quelques 3000 euros, et qu'il n'a pas moyen de l'obtenir autrement que par achat ou partage entre collaborateurs d'une même structure (deux psychologues travaillant dans des cabinets différents n'ont légalement pas le droit de s'échanger des tests).

tests (...). Mes bilans seuls suffisent à diagnostiquer une dyspraxie » (entretien). « Mais les tests de psychomot ne sont pas assez fins et assez vastes, ils ne révèlent pas tous les types de dyspraxie car ces professions sont très axées sur le corps, le moteur, quand certaines dyspraxies (les plus courantes en fait) sont plus sur des aspects cognitifs, sur l'œil et la perception que sur l'action même de la main. » « Les tests de QI sont quand même très révélateurs, et ne nécessitent pas forcément l'intervention d'une psychomotricienne en termes de bilans. » « Et encore, les médecins des fois n'arrivent pas à détecter la dyspraxie ». « Les orthophonistes c'est bien mais juste en soutien, elles ne travaillent pas le visuel » (groupe de parole). Là où les professionnels rencontrés vantent les mérites d'un partenariat et de la complémentarité avec les autres professions dans la droite ligne des politiques publiques, Claire Costes estime qu'elle peut souvent à elle seule prendre en charge les difficultés des enfants. Elle se décrit comme *a minima* compétente pour diriger les parents vers les prises en charge complémentaires (orthophoniste, orthoptiste...), et elle définit d'ailleurs ces autres professions de la rééducation comme « *juste en dessous d[elle] dans les hiérarchies professionnelles* », en dépit des places similaires qui leur sont accordées dans les politiques publiques et les dispositifs récents pour les enfants avec un trouble spécifique des apprentissages, où les psychologues sont avec les rééducateurs sous l'autorité du médecin-coordonnateur.

Claire Costes coordonne donc les parcours et prescrit davantage qu'elle ne participe à une prise en charge pluri-partenariale, et ne reconnaît d'ailleurs comme réel partenaire du soin que les parents, qu'elle estime les plus à même de lui apporter des informations utiles et pertinentes sur l'enfant⁶¹⁸. Le soin qu'elle consacre à la relation aux parents participe certainement de sa notoriété (ils apprécient la place qui leur est conférée, se sentent compris et écoutés) et la distingue d'une tradition psychologique qui tend à considérer les parents davantage comme des agents du trouble que des agents du soin⁶¹⁹.

Outre son investissement privilégié et proximal aux familles, Claire Costes présente un rapport singulier à la question scolaire. Nous avons vu que les professionnels médecins, psychologues et de rééducation se revendiquant des sciences neurocognitives considéraient la scolarité comme l'objet même du soin, à rebours d'une tradition de soin qui relègue au second plan la thématique des apprentissages scolaires, les considérant comme de simples symptômes d'un mal plus profond. C. Costes se distingue un peu plus de ses condisciples « neuro » par son combat pour l'intégration en milieu ordinaire des enfants « dys ».

Claire Costes : C'est vrai que je me fais souvent des ennemis parce que les enfants que je vois je veux absolument qu'ils soient dans le milieu ordinaire, je ne veux pas qu'ils soient placés. C'est mon but, c'est celui des parents aussi. Je me bats contre ça, contre l'école, les psychologues et les médecins scolaires. Et sortir un gamin de CLIS, je vous assure que c'est très, très difficile ! »

⁶¹⁸ « Souvent les parents ne se plantent pas trop dans leur jugement, ils connaissent leur enfant » (Claire Costes).

⁶¹⁹ Claire Costes n'est ici pas une figure inédite puisqu'elle s'inscrit là dans une transformation globale du champ psy, où l'on passe tout au long du vingtième siècle d'un « modèle pathologique » de la famille à un « modèle de compétence » N. Carpentier, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 2001, 19, 1, p. 79-106. Sans être unique, cette conception des familles est à relever car d'autres professionnelles rencontrées lors de l'enquête tenaient des discours sur les familles donnant à voir la persistance de l'ancien paradigme de conception des familles agent du trouble.

Elle insiste à nouveau sur la connivence d'intérêt et d'objectif entre elle et les familles. Elle présente une vision négative de l'éducation spéciale avec le terme « *placés* », et dira aux parents lors du groupe de parole qu'« *il ne faut pas mettre ces enfants [dyspraxiques] dans le professionnel, dans le manuel. Ils doivent continuer les études, ils sont dans le savoir. C'est carrément mieux pour eux* ». Elle reconnaît par ailleurs la légitimité de l'éducation spéciale et des filières scolaires, mais tient à distinguer les troubles spécifiques des apprentissages des « autres » difficultés scolaires (retard intellectuel, carences éducatives). Sa critique de l'institution n'est donc pas radicale mais ciblée sur son cœur de patientèle, à savoir des enfants avec un trouble des apprentissages qui présentent de bonnes potentialités intellectuelles mais aussi des parents insérés et investis dans la scolarité des enfants⁶²⁰. Pour ces derniers, elle considère que l'école et ses enseignants « *traitent mal* »⁶²¹ la difficulté jusqu'à l'accroître ; elle se donne alors pour mission d'intervenir pour informer et accompagner les enseignants, et s'ils ne sont pas réceptifs, elle se montre prête à « *se battre* ».

Claire Costes : Et là ils [les enseignants] sont pas contents que je fasse ça parce que je vais contre leur autorité, mais je me dis que peut-être un jour ils auront leur enfant avec un problème et là ils se souviendront de moi et ils viendront me voir... j'ai pas du tout de rancune. Il faut se battre.

Claire Costes développe une rhétorique de la lutte et du combat contre l'école⁶²² (ou contre « l'institution ») que je n'ai pas observée chez les autres professionnels interrogés⁶²³. Elle s'engage au-delà des rééducations dans la vie des familles qu'elle reçoit, quitte à bousculer l'ordre scolaire quand elle estime être face à une injustice. Elle oppose son expertise à celle de l'école, plaçant les résultats aux tests cognitifs au-delà des jugements enseignants.

Malgré un discours critique envers l'école – voire anti-système – il est intéressant de relever, comme l'avait vu Pauline Blum chez les psychiatres de son enquête travaillant auprès de jeunes en proie à de récents « *troubles psychiques* »⁶²⁴, qu'elle adhère aux valeurs et aux finalités de l'école – elle acquiesce

⁶²⁰ Son discours fait en cela écho à celui des parents relaté au chapitre précédent : s'ils critiquent l'école et son « moule trop rigide », ils reconnaissent également que d'autres enfants sont en réelles difficultés pour des faiblesses intellectuelles et plus encore un défaut d'éducation familiale et un environnement social trop pauvre.

⁶²¹ Bien malgré eux toutefois, dans le sens où, selon elle, ils ne comprennent pas le fonctionnement cognitif alternatif de ces enfants. Elle estime cependant que « les choses ont beaucoup changé en 10 ans, maintenant ils connaissent beaucoup mieux ».

⁶²² Bien qu'elle dise également avoir à côté de cela de très bons rapports avec des enseignants, « de plus en plus nombreux ».

⁶²³ Les autres psychologues et rééducatrices rencontrées s'intéressent à la chose scolaire et sont en contact avec les enseignants (elles leur téléphonent, assistent aux équipes éducatives), mais n'essayent jamais d'intervenir sur les décisions scolaires. Elles parlent même plutôt d'une bonne entente générale, mis à part « quelques enseignants réfractaires », « une toute petite minorité ».

⁶²⁴ Pauline Blum, Un quotidien ébranlé. « S'ils tiennent parfois des discours critiques à l'égard d'une école décrite comme violente, voire aliénante, il n'en demeure pas moins qu'ils font montre d'une attention particulière à la culture scolaire, qu'ils valorisent des attitudes et des goûts répondant aux attentes de l'école. Il apparaît également qu'ils croient en l'émancipation par l'école. » p.168. C'est un rapport ambivalent à l'école qui transparait chez certains psychiatres comme chez Claire Costes,

même à son caractère ségrégatif, pourvu qu'il soit « juste ». Claire Costes valorise les études longues et dispense aux parents des conseils éducatifs qui donnent à voir sa grande proximité avec la culture scolaire.

Lors du groupe de parole, après avoir expliqué aux parents ce qu'était la dyspraxie, elle leur propose un ensemble d'action à mettre en place au domicile, « *qui sont utiles pour tous les enfants mais particulièrement les dyspraxiques* ». Elle leur conseille d'abord de faire du renforcement scolaire au travers de jeux qui mettent en jeu leurs compétences cognitives faibles⁶²⁵ mais aussi plus directement la réalisation de cahiers de vacances (les cahiers « Passeport ») ; elle les encourage même à mettre en place des cours de langue en primaire, à l'aide d'un logiciel, « *parce que les langues à l'école, bon... les jours de la semaine... enfin c'est léger quoi ! C'est mieux en dehors* ». De façon plus large, elle distille aux parents un ensemble de conseils éducatifs qui font échos aux pratiques éducatives des classes moyennes et supérieure du pôle culturel de l'espace social, aux modes de vie en adéquation avec la culture et les attentes scolaires ; on retrouve d'ailleurs plus des conseils que peuvent donner les enseignants aux parents, tels que la limitation des écrans ou encore la mise à exécution des punitions⁶²⁶. Elle fait ainsi de façon explicite ce que les enseignants attendent de façon souvent implicite⁶²⁷.

Ces conseils éducatifs donne une part belle au travail scolaire (même s'il est plus souvent désigné sous le terme de « jeux éducatifs ») et Claire Costes démontre à ces moments-là sa connaissance de l'institution scolaire, des programmes et des compétences cognitives sollicitées à chaque âge : « *en maternelle ils n'aiment pas les jeux moteurs* », « *en primaire ils n'aiment pas l'écriture et la géométrie* », « *en 6^{ème} ça va vraiment être les maths et la géométrie* », « *la 4^{ème} c'est une année charnière. (...) On ne se contente plus d'établir un résultat, il faut détailler la démarche, expliquer les notions... ça c'est très dur pour eux !* »...

Claire Costes montre donc un engagement dans les enjeux scolaires peu commun parmi les autres professionnels rencontrés⁶²⁸. Elle considère le suivi d'une scolarité ordinaire comme souhaitable pour les enfants dyspraxiques et comme une condition nécessaire de leur « guérison ». Pour que cette condition soit appliquée, elle se tient prête à « lutter » en cas d'avis défavorable de la part de l'institution scolaire et n'hésite pas à « sortir de son cabinet » pour cela. Ces spécificités professionnelles nous aident à

où « l'école est simultanément tenue pour responsable de la survenue de difficultés identifiées (...) et décrite comme assurant une protection face à l'emprise des troubles. » p.56

⁶²⁵ Le jeu « memory » par exemple pour exercer la mémoire de travail.

⁶²⁶ P. Périer, *Les parents invisibles. L'école face à la précarité familiale*, Paris, Presses universitaires de France, 2019 ; F. Deshayes et al., « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », art cit.

⁶²⁷ Plusieurs travaux sociologiques montrent en effet l'attitude paradoxale d'enseignants lorsqu'ils attendent des enfants déjà scolaires tout en ne donnant pas aux parents les clés de ce travail de socialisation (en leur déconseillant par exemple de les faire travailler au profit de temps d'amusement en famille). Cette double injonction paradoxale met dans une situation difficile les familles les moins dotées en ressources scolaires.

⁶²⁸ Une étude plus poussée de la variété des pratiques des « psy » (les outils utilisés, leur sensibilité à la question scolaire, leurs relations aux familles, leur implication dans l'école, leurs collaborations avec les autres professionnels du soin...) couplée à une analyse de leur trajectoire serait sans aucun doute enrichissante pour mieux saisir leur influence sur les trajectoires des enfants. Qui pratique comment et pourquoi ?

comprendre son engagement auprès de la famille Andrieu et conséquemment l'influence qu'elle exerce sur la trajectoire scolaire de Simon.

Par ailleurs, Claire Costes ne s'investit pas de la sorte auprès de toutes les familles qui viennent la voir. Si elle met en avant le potentiel intellectuel de l'enfant pour justifier son action, on peut aussi faire l'hypothèse qu'entrent en jeu ici de façon plus implicite un jugement sur les caractéristiques sociales et morales des familles concernées. La famille Andrieu lui a en effet fourni à chaque étape un ensemble de garanties rendant le projet de retour en milieu ordinaire souhaitable et probable.

2.3. Une famille qui présente des garanties sociales et morales

2.3.1. Une famille prête à se mettre au travail

Élise : Donc il y va, CM2 classique à Sainte-Marie à Carcassonne. (...) Nous y voilà ! On y était devant le mur ! Parce que là c'était un vrai mur : il savait pas ce que c'était qu'une addition, une soustraction, une multiplication, un verbe, un sujet... il savait rien. Donc il a fallu qu'on apprenne tout ça en un an (...) Je disais à Claire : « C'est dur, déjà il a du mal à se concentrer, la charge de travail est vraiment écrasante ». On bossait comme des fous. Et elle nous dit : « Faites-vous aider par une instit ». Alors il a eu 3h de cours par semaine par une instit', comme ça ça me libérait. Elle m'aider à faire les devoirs, il fallait tout lui apprendre ! Tout tout tout ! (...)

A partir du moment où la décision est prise de scolariser Simon en CM2 ordinaire, Élise met l'enfant au travail afin de lui faire rattraper autant que possible son retard scolaire – tout le monde s'accorde avec l'école sur les grosses lacunes de l'enfant jusque dans les apprentissages fondamentaux. En plus des heures de classe, Simon travaille une à deux séances par semaine chez la neuropsychologue, trois heures par semaine avec une enseignante à domicile ainsi qu'avec sa mère en sus. La famille entière est focalisée sur ce projet et particulièrement la mère qui promet un engagement de tous les instants auprès de son fils en difficulté.

Élise : Il fallait que j'aide Simon à sortir de cette situation, je le vivais comme une obligation pour moi, une responsabilité. Si je lâchais du lest c'était foutu quoi...

La réussite scolaire de Simon devient une « obligation » pour Élise qui suit le travail de l'enfant dans toutes ses composantes. Les deux premières années du retour en milieu ordinaire (CM2 et 6^{ème}) sont décrites comme étant « *terribles* » par Élise, des années de travail intense, sans relâche. Il est ici marquant de relever qu'elle emploie régulièrement le pronom « nous » ou « on » lorsqu'elle témoigne des efforts fournis à cette période, symptomatique de l'aspect collectif de cette remise à niveau (le travail de Simon, mais aussi le sien et celui de la neuropsychologue).

Élise : Lui [Simon] il aime bien les maths. Bon y a eu une chute en 4ème avec le théorème de Thalès... et nous la géométrie ça nous pose d'énormes problèmes ! Et c'est ça qui nous a plombés.

Élise : Ben à la fin de l'année on a eu 11,5 de moyenne ! Donc c'était pas la catastrophe. Je peux dire « on » quand même, je peux dire que c'est un petit peu moi aussi, hein ! J'étais fière. Fière de ce qu'on avait fait, fière de Simon.

Simon est à cette époque-là « *extrêmement épuisé* » par cet « *emploi du temps très lourd* » mais « *il s'accroche* », il se met au travail sans rechigner. Il est décrit comme un enfant travailleur, vaillant, et même « *raisonnable* », qui a su fournir des efforts difficiles afin d'atteindre un objectif supérieur. D'après Élise, c'est l'expérience douloureuse de la stigmatisation en CLIS qui a été un moteur pour l'enfant :

Élise : Ça a été extrêmement difficile le CM2, vraiment. Mais il disait : « Je suis dans une classe normale, je suis plus CLISman ! », et là l'estime de soi a commencé à s'améliorer. Puis après les notes ça allait mieux, on bossait beaucoup, il a été très raisonnable, très courageux. On s'est accroché et on a réussi, on formait une équipe. »

Si l'enfant n'a pas hérité des facilités scolaires de ses deux parents (à la différence de son frère), il fait en revanche preuve d'une solide « force mentale »⁶²⁹ : face aux difficultés scolaires, il mobilise un ensemble de ressources psychiques qui lui permettent d'affronter la dureté du travail et de la vie scolaire. Cette force mentale était jusqu'alors passée inaperçue et se révèle dès le moment où on le confronte au travail scolaire rigoureux et exigeant – on a pu remarquer ci-avant que c'était bien la première fois que l'on enjoignait sérieusement Simon à travailler. Il tient sans aucun doute cette disposition de son environnement familial, ses deux parents ayant longtemps travaillé énormément et sous contraintes, jusqu'à épuisement mental et physique même si l'on considère le burn-out d'Élise et la réorientation professionnelle de Daniel : il s'est construit depuis petit avec des modèles parentaux se donnant à leur travail malgré les épreuves que ce dernier présentait.

L'« ethos de l'effort » (se traduisant en dispositions ascétiques et planificatrices) fait partie de ces propriétés familiales rentables scolairement. C'est ici la neuropsychologue qui permet à cet « héritage coincé » (disponible mais non délivré) de se libérer, ce qui m'amène à conclure aux côtés de travaux sociologiques empiriques récents⁶³⁰ que l'héritage ne ruisselle pas mécaniquement sur les enfants (par « osmose ») mais qu'il requiert un travail d'explicitation de la part des parents. Il semble en tout cas que c'est bien parce que la famille s'est engagée à fournir le travail demandé que Claire Costes a maintenu ce projet scolaire ambitieux. Elle les prévient dès le départ et à maintes reprises du « *challenge* » que

⁶²⁹ O. Schwartz, « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, 2011, Vol. 2, 4, p. 345-361.

⁶³⁰ B. Lahire, *La raison scolaire. Ecole et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2008 ; G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, op. cit. ; B. Lahire et al., *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, op. cit. ; S. Garcia, *Le goût de l'effort. La construction familiale des dispositions scolaires*, op. cit. ; S. Depoilly et S. Kakpo, *La différenciation sociale des enfants. Enquêter sur et dans les familles*, Paris, Presses universitaires de Vincennes, 2019.

représente le retour en milieu ordinaire et du « *travail énorme* »⁶³¹ que cela va représenter, et cherche des garanties que la famille « tiendra son rôle »⁶³². L'alliance entre les deux parties s'est nouée avant tout autour de cette valeur travail.

2.3.2. Une famille aux qualités sociales « rassurantes »

En plus de l'aide au travail scolaire, Élise s'engage à réaliser les aller-retours bi-hebdomadaires à son cabinet (qui se situe à 1h15 de leur domicile), financer les suivis prescrits coûteux, et mettre en place les conditions de scolarisation optimales (selon la neuropsychologue) quitte à tenir tête à l'institution scolaire si nécessaire. Élise a du temps – elle ne reprendra pas d'activité salariée avant que Simon soit « sorti d'affaire » –, mais surtout les ressources nécessaires pour garantir son engagement. Des ressources économiques d'abord, scolaires et culturelles ensuite observables dans l'accompagnement scolaire de l'enfant (et l'organisation de la vie quotidienne que cela implique) et dans les négociations avec les différentes institutions.

Claire Costes les soutient pour le passage en CM2 puis en 6^{ème} ordinaire, mais c'est bien les parents de Simon qui parviennent à trouver un établissement qui accepte de scolariser Simon. Le temps que dure le bras de fer avec l'école où Simon est scolarisé en CLIS, Élise démarche d'autres écoles afin d'en trouver une qui accepterait leur projet scolaire : l'école de secteur ainsi que l'établissement privé où est scolarisé son fils aîné. Face au refus des deux établissements⁶³³, Élise va se débattre avec l'administration de l'Education Nationale (elle passe « *des centaines de coups de fil* »), et parvient finalement à faire intégrer Simon dans l'école privée visée. L'année suivante, le conflit se reproduit car la famille demande le passage en 6^{ème} (toujours sur avis de la neuropsychologue et de ses tests) et l'école prépare son intégration en ULIS. Élise prend conseil auprès de l'association APEDYS, et envoie de façon stratégique son mari Daniel négocier l'intégration en 6^{ème} ordinaire auprès de la MDPH, consciente de l'image négative qu'elle s'est construite auprès des différentes administrations par ses refus répétés de suivre les projets institutionnels⁶³⁴. La MDPH ordonne finalement à l'établissement privé la scolarisation de Simon en 6^{ème}. De même lorsqu'on leur suspend l'AVS pour Simon en 2^{nde}, la famille insiste jusqu'à obtenir gain de cause :

⁶³¹ C'est ici Élise qui me rapporte les propos de Claire Costes.

⁶³² Élise se souvient d'ailleurs s'être sentie « testée » par la professionnelle pendant les premiers mois : plutôt distante, ce serait au bout de quelques mois, voyant l'implication d'Élise dans les suivis qu'elle aurait alors proposé un suivi plus serré (des séances en individuel avec l'enfant, une immersion auprès de l'école...)

⁶³³ Élise se voit opposer « un trop bon niveau scolaire de l'établissement » dans lequel l'enfant perdrait pied de la part de l'établissement public, puis un handicap « trop lourd pour ce type d'établissement » de la part du privé.

⁶³⁴ « Je savais qu'avec mon mari ça passerait mieux. Moi ils me prenaient pour une folle. Mais mon mari lui, l'homme, ça faisait plus sérieux (...). Les professionnels lui parlent mieux » (Élise). Plusieurs parents déclarent pratiquer une alternance dans les négociations auprès des institutions afin de renforcer leurs positions. La mère y est généralement l'acteur de la négociation quotidien, quand le père intervient à des moments stratégiques : des temps où se décide une orientation, remplacement de la mère lorsque la relation à l'institution est bloquée... Ce dernier, moins présent, semble être considéré comme un interlocuteur plus « rationnel » par l'institution quand les mères sont souvent suspectées de ne pas se rendre compte de la « réalité » de l'état de l'enfant et de l'impossibilité de ses demandes (elle n'aurait « pas fait le deuil de l'enfant idéal »).

« On s'est battu jusqu'au mois d'avril, jusqu'à ce qu'on envoie une lettre au rectorat. Et après on appelait toutes les 48h. Une fois sur deux mon mari et moi on appelait le rectorat. Et ça s'est débloquenté ». L'accès à une classe ordinaire, et plus généralement les conditions de scolarisation de l'enfant, sont révélateurs des ressources familiales et de la capacité des parents à faire valoir leur projet, après des années à acquiescer aux décisions scolaires.

La famille Andrieu donne à voir un ensemble de compétences qui serviront le projet de retour en milieu ordinaire. De façon plus indirecte, c'est certainement aussi le milieu d'appartenance de la famille qui rassure la neuropsychologue et participe à l'élaboration de ses ambitions. J-C Chamboredon avait montré que l'environnement social du jeune était considéré dans l'évaluation d'un délit : « lorsque le milieu paraît donner des "garanties", la lecture [du délit] est tout autre : à propos d'un adolescent qui travaille régulièrement comme commis barman, dont le père est employé aux P. et T., on note : "ses parents sont de bonne conduite et moralité, le mineur est pris de remords", et l'on traite le délit (le jeune homme a pris le magnétophone d'un camarade en l'absence de celui-ci), non pas de vol, mais d'"incartade". (...) Ce qui différencie les délinquants de classe populaire et de classe moyenne, c'est moins le délit que l'ensemble des "antécédents". Selon son origine sociale, un prévenu peut mériter l'indulgence car le pronostic d'évolution est favorable, le milieu offrant, comme l'on dit, des "garanties éducatives", ou, au contraire, la sévérité, fondée sur un sentiment d'irréversibilité : l'immoralité est cumulative et, en matière de morale comme ailleurs, on ne prête qu'aux riches (on parle de "capital moral"). »⁶³⁵ On retrouve dans plusieurs travaux sociologiques l'idée que « les jugements portés sur les familles façonnent la lecture qui est faite des comportements et les solutions de prise en charge »⁶³⁶. Lorsqu'un élève rencontre des difficultés scolaires, son origine sociale va permettre de penser la nature de ses difficultés ainsi que son devenir possible. L'on peut penser que l'expérience de Simon apparaît à la neuropsychologue comme un « accident », une anomalie au milieu des autres membres de la famille aux parcours scolaires heureux, explicable par les aléas de la distribution cognitive et plus encore par le malentendu quant aux capacités de l'enfant qui lui aurait nui.

Claire Costes confie en entretien prendre en charge principalement des cas « gratifiants », qu'elle oppose aux cas « lourds », sur la base des capacités intellectuelles des enfants – les cas lourds étant ceux présentant un retard mental. La professionnelle précise aussi que les familles qu'elle reçoit ne sont pas « les plus populaires » : beaucoup d'enfants sont scolarisés en école privée, « *des enfants d'avocats et de médecins beaucoup* », « *mais aussi des métiers qui gagnent moins, des artisans, des maçons, des commerçants* ». Une clientèle en emploi, insérée socialement et qui n'appartient résolument pas aux franges les plus précaires – le coût des suivis apparaissant ici discriminant. On peut penser, en se référant aux travaux de P. Bourdieu notamment, que ses patients sont gratifiants aussi du point de vue des

⁶³⁵ J.-C. Chamboredon, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », art cit, p. 361-362.

⁶³⁶ P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit., p. 144.

ressources familiales, puisqu'ils ont à tous les niveaux les moyens de mettre en place les dispositifs demandés. Le sociologue écrivait en 1989 à quel point les jugements sur les qualités intellectuelles portaient la trace de jugements sociaux, et des auteurs observent à sa suite que les jugements sur les qualités intellectuelles des enfants intègrent plus largement les jugements sur un ensemble de qualité sociales familiales – la profession des parents, leur façon de s'exprimer, leur rapport à l'institution, leur investissement auprès de l'enfant...⁶³⁷

C'est donc un ensemble de qualités intellectuelles, sociales et morales qui incitent la neuropsychologue à miser intensivement sur cette famille⁶³⁸, l'enfant présentant les capacités intellectuelles pour entrer dans les apprentissages exigeants et la famille disposant des ressources économiques, culturelles et mentales (ainsi que de temps) pour co-encadrer le projet. On peut alors imaginer les inégalités de traitement et de devenir des enfants rentrant dans les circuits de prise en charge en libéral, tant ils dépendent des ressources de leurs parents.

Au contact de cette professionnelle, la famille Andrieu passe du statut d'élément pathogène à celui d'agent aidant. D'abord dans le seul cabinet de la psychologue, puis peu à peu dans l'institution scolaire où les rapports deviendront pacifiques et organisés autour d'un intérêt commun : le maintien de Simon en milieu ordinaire. L'intégration scolaire de Simon est laborieuse mais effective, et la famille est de nouveau autorisée à imaginer un futur scolaire et professionnel à « leur niveau ».

3. UN RETOUR DURABLE EN MILIEU ORDINAIRE ET À L'« ESPÉRANCE RÊVEUSE »

3.1. Un problème qui se résorbe

Lorsqu'il réintègre une classe ordinaire, Simon bénéficie des aménagements prévus pour les enfants « dys » et intègre ainsi des dispositifs contrôlés par la MDPH, sous la forme d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS⁶³⁹). Comme pour beaucoup d'autres enfants dyspraxiques, les aménagements consistent prioritairement à alléger la tâche écrite : une AVS l'accompagne en classe une

⁶³⁷ P. Bourdieu, *La noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*, Les Éditions de Minuit, 1989 ; W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit. ; P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille*, dans *la France contemporaine*, op. cit.

⁶³⁸ En cela finalement, la professionnelle ne se distingue pas des jugements portés sur les enfants par les agents scolaires (voir la thèse de Pauline Blum). A la différence (qui prend son importance dans le parcours) qu'elle fait fi des antécédents scolaires de Simon, se fiant bien davantage à ses tests.

⁶³⁹ Le PPS se présente sous la forme d'un document écrit où y est inscrit l'ensemble des aménagements scolaires dont doit bénéficier l'enfant qui a obtenu préalablement une reconnaissance de handicap par la MDPH : l'attribution de matériel pédagogique adapté, l'accompagnement par un AVS, la dispense d'un enseignement... Le PPS se négocie entre l'école, la famille, les professionnels de soin et la MDPH (via le référent de scolarité) et se veut plus contraignant que les dispositifs similaires ne requérant pas la reconnaissance MDPH (PPRE, PAP) du fait que les parents ont une possibilité de recours en cas de non-respect du projet fixé.

dizaine d'heures par semaine et prend les notes pour lui afin qu'il puisse écouter les professeurs (il est réputé avoir une bonne mémoire auditive) ; à partir de la classe de 3^{ème} il apporte son ordinateur en classe dans certaines matières et devient ainsi de plus en plus autonome sur la prise de notes⁶⁴⁰. Ensuite, les enseignants, l'AVS et la mère s'organisent pour que l'enfant dispose de supports de cours clairs et organisés. Il bénéficie aussi de tiers-temps pour les évaluations à partir du collège.

Élise : Là il a des tiers-temps. Enfin ça dépend des professeurs. Y en a qui entre guillemets « jouent le jeu », c'est-à-dire ils vont lui donner un devoir beaucoup plus élagué, d'autres 5 min de plus, d'autres qui font rien parce qu'ils estiment que c'est comme ça, il doit se débrouiller...

Les modalités de la scolarisation font l'objet de petites négociations entre la famille (toujours soutenue par Claire Costes, et dorénavant la MDPH) et l'école, mais Élise qualifie leurs rapports de globalement bons. Simon ne connaîtra pas de gros conflits avec des enseignants, et aucun de ces derniers ne mettront en doute les projections scolaires de la famille. Simon obtient une bonne moyenne générale qu'il maintient tout le collège, malgré des résultats parfois en dents de scie selon les matières (la géométrie lui restera toujours très difficile) et les années : 11,5 en CM2, 13 en 6^{ème} et 5^{ème}, 12,5 en 4^{ème}.

3.1.1. Une montée en compétence de Simon

Élise parle d'un « *grand exploit* », d'un « *sacré chemin parcouru depuis la CLIS* ». On peut en tant que sociologue se poser la question de la réalité scolaire que revêtent ces notes, au vu des dispositifs engagés. Que signifient leurs notes en termes de compétences acquises, sachant que les dispositifs scolaires dans lesquels les « dys » sont engagés visent pour partie à limiter la tâche de l'enfant voire à ne pas l'évaluer sur les activités qui lui sont difficiles ? Autrement dit, ces dispositifs ne permettraient-ils pas de maintenir en scolarité des élèves qui n'auraient pas le niveau ?⁶⁴¹ Dans le cas de Simon, s'il est probable que des évaluations allégées l'aident à se maintenir au niveau, son retour en milieu ordinaire signe indiscutablement une montée en compétence de l'enfant.

Élise regardait son enfant « stagner » en CLIS, elle le voit s'épanouir à l'entrée au CM2 ordinaire. Elle l'observe elle-même progresser sur les apprentissages scolaires les deux premières années, ce qui est confirmé par son enseignante à domicile du CM2 avec qui j'ai pu m'entretenir. Simon apprend bien et

⁶⁴⁰ Il a réalisé deux années durant des séances avec une ergothérapeute afin d'apprendre à manier le clavier et plus généralement l'outil informatique (traitement de texte, gestion des dossiers, organisation du travail...). Alors qu'il est en 2^{nde}, il dit prendre des notes « *presque aussi rapidement que les autres élèves qui écrivent à la main* ». L'outil informatique ne l'aide par contre pas en mathématiques, seulement dans les disciplines où il s'agit de rédiger du texte.

⁶⁴¹ Dans la droite ligne des politiques volontaristes des années 1980 voulant mener 80% d'une génération au bac. Stéphane Beaud a montré toute l'ambiguïté de ces politiques qui amènent effectivement jusqu'au diplôme une frange plus large de la population, mais sans pour autant leur donner les qualifications pour s'en sortir dans les diplômes du supérieur qui deviennent dès lors les étapes distinctives. S. Beaud, *80 % au bac... et après ?*, La Découverte, 2003. Si les « dys » obtiennent un bac sans pour autant maîtriser les mêmes compétences que leurs pairs, quelles seront leurs chances sur le marché des études supérieures et celui professionnel ? Sur ce point, voir aussi : F. Muel-Dreyfus, « L'initiative privée. Le "terrain" de l'éducation spécialisée. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1980, 32, 32-33, p. 15-49.

apprend vite au vu des grosses lacunes scolaires dont il fait preuve en début de prise en charge – il a selon elle un niveau « fin CE2 » alors qu'il approche les 12 ans. Au vu de ses capacités d'apprentissage d'ailleurs, elle jugera que « *Simon n'avait pas le profil d'un enfant de CLIS* », et reste « *étonnée* » de cette orientation qui lui a été proposée.

Si, avec les données dont je dispose, il est impossible de jauger les compétences scolaires de Simon au regard des enfants de sa classe de niveau – il faudrait pour cela une toute autre méthodologie –, il est toutefois possible d'affirmer qu'il progresse significativement à partir de son retour en classe ordinaire, avec la confrontation à des apprentissages bien plus exigeants que jusqu'alors. Le maintien en milieu ordinaire n'apparaît alors pas illusoire, porté par les seuls dispositifs handicap, mais révélateur de réelles capacités de l'enfant qui lui étaient jusqu'alors déniées – et qu'il n'avait en conséquence certainement pas développées.

3.1.2. Le handicap cognitif comme issue à la maladie mentale

La réussite de Simon dans sa confrontation à des apprentissages exigeants a une conséquence double : la famille se met à réespérer en un devenir ambitieux et enthousiasmant pour l'enfant, ce que nous verrons au point suivant 3.2. ; des conséquences sur l'estime qu'il a de lui-même et sur son ouverture au monde également, cette réintégration en milieu ordinaire lui apportant un mieux-être immédiat et durable. Simon explicite lui-même le bonheur de ne plus être un « CLISman ». Par ailleurs, ses comportements et son relationnel inadaptés aux autres (isolement, agressivité) ne seront plus jamais mentionnés dans les bulletins scolaires ni dans les retours des enseignants aux parents. Enfin, dans sa vie et ses gestes quotidiens, Simon gagne peu à peu en autonomie : il parvient à lacer ses chaussures, pense de plus en plus à faire les choses de lui-même (se brosser les dents, faire son sac...), fait davantage de déplacements seuls, etc... La vie domestique devient plus légère, d'autant plus que les rapports sont pacifiés avec l'annonce de la dyspraxie qui ont rendus les parents plus compréhensifs à l'égard de l'enfant.

De façon générale, c'est le spectre du trouble psychique qui s'éloigne avec l'interprétation du problème en termes de trouble cognitif, de « bug technique ». Il n'est plus question d'un enfant étrange, replié sur-lui-même, avec une personnalité trop envahissante, mais d'un enfant dont les « capteurs du monde » (perception de l'espace, mémoire de travail, concentration, fonctions exécutives...) sont différents de la normale. Le passage du trouble psychique au trouble cognitif se fait de façon heureuse pour la famille Andrieu et laisse présager un avenir meilleur qu'il n'apparaissait jusqu'alors ainsi qu'un présent moins incertain et moins angoissant. C'est le cas pour plusieurs autres familles de l'enquête.

Dans son travail de thèse auprès des jeunes développant un trouble psychique à l'adolescence, Pauline Blum avait observé que le trouble psychique (pris en charge sous le mode d'une « médicalisation

indécise »⁶⁴², comme c'est le cas pour Simon dans la première phase de prise en charge) était préféré, par son indétermination, au handicap psychique : la notion de « trouble » contient pour la famille et les psychiatres l'idée rassurante que le problème est éphémère (il faut soigner une crise) contrairement au handicap qui évoque une difficulté à vie, et les dispositifs proposés leur apparaissent préférables pour l'enfant car se rapprochant d'une vie de jeune ordinaire (avec tous les espoirs que cela suppose) contrairement à ceux du handicap pouvant glisser dangereusement vers des voies de relégation.

L'enquête auprès des familles d'enfants avec un trouble des apprentissages montre encore autre chose. Tout d'abord, le trouble cognitif apparaît comme une issue à la psychiatrie pour des parents qui sont autant soulagés de s'éloigner du spectre du trouble psychique (et donc de la maladie mentale) que désireux de se distinguer de la figure du mauvais élève (voir chapitre 3).

Stéphanie : Le terme « handicap » est dur à penser en fait parce qu'on imagine toujours quelque chose de plus compliqué. Maintenant ça passe, mais au début c'est un peu bizarre. (...) Mais c'est bien malgré tout de mettre un nom dessus, donc l'un dans l'autre... Puis quelque part la dyspraxie ça veut dire qu'il est normal, il va pas se passer des trucs étranges, il va pas virer psychotique, il est pas en train de péter les plombs... ce qui facilite les choses en fait, c'est d'apprendre que c'est un trouble neurologique et non pas un trouble mental, genre trisomie ou psychopathe (rires), ou même autisme... des trucs lourds quoi. Alors que là c'est juste un bug, une petite connexion qui se fait pas quoi.

Bruno : C'est rassurant de savoir que dans la tête ça va bien oui.

L'annonce du trouble cognitif (ou neurologique), quand bien même il se confond avec le statut du handicap, soulage les parents qui ont craint une maladie mentale, qui leur paraît plus lourde à gérer, non rééducable, plus incertaine dans l'évolution, et finalement plus handicapante au quotidien. On pense également à Marie qui redoute un temps que son fils Franck, diagnostiqué dyspraxique à l'âge de 10 ans, ne vire « fou », « schizophrène », voire « dangereux ». Elle milite par la suite dans une association de parents d'enfants dyspraxiques, afin d'aider à diffuser les connaissances sur la dyspraxie pour éviter que « de nombreux dyspraxiques non diagnostiqués deviennent SDF ou fous ! » – elle pense par ailleurs que son mari, maniaco-dépressif, est un dyspraxique non diagnostiqué⁶⁴³.

Comparativement aux résultats de l'enquête de Pauline Blum, c'est aussi une conception différente du handicap qui se dessine dans les discours des parents et des professionnels que j'ai rencontrés (médecins, rééducateurs, psy et MDPH), conception qui se rapproche des définitions anglo-saxonnes

⁶⁴² « Les psychiatres mettent en œuvre une *médicalisation indécise*, c'est-à-dire qu'ils ne posent pas de diagnostic, faisant le choix de différer ce moment, trop conscients qu'un tel acte engage l'avenir ». P. Blum, *Un quotidien ébranlé*, p.105. Les psychiatres craignent que le diagnostic enferme dans un statut de patient des jeunes qui pourraient sortir du giron de la psychiatrie, limitant ainsi les carrières possibles. « Aucun pronostic n'est formulé. [Certaines familles sont] maintenue[s] dans une perception floue de l'avenir, à laquelle elle[s] adhère[nt] ». *Ibid.*, p.105

⁶⁴³ C'est aussi l'avis de plusieurs psychologues qu'un trouble cognitif non perçu puisse à l'adolescence faire le terreau du développement d'une maladie mentale. Sans pouvoir apporter d'éléments significatifs pour nourrir le questionnement, il apparaît dans l'enquête que le champ d'intervention professionnel autour du trouble cognitif et celui autour du trouble psychique sont en concurrence dans la prise en charge d'un certain public, ce qui de fait rend probable le passage par la psychiatrie de potentiels patients de la neuropsychologie, et inversement.

universalistes et situationnistes, et non déficitaires et catégorielles⁶⁴⁴. Vingt-trois des enfants de l'enquête ont le statut d'enfant handicapé. Pour les parents concernés, la confrontation au handicap n'est pas une étape significative du parcours, celui-ci étant souvent pensé comme une formalité administrative, ou bien la conséquence sociale du problème cognitif – problème cognitif qui reste l'information centrale. Le handicap n'a pas la connotation péjorative que P. Blum avait relevée chez les psychiatres, et n'est pas ici synonyme d'un problème inquiétant – quoique lourd à gérer et certainement durable – comme peut l'être la maladie mentale, qu'elle soit schizophrénie, autisme ou trisomie. Des professionnels pensent même que dans certains cas, des rééducations pertinentes effectuées précocement peuvent « faire mentir » le diagnostic médical car les capacités cérébrales sont plastiques, avec ou sans « handicap » : les fonctionnements cognitifs sont évolutifs.

Enfin, les aménagements proposés pour le handicap ou trouble cognitif sont pour les parents désirables en comparaison de ceux pour le trouble psychique (ou encore l'échec scolaire comme nous l'avons vu au chapitre précédent) : les parents préfèrent les rééducations techniques et les aménagements scolaires afin de soulager l'enfant en milieu ordinaire (maintien des chances scolaires), aux prises en charge de type cliniciennes, aux thérapies familiales et à la relégation scolaire.

Mes observations ne viennent pas contredire les analyses de Pauline Blum en ce que les conclusions sont similaires : les parents confrontés à une pluralité de théories diagnostiques font du troc de stigmatisme et optent pour les qualificatifs les moins stigmatisants et qui conduisent à des prises en charge maintenant un futur le plus ouvert possible. Les données recueillies dans le cadre de cette thèse demandent seulement à ne pas considérer la catégorie de handicap comme un bloc homogène : la notion n'est pas nécessairement associée à une pathologie lourde ou stigmatisante, et les dispositifs proposés peuvent rapprocher l'enfant d'une vie ordinaire autant que l'en éloigner⁶⁴⁵. Le trouble ou handicap cognitif ouvre un sous champ de spécialisation et de prise en charge en dehors de la psychiatrie, de la maladie et de l'éducation spéciale. Cette structuration tient davantage aux luttes professionnelles et aux stratégies parentales qu'aux spécificités même des problèmes enfantins, dont nous avons vu qu'il était difficile de les distinguer d'autres problèmes comme celui de l'échec scolaire ou encore du trouble psychique.

⁶⁴⁴ A partir des années 1960-1970, les milieux militants anglo-saxons font valoir une définition du handicap universaliste, où le handicap résulte d'un environnement inadapté et non d'un « déficit » individuel (le déficit devient une caractéristique individuelle faisant partie de la diversité humaine). L'enjeu est de ne plus faire de la personne valide la norme. Dans les politiques publiques françaises, la définition et la compréhension du handicap s'ouvrent aux conceptions environnementalistes bien que les administrations aient du mal à se détacher des conceptions historiques en termes de déficit (ex : la MDPH demande d'établir un pourcentage de déficience, importance donnée au diagnostic médical, etc...). Myriam Winance, Isabelle Ville et Jean-François Ravaud, *Discours et pratiques autour du handicap : catégories, situations, parcours de vie*, in D. Vrancken et al., *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, *op. cit.*

⁶⁴⁵ On se réfère ici aux analyses sociologiques qui décrivent la dualité structurelle du champ du handicap pour le public en âge d'être scolarisé : l'on trouve d'un côté les enfants avec un handicap médicalement avéré qui vont être intégrés autant que possible en milieu ordinaire (catégorie à laquelle les « dys » appartiennent), et de l'autre des enfants avec un handicap socio-culturel sans diagnostic médical clair et issus des classes populaires qui vont être orientés vers les milieux spécialisés. F. Sicot, « Intégration scolaire », art cit.

3.2. Un « retour » à des espérances de classe

La mise au travail rigoureuse de la famille s'est accompagnée à chaque étape de nouvelles projections scolaires jusqu'alors en berne – avec l'intégration de l'enfant en CLIS, les parents n'osaient pas faire de plans futurs pour lui. Dès la 5^{ème}, les parents discutent de la scolarité possible au lycée. En 4^{ème}, lors du premier entretien réalisé avec Élise, ils envisagent la poursuite de la scolarité de Simon en filière technique au lycée. Ils ne conçoivent pas l'intégration d'une filière générale (« *trop difficile* »), mais « *pense[nt] éviter le lycée pro* » : une projection raisonnable et réaliste selon elle, qui estime « *incroyable que Simon ait cette possibilité aujourd'hui* ». Deux ans plus tard, lors de notre deuxième entretien, Simon est en fin de 2^{nde} et prévoit de s'inscrire en 1^{ère} ES l'année suivante – dans une des filières les plus nobles du lycée donc –, et il obtient effectivement un Bac ES deux ans plus tard. Cet entretien se faisant en présence des deux parents et de Simon, j'en profite pour les faire discuter tous trois de l'avenir professionnel : Simon veut faire des études de droit et vise le métier d'avocat.

Enquêtrice : Et après le Bac, tu te sens de continuer les études ?

Simon : Oui, je vais continuer, parce que je pense qu'après le Bac il faut continuer, voilà. C'est-à-dire que travailler après le Bac, c'est pas forcément une bonne chose à faire. C'est toujours ce que j'ai appris moi, par mes professeurs. Ce qu'on nous a fait comprendre, c'est que ça n'était pas une très bonne chose d'arrêter les études après le Bac. Enfin c'est ce qu'on m'a dit, après chacun est libre de faire ce qu'il veut. Mais moi je veux continuer mes études. Je veux arriver à quelque chose, moi j'ai mon rêve, je veux devenir avocat, et je veux réaliser mon rêve. Donc je ferai tout pour y arriver. J'ai envie d'avoir un métier, d'avoir une maison. J'ai pas envie de me retrouver au chômage. Voilà.

En 2016, Simon est en 2^{nde}, il a 17 ans et se projette dans des études longues afin d'obtenir un niveau de vie confortable (avoir une maison, ne pas être au chômage). Là où d'autres adolescents dyspraxiques scolarisés au lycée témoignent⁶⁴⁶ n'en plus pouvoir de l'école et vouloir rentrer au plus vite dans la vie professionnelle pour quitter le système scolaire, Simon lui, se projette encore plusieurs années dans les études malgré la difficulté et l'intensité du travail qu'elles représentent pour lui. On ne sait pas si son projet aboutira (je sais juste qu'il obtient effectivement son Bac ES deux ans plus tard comme il l'avait pensé) ni si Simon accèdera finalement à la profession souhaitée, mais cette projection témoigne d'une adhésion au projet familial et d'une reproduction réussie des aspirations sociales : en voulant faire des études de droit et exercer une profession haute dans les hiérarchies sociales, rémunératrice et dont le mode d'exercice est en libéral (en indépendant), Simon cherche à s'inscrire dans une position sociale similaire à celles de ses parents. Simon est dyspraxique et handicapé mais reste avant tout un enfant de sa classe, imprégné par les discours, les pratiques et les valeurs familiales. Il a les ambitions de ses origines, et, malgré le handicap, il hérite des ressources familiales (ambitions, sens de l'effort, ressources économiques,

⁶⁴⁶ Ce sont soit leurs propos recueillis directement, soit par l'intermédiaire de leurs parents. Ces déclarations d'intentions ne préjugent pas de la réalité de l'arrêt de leurs études mais sont un témoignage intéressant de leurs rapports à l'école et à l'avenir.

anticipation de l'avenir, haut niveau langagier...) lui permettant de mener à bien son projet, ou en tout cas de le maintenir probable.

Les parents s'impliquent d'ailleurs à mettre en œuvre les conditions favorables à la réussite des ambitions de l'adolescent. Si Simon est motivé et travailleur, la famille a conscience que ces deux seules qualités ne peuvent suffire à mener à bien ce projet étudiant et professionnel. Obtenir des notes moyennes au lycée comme au collège lui demande un coût élevé et des aménagements spécifiques ; il s'agit alors d'anticiper les obstacles de la vie étudiante et d'y remédier afin de permettre la réussite de Simon. Ils se renseignent par exemple sur les écoles proposant des études de droit afin de lui éviter une inscription à l'université qui leur apparaît inadaptée au besoin d'encadrement de Simon et à sa faible autonomie dans le travail.

Daniel : Simon il est tellement bon à l'oral, nous on l'appelle « l'avocat » (rires). (...) Donc on s'intéressait aux études de droit, et on a trouvé un institut à Perpignan et un sur [l'Agglomération], pour qu'il y prépare sa licence.

Élise : Enfin c'est à sa demande. Tu présentes ça comme si c'était nous, mais c'est lui qui veut devenir avocat. Nous on a suivi. Après nous on a cherché l'institut. Parce que la fac par contre c'est nous, moi je ne l'y voyais pas du tout. Je me suis dit : « il va être complètement perdu ! ».

Daniel : La prise de note ça va être trop dur, même si maintenant avec l'ordinateur il se débrouille très bien. Mais c'est surtout l'ambiance, quand vous êtes 1200 et qu'il y a du chahut dans l'amphi [Simon rentre au domicile à ce moment-là et vient participer aux discussions]

Difficile de savoir à quel point les parents ont participé à l'élaboration du projet d'étude et de la profession d'avocat⁶⁴⁷, mais il apparaît clair qu'ils pensent en amont la manière d'y parvenir et organisent les chances de réussite.

Si le problème premier de Simon a dérégulé les aspirations familiales, sa compréhension en termes de handicap cognitif est venue remettre de l'ordre dans les projections par l'instauration d'une nouvelle représentation des difficultés de l'enfant et plus encore par la mise en place d'un accompagnement familial qui rend possible l'imagination d'un avenir ambitieux. Lors de ma dernière rencontre avec la famille Andrieu, il leur est possible d'imaginer à Simon « un avenir à l'image de sa condition initiale »⁶⁴⁸, tel que les statistiques le prédisaient avant la survenue des difficultés scolaires. La famille semble avoir recousu le « cercle de l'évidence, où l'on [a] les aspirations de ses chances et les chances de ses aspirations »⁶⁴⁹.

Pauline Blum atteste dans sa thèse de la « non-neutralité de l'institution psychiatrique dans la reproduction du statut des parents aux enfants »⁶⁵⁰, je ne peux qu'étendre son résultat au marché professionnel *psy* intervenant auprès des enfants en difficulté scolaire, qu'il s'agisse des structures

⁶⁴⁷ En lui soumettant l'idée directement ? Plus indirectement en vantant et en encourageant ses capacités oratoires et en les assimilant à celles d'un avocat ?

⁶⁴⁸ B. Lacroix, *L'utopie communautaire : histoire sociale d'une révolte*, Paris, Presses universitaires de France, 1981.

⁶⁴⁹ F. Muel-Dreyfus, « L'initiative privée. Le "terrain" de l'éducation spécialisée. », art cit, p. 22.

⁶⁵⁰ Pauline Blum, *Un quotidien ébranlé*, p.148

anciennes types CMPP ou des professionnels plus récents installés en libéral et s'inspirant des sciences neurocognitives.

3.3. Des agents « psy » qui structurent les ambitions

Finalement, les ambitions scolaires et professionnelles de la famille pour Simon n'ont cessé d'évoluer au fil de sa trajectoire scolaire, en fonction des modes de scolarisation dans lesquels il se trouvait et des résultats qu'il récoltait. Le retour en milieu ordinaire a réouvert une indétermination heureuse à l'avenir (« espérance rêveuse »), quand les lourdes difficultés scolaires, le redoublement et plus encore l'entrée en CLIS avaient eu raison des ambitions pour l'avenir de l'enfant (« incertitude inquiétante ») – sa souffrance était telle que l'on s'inquiétait pour sa santé mentale, reléguant au second plan les enjeux scolaires, de toutes façons peu enthousiasmants. Jean-Claude Chamboredon avait montré dans un article en 1991 que l'école structurait les ambitions des jeunes et de leur famille, du fait notamment des « filières scolaires fonctionnant comme définitions d'un avenir probable et délimitant des aires sociales d'insertion possibles, en tout cas anticipées »⁶⁵¹. La scolarisation en classe spéciale empêche la projection dans des études longues et qualifiantes.

Ce qu'il est intéressant de rajouter ici, c'est que les agents « psy » qui interviennent dans la gestion du problème de l'enfant participent également de la structuration des ambitions scolaires, à plusieurs niveaux, bien que leur rôle ne soit que peu questionné sous cet angle⁶⁵². En accordant plus ou moins d'intérêt à la question scolaire et en se donnant ou pas comme objectif de raccrocher l'enfant aux apprentissages, ils influent sur les résultats scolaires de l'enfant. Ils peuvent également agir sur les positions scolaires des enfants en participant aux négociations sur les orientations scolaires. Surtout, ils enjoignent les parents de façon plus ou moins explicite à tenir une certaine posture face à la scolarité : soit, comme Claire Costes, ils leur proposent de s'y investir afin de maximiser les chances de l'enfant, soit, comme le CMPP consulté par la famille Andrieu, ils les incitent à détourner le regard de la chose scolaire pour prendre soin du mal-être de l'enfant (forcément déconnecté des questions scolaires dans cette perspective). Entre les deux, certainement qu'une variété de postures professionnelles existe. Toutefois, l'exemple de Simon montre que les agents psy ont clairement la possibilité d'influer sur les ambitions scolaires (et par ricochet, les destins scolaires), tant c'est la neuropsychologue qui a forgé le projet scolaire de Simon et a su convaincre les parents de son bien-fondé. Le CMPP avait avant cela aussi participé à structurer les ambitions de la famille de façon plus indirecte en convaincant la famille que l'enfant avait de trop fortes difficultés psychiques pour parvenir à rentrer dans les apprentissages – on rappelle que les membres du CMPP interagissent avec les établissements scolaires et participent à des réunions d'équipes pour discuter

⁶⁵¹ J.-C. Chamboredon, *Jeunesse et classes sociales*, Rue d'Ulm, 2015, p.200.

⁶⁵² On pense tout de même aux travaux récents de Sandrine Garcia (2013), Anne-Élise Velu (2018) et Pauline Blum (2017).

conjointement de l'état de l'enfant, des traitements à mettre en place et des orientations scolaires pertinentes.

On peut à partir de là se poser en contre d'une certaine critique des inégalités qui suspecte dans la valorisation du milieu ordinaire un possible ethnocentrisme de classe, puisqu'il serait une aspiration des classes moyennes en désir d'ascension sociale par l'école⁶⁵³. Les positionnements parentaux face au milieu ordinaire seraient variés, en particulier parmi les classes populaires, qui ne feraient pas toujours de la scolarisation en milieu ordinaire une priorité ni même l'horizon désiré. Le parcours exposé précédemment appelle à être prudent avec ce type d'analyse, tant les projections parentales apparaissent cadrées par les scolarités effectives des enfants, par l'école et les professionnels « psy ». Autrement dit, les familles (parents comme enfants lorsqu'ils grandissent) ambitionnent ce qu'on les autorise à espérer.

Ces résultats m'amènent à poursuivre les analyses des sociologues citées plus haut sur les effets performatifs des dispositifs de prise en charge de la difficulté scolaire – SEGPA, ateliers-relai, RASED...⁶⁵⁴ Au-delà de leur caractère plus ou moins excluant et stigmatisant, ces dispositifs ont des effets sur les carrières scolaires mêmes des enfants, sur leurs compétences et leur devenir scolaires. Les dispositifs de « dys », récents et originaux dans le paysage du traitement de la difficulté scolaire, méritent d'être interrogés à travers ce prisme. Ces derniers étant multimodaux et apparaissant sous des formes très variées d'un enfant à l'autre (ils n'ont pas nécessairement les mêmes rééducations et ils bénéficient d'aménagements scolaires différents), la question de leurs effets ne peut être généralisée à partir de l'étude du cas de Simon. Elle doit être traitée au moyen de l'analyse de différents parcours d'enfants, ce que je propose de faire dans le chapitre suivant : il me faudra mettre au jour les différentes composantes de la prise en charge et observer les interactions avec les caractéristiques familiales afin de voir ce qui fait effet et comment.

⁶⁵³ Céline Borelle, *Le traitement social de l'autisme : étude sociologique du diagnostic médical*. 2013

⁶⁵⁴ C. Roiné, « La fabrication de l'élève en difficulté », art cit ; M. Millet et D. Thin, « Une déscolarisation encadrée », art cit ; J. Garnier, « « Le collègue c'est une prison, ici c'est le cachot ». Un apprentissage de la déviance scolaire sous surveillance », art cit ; G. Henri-Panabière, F. Renard et D. Thin, « Des détours pour un retour ? Pratiques pédagogiques et socialisatrices en ateliers relais », *Revue française de pédagogie*, 2014, 183, p. 71-82 ; A.-E. Vélu, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, op. cit.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

J'ai dans ce chapitre voulu comprendre ce que produisait l'irruption du trouble – et handicap – cognitif dans les trajectoires des enfants et de leur famille. Que fait-il aux parcours scolaires des enfants ? Permet-il une optimisation des chances scolaires, autorise-t-il à espérer un destin scolaire et professionnel ambitieux ? Et de quelles manières, par quels biais ?

Pour saisir les enjeux autour des diagnostics récents de dyspraxie et des autres troubles des apprentissages, j'ai pris le parti d'observer de près les conditions de son obtention ainsi que ses effets au sein d'une famille, m'inscrivant de la sorte dans une tradition sociologique résolument qualitative d'étude par cas et trajectoires individuelles⁶⁵⁵. Cette méthode m'apparaissait d'autant plus pertinente que les dispositifs pour les enfants diagnostiqués avec un trouble des apprentissages ont des modalités d'application différentes d'un enfant à l'autre, et que le public concerné est issu de milieux sociaux différents, ayant à disposition des ressources diverses : je craignais qu'une étude statistique des trajectoires écrase les données et qu'il ne soit pas possible de mettre au jour les éléments saillants des trajectoires (comme l'implication d'une psychologue par exemple, ou encore la disponibilité maternelle).

Le cas de Simon nous donne à voir que le type de catégorisation et de traitement « psy » dont l'enfant fait l'objet peut avoir une incidence forte sur la façon dont sont gérées ses difficultés scolaires et in fine sur la dynamique de son parcours scolaire. Les approches neurocognitives, sans affirmer qu'elles sont efficaces dans la prise en charge des difficultés scolaires, proposent à l'enfant et à sa famille d'investir la question scolaire et les apprentissages en soutenant l'idée que bien accompagné, l'enfant peut suivre une scolarité ordinaire et s'offrir le choix des secteurs d'études et de métiers dans lesquels il souhaite s'épanouir. Ils contrastent de la sorte avec une autre tradition psychologique, dominante jusqu'alors, qui a davantage tendance à mettre à distance les enjeux scolaires au profit d'une étude de la psyché individuelle et familiale. L'étude de cas exposée dans ce chapitre nous montre aussi que le réinvestissement de la question scolaire n'est pas automatique avec l'accès au diagnostic cognitif, mais qu'il est dépendant d'une part de l'implication des professionnels, d'autre part des formes d'appropriation parentale et des ressources familiales à disposition.

Le diagnostic de dyspraxie – mais pourrait-on dire de « dys » – apparaît comme une opportunité pour les parents d'investir ou réinvestir la question scolaire et ainsi de maximiser les chances scolaires de leur enfant lorsque jusqu'alors leur implication dans la scolarité était distante ou détournée sur des problématiques psychiques par des agents du soin. La conception des difficultés de leur enfant en termes de différence cognitive ainsi que les incitations des professionnels neurocognitifs peuvent participer à modifier leurs exigences et leurs attentes envers leurs enfants en termes de performances scolaires – pas

⁶⁵⁵ B. Lahire, *Tableaux de familles*, op. cit. ; B. Lahire et al., *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, op. cit. ; M. Millet et D. Thin, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », art cit ; H.S. Becker, *Outsiders*, op. cit. ; M. Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit. ; F. Truong, *Des capuches et des hommes*, Paris, Buchet Chastel, 2013.

que, mais c'est ce sur quoi j'ai décidé de mettre la focale – ainsi que leurs pratiques éducatives et leurs pratiques d'accompagnement scolaire vers des pratiques scolairement plus rentables : cours à domicile, organisation plus structurée des devoirs et de la vie quotidienne, transmission de méthodes et du sens du travail, etc... Des enquêtes sociologiques avaient déjà mis en avant l'importance des « effets d'attente » des enseignants et des parents envers les enfants dans leurs performances scolaires⁶⁵⁶. Je montre ici que les agents « psy », de plus en plus présents dans le traitement des difficultés scolaires, participent également de la construction des attentes à l'égard des enfants. Les espérances entretenues autour des enfants et de leur devenir apparaissent co-construites et négociées entre les parents, les agents scolaires et autres intervenants « psy » auprès de l'enfant.

Dans le cas de Simon, un agent « psy » vient proposer un projet scolaire différent de celui de l'institution scolaire (scolarité ordinaire vs éducation spéciale), jusqu'à entrer en lutte, en mobilisant la famille à ses côtés, pour voir ses ambitions aboutir. Se pose alors la question suivante : par sa capacité à bousculer l'ordre scolaire – dans le double sens de l'autorité scolaire et du destin scolaire qui était préparé par l'institution – le diagnostic cognitif vient-il réorganiser les termes de la lutte contre l'échec scolaire ? Et surtout, vient-il enrayer la mécanique scolaire de la reproduction sociale ? Favorise-t-il la réussite pour tous, comme le clament les entrepreneurs de la cause des « dys » ?

Impossible de répondre à ces questions par l'affirmative après l'étude du cas de Simon. Si sa bifurcation scolaire est impressionnante et sans conteste corrélée à la survenue de la lecture neurocognitive de son problème, elle doit aussi beaucoup aux capitaux familiaux : ses ressources économiques, l'importance accordée à la valeur et aux bénéfices du travail, la disponibilité et l'investissement de la mère qui, n'ayant à ce moment-là pas d'activité salariée, décide de consacrer son temps et son énergie à la sortie de son fils de l'éducation spéciale... Les ressources familiales apparaissent déterminantes dans la mobilisation de la catégorie « dyspraxie », la mise en place du projet de soin (qui est alors aussi un projet scolaire) et dans l'accompagnement de celui-ci ; et in fine dans ses effets scolaires.

Le diagnostic a ici permis de réparer un accident de parcours d'un enfant qui avait à l'origine de grandes chances de réussir – un « méshéritier » – mais rien ne dit qu'il offre les mêmes opportunités à tout enfant « dys » en proie à la relégation scolaire. C'est alors à cette question que je m'efforcerai d'apporter des éléments de réponses avec l'analyse des vingt-sept autres cas de l'enquête.

Je présenterai ces analyses sous forme de typologies de trajectoires plutôt que d'études de cas, pour des raisons de dimensions bien sûr mais surtout pour dégager les éléments transversaux aux trajectoires et monter ainsi en généralité : en mettant bout à bout des trajectoires différentes d'enfants d'origines sociales diverses, quels liens peut-on faire entre origines sociales, trajectoires scolaires et incidence du

⁶⁵⁶ M. Duru-Bellat, « Note de synthèse : filles et garçons à l'école, approches sociologiques et psycho-sociales », *Revue française de pédagogie*, 1995, 110, 1, p. 75-109 ; N. Mosconi, « Rapport au savoir et division socio-sexuée des savoirs à l'école », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2003, 51, 1, p. 31-38.

diagnostic ? En étudiant les circulations des enfants « dys » avant et après l'obtention du diagnostic, on cherche finalement à savoir si la participation des agents « psy » au traitement des difficultés scolaires s'inscrivent dans les logiques de tri scolaire des enfants et si, dès lors, elles renforcent ou atténuent les inégalités sociales entre enfants. Au vu de la croissance récente de ce marché professionnel « psy » intervenant sur les questions scolaires⁶⁵⁷, il était temps de questionner leurs effets sur les trajectoires scolaires des enfants en difficultés.

⁶⁵⁷ Nous avons vu dans le chapitre 2 que la croissance des diplômés en psychologie (dont la neuropsychologie) tout comme l'augmentation forte du *numerus clausus* à l'entrée des écoles de psychomotricité étaient à relier avec leur entrée massive dans le champ du traitement des difficultés scolaires : champ qui est apparu comme un nouveau débouché pour ces groupes professionnels en forte croissance qui débordaient leurs champs d'action historiques.

CHAPITRE 5

Négocier le statut de l'enfant. Appropriations, dispositifs, parcours scolaires

Ce chapitre est à la fois l'aboutissement de la thèse et la justification des analyses réalisées dans la première partie. En effet, la question de la définition du problème en des termes neurocognitifs, comme celle de la sélection des enfants dyspraxiques (parmi la population des enfants en difficulté scolaire) prend tout son sens au regard des devenir de ces derniers. Que change cette nouvelle compréhension de leurs difficultés sur leur carrière scolaire, leurs capacités, leur vécu ? Le chapitre précédent, à travers l'analyse d'une trajectoire singulière, a permis de redéfinir la question des effets scolaires des diagnostics, en mettant au jour les dynamiques sociales qui s'entrecroisaient dans le déroulé des scolarités des enfants. Pour saisir les effets de cette nouvelle grille de lecture de l'échec scolaire, il faut avant tout regarder comment se construisent les scolarités année après année – dans quelles conditions elles se déroulent, que change l'accès au diagnostic –, saisir les dispositifs dans lesquels sont mis les enfants (dans et hors école) et observer la façon dont ils sont négociés.

Les dispositifs de la dyspraxie (et des troubles des apprentissages plus généralement) sont multimodaux, se déclinant en un ensemble de rééducations de compétences cognitives et techniques d'un côté, et de l'autre un aménagement des scolarités en vue de soulager les enfants dans les domaines où ils se trouvent en difficulté. Le chapitre 2 nous a permis de le comprendre comme un déplacement de la responsabilité pédagogique des apprentissages scolaires de l'école (et donc du service public) vers des acteurs privés du soin. Les dispositifs de la dyspraxie, c'est également une gestion partenariale des scolarités et des soins enfantins, pour laquelle interviennent les agents scolaires, les parents, les acteurs du soin (médecins, psychologues et rééducateurs) et généralement des agents de la MDPH, sauf quand l'enfant ne fait pas l'objet d'une reconnaissance de handicap. Au moins une fois par an, ces différents partenaires se réunissent dans le cadre d'une équipe de suivi de scolarisation pour définir ensemble les modalités de la prise en charge de l'enfant. C'est aussi dans des arènes plus informelles qu'elles se discutent tout au long de l'année : discussions entre parents et enseignants à la sortie des classes, appels téléphoniques entre rééducateurs et enseignants, etc.

Le parcours de Simon a montré que l'intervention d'un agent du soin neurocognitif a bousculé l'équilibre des négociations qui existait jusqu'alors entre les acteurs en présence (école, famille, MDPH, CMPP) et a entraîné un bouleversement dans la carrière scolaire de l'enfant en plaçant la réussite scolaire au cœur des préoccupations du soin et de la famille, et en réagencant les rapports de force entre l'école et la famille par une alliance explicite avec la famille davantage qu'avec l'école et le projet scolaire qu'elle proposait. Nous avons vu aussi que cette redistribution des places et des rôles tenait à des qualités spécifiques de la professionnelle neuropsychologue autant qu'aux caractéristiques sociales de la famille. Ainsi, avec l'analyse des 27 autres trajectoires d'enfants, il s'agit d'avoir une vue plus générale sur le phénomène d'introduction des référentiels neurocognitifs dans les scolarités des enfants. Quels rôles prennent les producteurs des diagnostics de dyspraxie dans ces scolarités ? S'extraient-ils, comme Claire Costes, de leur travail en cabinet auprès des enfants pour définir un projet plus général de scolarisation, et une réorganisation de la vie familiale ? Quelle place prennent-ils dans les relations famille/école ? De façon plus générale, quelle triangulation observe-t-on entre parents, agents scolaires et spécialistes de la dyspraxie (comparativement aux spécialistes auparavant consultés quand il y en a) ? Comment se négocient les prises en charge et les orientations scolaires entre eux ? On s'intéresse donc dans ce chapitre de façon conjointe au déroulé des scolarités des enfants, aux conditions de scolarisation et aux prises en charge dont ils bénéficient, et aux négociations entre les trois « partenaires ».

C'est à la croisée de ces trois dynamiques que j'ai construit une typologie (de trois types) des incidences du diagnostic sur les scolarités des enfants, typologie qui découpe le chapitre en autant de parties. Chacune d'elle détaille les conditions de possibilités de ces formes d'influence du diagnostic, et feront ressortir parmi elles les formes de l'appropriation parentale des diagnostics, les relations famille/école, et les formes de l'intervention des agents du soin neurocognitif (auprès des enfants, des parents et de l'école).

La première partie du chapitre propose une analyse des trajectoires d'enfants (9 au total) pour qui le diagnostic marque l'inclusion dans l'école ordinaire, et dont le parcours est géré par une collaboration heureuse entre les différents partenaires de la prise en charge – parents, enseignants, soignants. La deuxième partie se penche sur les familles qui ne parviennent pas à faire reconnaître le handicap cognitif de leur enfant à l'école – ou bien très difficilement –, sur les raisons et les conséquences de cette difficile reconnaissance (deux familles de l'enquête sont concernées – 3 enfants). Dans une troisième et dernière partie, j'étudie les cas (majoritaires, avec 15 enfants concernés) où les parents ne font qu'un usage restreint du diagnostic (contrairement aux deux premières catégories qui en ont un usage extensif, avec plus ou moins de succès), ce qui m'amène à questionner le rôle de « partenaire » qui est dévolu aux parents et plus encore aux mères des enfants « dys ». Nous verrons au fur et à mesure de ces analyses que les caractéristiques sociales des familles restent incontournables pour comprendre la façon dont elles se saisissent des diagnostics et le traitement institutionnel qui leur est en face retourné.

1. LA DYSPRAXIE COMME MARQUEUR D'INCLUSION

Une première catégorie de gestion de la dyspraxie émerge à l'analyse transversale des trajectoires : celle des enfants pour qui l'accès au diagnostic et sa reconnaissance sont rapides et sans heurts, et autour de qui les différents acteurs travaillent en partenariat. Ils sont au nombre de neuf et concilient tous les aspects des ambitions et des recommandations des pouvoirs publics : repérage et diagnostic du trouble « précoce », « fluidité » des parcours, « accès facilité » aux soins, « travail partenarial »/« coordination »⁶⁵⁸ entre les acteurs du soin, de l'école et la famille, etc... J'ai alors voulu comprendre ce qui rendait possible le déroulé de tels parcours qui, bien qu'étant définis comme les parcours-type des politiques publiques, sont loin de représenter la norme, si l'on en croit les récits de la majorité des parents de cette enquête mais aussi ceux des associations qui militent pour une meilleure prise en charge de ces troubles. Comme je l'ai fait pour Simon, je m'intéresse ici au travail et aux pratiques des différents partenaires de la prise en charge : les agents scolaires, les soignants et bien sûr les parents.

1.1. Des prises en charge et des parcours idéaux

Cette partie s'ouvre sur l'exposition d'une trajectoire afin de « donner corps »⁶⁵⁹ à cette catégorie, puis continue sur une analyse transversale aux neuf cas concernés.

1.1.1. Le cas d'Amèle

Amèle est en 6^{ème} lorsque je rencontre sa mère Laurence dans le cadre d'un entretien. Laurence est chirurgien-dentiste en libéral et son mari radiologue en clinique privée. Amèle a une petite sœur de deux ans de moins qu'elle.

⁶⁵⁸ Ce sont des termes systématiquement présents dans les différents rapports et guides en vue d'améliorer la prise en charge et le parcours des enfants présentant un trouble des apprentissages. P. Pentier et P. Gilbert, *Troubles dys*, op. cit. ; *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?*, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 2017 ; CNNSE, *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*, op. cit. ; *16 mesures pour un « plan DYS »*, Neuilly, FFDys, 2012 ; *Dys : enquête 2015. Parcours santé en lien avec la scolarité et l'emploi*, op. cit. Ces notions institutionnelles dépassent le seul cadre du suivi des enfants « dys » et sont plus largement rattachées au « parcours de soin », nouveau référentiel de l'action publique promu depuis le début des années 2000 à destination de personnes vulnérables ou qui bénéficient de prises en charge au long cours. Le « parcours » des patients (leur « bonne » circulation) s'impose comme unité de mesure du soin, au-delà de leur évolution somatique ou mentale. M.-A. Bloch et L. Hénaut, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014 ; F. Sicot et al., *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, op. cit. ; M. Chauvière, « Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination », in N. Guirimand, P. Mazereau et A. Leplège, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin*, Champ social Editions, 2018.

⁶⁵⁹ B. Lahire et al., *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, op. cit.

Amèle rentre à l'école à 3 ans et ne fait jusque-là l'objet d'aucune inquiétude particulière⁶⁶⁰. L'enseignante de petite section maternelle repère rapidement un décalage avec les autres enfants, dont elle parle en termes de « retard » (moteur, affectif), et partage avec Laurence et Mehdi, ses parents, son jugement sur les faibles capacités motrices – graphiques particulièrement – de l'enfant. Elle évoque également une grande timidité, mais ne veut pas inquiéter les parents, leur proposant juste de « surveiller » l'évolution. En moyenne section les retours de l'enseignante se font plus dramatiques avec une focalisation sur les comportements « étranges » d'Amèle et sa mauvaise intégration dans le groupe. Surpris et peu en accord avec le jugement enseignant, les parents se tournent rapidement vers d'autres professionnels.

C'est d'abord leur pédiatre qu'ils vont consulter, qui va les orienter vers un circuit « neuro ». Il leur propose de réaliser un bilan chez une psychologue spécialisée dans les troubles envahissants du développement, qui, diagnostiquant un trouble de l'acquisition et de la coordination, les dirige vers une psychomotricienne afin de consolider le bilan et de suivre des rééducations qu'elle imagine nécessaire. Elle leur donne des noms de professionnelles, soulignant l'importance d'avoir affaire à une psychomotricienne « à visée neuro plutôt que psy », ce sur quoi s'accordent les parents. La psychomotricienne qu'ils consultent confirme « une dyspraxie bien cognée » et commence la rééducation.

En grande section de maternelle, alors qu'ils souhaitent avoir une AVS pour Amèle (sur conseil de la psychomotricienne), ils consultent un neuropédiatre afin de monter le dossier MDPH. Ils mettent également en place des séances d'orthophonie afin de « faire du renforcement au moment de l'entrée dans la lecture » – Amèle ne présente pas de déficit langagier au sens médical du terme. L'enfant poursuit dans le même temps les séances chez la psychomotricienne avec qui elle travaille la motricité fine, l'impulsivité et les capacités d'attention et de concentration. Ses parents mettent un terme aux séances en CM2 lorsqu'elle commence le suivi en ergothérapie afin de maîtriser l'ordinateur, c'est-à-dire une frappe performante et des logiciels utiles pour la classe et les révisions. La prise en charge évolue ainsi d'un objectif de rééducation (maximiser les compétences et capacités de l'enfant) vers celui de la compensation (contourner les difficultés), l'objectif étant que l'enfant soit la plus autonome possible dans son travail.

Tout au long du primaire, Amèle rencontre des difficultés dans les apprentissages scolaires, ce qui ressort d'autant plus que sa petite sœur poursuit une scolarité qualifiée de « facile » et « très réussie » : elle aime l'école et récolte de très bonnes notes, à l'image de la scolarité de ses deux parents. Sans connaître cette même aisance scolaire, Amèle travaille bien à l'école, elle se montre concentrée, et présente finalement de « bons résultats ». Malgré ses notes satisfaisantes, Laurence reste inquiète pour la suite du parcours et ne cesse d'anticiper les éventuels échecs et obstacles. Laurence voudrait que sa fille « en fasse un peu plus que ce qui est demandé à l'école », « pour lui faire prendre un peu d'avance ou éviter les retards plutôt ». Elle aimerait que sa fille lise plus (Amèle n'aime pas ça) et travaille davantage à la maison. Les devoirs

⁶⁶⁰ C'est en général le cas pour les enfants gardés à la maison comme Amèle. Les parents et leurs proches ne portent pas le même regard sur l'enfant que les professionnels de l'enfance : ils ont une idée beaucoup plus vague de l'« enfant normal » et adaptent davantage la vie collective autour de l'enfant, ses capacités et ses comportements (là où une crèche ou une assistante maternelle requièrent de l'enfant qu'il réponde à certaines exigences afin de garantir la bonne marche de l'institution).

étant très conflictuels, Laurence pense engager une étudiante dans les semaines à venir pour pacifier les relations familiales et augmenter si possible le volume de travail à domicile.

La scolarité d'Amèle se déroule dans l'école publique de secteur (par commodité et par conviction), que sa mère décrit comme « *hyper ouverte sur la question du handicap* ». Laurence avait tout de même prospecté plusieurs établissements (privés et publics) l'année précédant l'entrée au collège, mais n'avait pas repéré de plus-value à sortir de la carte scolaire. Les parents restent cependant prêts à changer d'établissement si jamais les conditions de scolarisation souhaitées pour Amèle n'étaient pas réunies. Les rapports avec l'école, et au-delà entre les différents partenaires de la prise en charge, sont bons : ils communiquent autour d'Amèle et formulent un point de vue commun sur l'état de l'enfant et les dispositifs à mettre en place pour l'aider.

Malgré des difficultés scolaires – qui se révèlent dans le travail laborieux de l'enfant et dans le décalage avec les attentes familiales davantage que dans ses notes –, le parcours d'Amèle, scolaire comme de soin, apparaît fluide, les différentes étapes s'enchaînant sans donner lieu à controverses. L'accès au diagnostic de dyspraxie est rapide et précoce et ne sera jamais remis en cause. Le dossier MDPH est validé dans les mois qui suivent et Amèle bénéficie de plusieurs dispositifs à destination des dyspraxiques : rééducations, AVS, aménagements scolaires divers (photocopies...). La prise en charge de cette enfant se déroule selon les termes des recommandations des politiques publiques (« fluidité », « partenariat », « inclusion »...), ce qui est loin d'être systématique, si l'on s'en réfère aux autres familles rencontrées. Amèle n'est toutefois pas un cas isolé car ils sont neuf dans cette enquête à connaître des parcours semblables. Voyons ce qui les caractérise.

1.1.2. Des parcours « fluides »

Les parcours et traitements des neuf enfants de cette catégorie contrastent avec l'expérience de Simon et de sa famille exposée dans le chapitre précédent. Ces familles d'abord ne connaissent que peu l'incertitude diagnostique, le diagnostic de dyspraxie étant produit tôt dans les parcours de soins⁶⁶¹ (quelques mois après les premières inquiétudes à propos de l'enfant) et constituant bien souvent la première théorie diagnostique forgée par un professionnel spécialiste (hors intuitions enseignantes). Seuls Loïc et Oscar ont d'abord fait l'objet d'un jugement et d'un traitement psychologique, en CMPP ou en libéral, mais ils accèdent cependant au diagnostic respectivement à 5 et 6 ans, avant l'entrée en CP.

⁶⁶¹ Franck se distingue des huit autres en ce qu'il est tardivement qualifié de dyspraxique (à 10 ans) et se trouve avant cela dans un circuit de prise en charge psychologisant depuis ses 3 ans, à l'instar de Simon (relégation scolaire en moins). Les années qui précèdent le diagnostic sont « très difficiles » selon la mère qui finit par suspecter une maladie mentale chez son fils et se trouve totalement désarçonnée par cet enfant. Lorsqu'elle accède au diagnostic de dyspraxie, le parcours de l'enfant et sa gestion sera en tous points semblable à celle des huit autres enfants de ce groupe, ce pour quoi j'ai inclus cette famille malgré ces premières années compliquées.

Le diagnostic est précoce, au plus tard dans les premiers mois de scolarisation en CP, et l'appropriation parentale immédiate, ce qui est d'ailleurs corrélé dans les parcours⁶⁶². C'est donc rapidement que l'enfant entreprend des rééducation fonctionnelles (en psychomotricité et/ou orthophonie et/ou neuropsychologie et/ou ergothérapie), dès la maternelle ou en début du CP, en tout cas en parallèle des premiers apprentissages scolaires. Par la suite, le diagnostic n'est jamais contesté, ni par les agents scolaires ni par d'autres acteurs de la prise en charge, ce qui est déjà plus singulier dans les parcours ; de nombreux parents de l'enquête relatent des suspicions enseignantes quant à l'explication neurocognitive des difficultés de l'enfant, et parfois de véritables rejets. Concernant les enfants de ce groupe, les aménagements scolaires prévus pour les dyspraxiques sont mis en place sans heurts, les enseignants se montrant volontaires pour fournir à l'enfant les supports demandés : photocopies des leçons, textes surlignés en différentes couleurs, etc... Mieux encore, les enfants bénéficient d'un traitement scolaire sur-mesure, davantage individualisé que ne le proposent les dispositifs officiels du fait de l'« *engagement* » et de l'« *ouverture* » des enseignants :

Séverine : Puis le maître est... j'hallucine encore hier je l'ai remercié il est vraiment super ! Même sans AVS il faisait tout, je sais pas comment il fait pour prendre autant de temps pour Ugo. (...) Il a eu l'AVS qu'en novembre, mais le maître a mis des choses en place avant. Il connaissait absolument pas la dyspraxie, et il avait jamais eu d'AVS en classe. En fait au début de l'année je vais voir l'enseignant avec les rééducatrices et on lui explique la dyspraxie. Je lui ai filé plein de bouquins sur la dyspraxie, la clé USB de DMF⁶⁶³ que j'avais achetée. Il s'est mis à fond là-dessus, à suivre les conseils de la psychomot' et tout... puis après de lui-même il a fait des choses de bon sens quoi.

Chaque partenaire tient son rôle, devançant même les recommandations officielles par des initiatives de « *bon sens* » (selon les termes des parents). Les parents relatent également une bonne entente générale où les différents « partenaires » échangent des informations et des méthodes de prises en charge autour de l'enfant. Ils disent avoir inscrit leur enfant tôt « *dans les bons rails* », « *aux bonnes adresses* », et vantent la qualité des professionnels ainsi que du partenariat entre tous.

Séverine : La psy l'autre jour me dit : « C'est fou, vous avez réussi à recréer un CMPP en libéral je n'ai jamais vu ça ! » Parce que tout le monde se parle, tout le monde se connaît, ils s'appellent pour parler d'Ugo et tout. Ce sont peut-être des gens habitués à travailler ensemble, je sais pas... (...) Et à l'école personne n'a jamais remis en cause le diagnostic, au contraire ils étaient tous très contents de savoir qu'il y avait « un truc » quoi. J'ai eu une chance phénoménale d'avoir toujours des instits géniaux qui ont toujours tout mis en place.

Catherine : Après je ne sais pas si tu avais des questions très précises... Mais nous on est ravis de tout l'accompagnement qui s'est mis en place. Enfin, on a aussi été les instigateurs, mais à partir du moment où il y a eu une équipe pédagogique, puis une équipe éducative, puis derrière des suivis très réguliers et structurés... ben aujourd'hui il y a quand même vraiment des résultats quoi. Aujourd'hui on a un enfant

⁶⁶² Les parents accédant au diagnostic tardivement n'y sont pas réfractaires mais mettent parfois davantage de temps à le comprendre et à appréhender l'enfant comme ayant un trouble cognitif, du fait qu'ils aient été persuadés pendant plusieurs années que l'enfant avait « autre chose », ou du moins qu'ils se soient inquiétés à propos du développement de l'enfant.

⁶⁶³ L'association « Dyspraxiques Mais Fantastiques » prépare des clé USB avec du matériel informatif et des supports de travail à destination des enseignants. Les parents les achètent et les transmettent aux enseignants qui peuvent donc y piocher différents outils.

qui est scolarisé en 6^{ème}, en milieu ouvert, dans une classe ordinaire, et qui a des résultats tout à fait honorables. Même si on est loin de la tête de classe et d'avoir 18 partout, on a quand même 12, 13, 14, 11, selon les disciplines. Et voilà, j'ai envie de dire que, quand il y a à la fois un accompagnement familial, un accompagnement des professionnels de santé... que quand chacun joue son rôle, à un moment donné ça paye. Et on a un enfant plutôt heureux, bien, épanoui, qui aime son collège, et qui a des résultats tout à fait corrects.

Catherine et Benoît sont comme les autres parents « ravis » de la prise en charge, l'enfant « *va bien* » et suit une scolarité ordinaire de façon tout à fait « *correcte* ». Les enfants de ce groupe ne connaissent pas forcément les mêmes destins scolaires (quoi qu'ils soient tous scolarisés en milieu ordinaire), mais donnent à voir des formes d'encadrement similaires : ils sont inclus en milieu scolaire ordinaire, et leur prise en charge se fait sur le mode partenarial, avec une bonne entente entre les différents acteurs, les parents, l'école et les professionnels du soin. Leurs parcours sont fluides en ce qu'ils ne sont pas marqués par des heurts, tensions, ou opposition de la part d'agents participant, et les parents accèdent à leur requête dans des délais qu'ils jugent raisonnables⁶⁶⁴. Les prises en charge sont encadrées par des dispositifs institutionnels (équipes de suivis de scolarisation, PPS⁶⁶⁵...) mais sont aussi le fruit de nombreux échanges et initiatives informels. Les prises en charge sont souples, elles évoluent avec les années afin de s'adapter aux nouvelles situations et demandes de l'enfant et de sa famille.

Comment comprendre cette fluidité et bonne coordination des prises en charge ? Au vu des parcours très différents des enfants de l'enquête – même après l'accès au diagnostic de dyspraxie, ce dernier ne gommant pas les disparités – et des tensions qui émaillent de nombreux parcours d'enfants présentant un trouble des apprentissages, il est apparu légitime de s'interroger sur les raisons des prises en charge heureuses (satisfaisantes du point de vue des parents). Finalement, ces parcours heureux ne sont pas majoritaires⁶⁶⁶, et il est donc aussi surprenant (dans le sens d'inhabituel) que cela se passe bien, autant que cela se passe mal. Ainsi pourrait-on se demander : au vu de toutes les difficultés rencontrées par les enfants avec un trouble des apprentissages et leur famille⁶⁶⁷, comment se fait-il que les parcours soient si faciles pour certains (sur les différents plans : accès au diagnostic, acceptation de l'école, administration rapide, bonne entente entre partenaires) ?

⁶⁶⁴ Là où d'autres parents de l'enquête disent s'être confrontés à des temps d'attente très longs pour obtenir une AVS (jusqu'à une année complète parfois) ou encore un rendez-vous chez un spécialiste de santé. Laurence a par exemple réussi à obtenir la première AVS « très rapidement » et a pu garder la même trois années consécutives lorsqu'il a fallu gérer le passage au collège. « En CM1 j'ai eu une notification pour 3 ans ! J'ai toujours été étonnée parce que beaucoup de gens ont des problèmes d'AVS et moi je n'ai rien à dire par rapport à ça. »

⁶⁶⁵ Tous les enfants de ce groupe se sont vu reconnaître handicapés par la MDPH, ce qui implique un protocole d'accompagnement plus rigoureux (davantage de réunion de coordination, suivi par un membre de la MDPH), mais aussi davantage d'aménagements de la scolarité possibles.

⁶⁶⁶ En témoignent la publication régulière de rapports et guides visant l'amélioration des conditions diagnostiques et de prises en charge.

⁶⁶⁷ Les histoires malheureuses sont peut-être surestimées du fait qu'elles sont les histoires les plus médiatisées, notamment par les associations qui se mobilisent pour interpeller les pouvoirs publics. Il n'en reste pas moins que les tensions sont nombreuses dans les parcours, car saillantes dans toutes les enquêtes empiriques sur le sujet.

La symptomatologie n'apparaît pas utile pour expliquer ces traitements favorables spécifiques, ces neuf enfants ne présentant pas les profils cliniques les plus « légers ». Ils sont tous repérés tôt comme en décalage avec les autres enfants, certains sur le plan verbal, d'autres sur le plan comportemental (Oscar est très agité) et de l'intégration relationnelle (Amèle est socialement isolée). Ils présentent tous des maladrotes motrices et parfois marquées, comme Loïc, pour qui l'école évoque dès la maternelle l'option d'une institution spécialisée. Leurs parents peuvent parler de dyspraxie « sévère » à leur propos ou encore « bien cognée », également de profils « multidys ». Sur le plan de la clinique, ces neuf enfants ne se ressemblent pas entre eux (ni à 3 ans, ni à 11 ans), et ne présentent pas de traits distinctifs (en tant que groupe) des autres enfants de l'enquête. Les raisons de leur trajectoire fluide est donc à chercher ailleurs que dans des raisons médicales.

1.2. Optimiser le potentiel de son enfant, manager sa vie

Ces parents s'estiment privilégiés dans le traitement dont ils bénéficient au regard des nombreuses « histoires » qu'ils ont entendues, surtout ceux qui sont membres d'associations de parents d'enfants « dys ». Ils ont à l'idée que la majorité des parcours de familles sont plus rudes et semés d'embûches, pour accéder au diagnostic tout comme aux dispositifs associés. Ils parlent d'abord de « chance » pour expliquer la qualité de la prise en charge de leur enfant, puis mobilisent ensuite des qualités plus originales de leur enfant (« gentil », « attachant », « volontaire ») et invoquent leur attitude propre qui aurait favorisé l'implication de tous. Pour le sociologue, les postures et le travail parentaux apparaissent déterminants dans la prise en charge des enfants, qu'il s'agisse de leur style éducatif, leur rapport à l'école et à l'avenir scolaire des enfants, ou encore de leur capacité à négocier des aménagements individualisés, voire à les imposer à l'institution.

1.2.1. Des « bons élèves en difficulté »

Tous les enfants de cette catégorie sont dits appréciés de leurs enseignants, ce qui mérite d'être relevé, tant d'autres enfants de l'enquête suscitent méfiance et critique de la part de leurs enseignants, au primaire comme au collège et parfois dès la maternelle. Émilio est dit « fourbe », Paul « narquois », Rémi « fanfaron »... On leur reproche de se moquer de l'institution, d'être de mauvaise volonté dans le travail ainsi que dans la vie de classe, d'être irrespectueux et réfractaires aux consignes scolaires.

Les neuf enfants dont il est question ici voient au fil des années leurs comportements sanctionnés positivement par les enseignants qui louent, malgré des difficultés scolaires souvent prégnantes, leur caractère agréable, volontaire et finalement scolaire. Ils respectent les règles, sont curieux, enthousiastes

au travail et souvent persévérants⁶⁶⁸. Si toutes ces qualités ne suffisent pas à les ériger au rang de bons élèves, elles font sans aucun doute d'eux de « bons élèves en difficultés ». Leur manque d'autonomie peut être coûteuse pour les enseignants, mais leur respect des règles et de l'autorité comme leur envie de bien faire permet la compassion et l'implication enseignantes davantage que dans les cas d'enfants agités, réfractaires et semant le désordre dans la classe, qui eux génèrent davantage de pratiques d'exclusion et de rejet de la part des agents scolaires⁶⁶⁹.

Il semble toutefois que ce ne sont pas les seuls caractères des enfants qui sont appréciés des enseignants, mais également leurs goûts, leurs pratiques et attitudes générales, qui démontrent une proximité certaine à l'institution scolaire et à sa culture. Les filles sont décrites comme appliquées et à l'écoute, les garçons sont appréciés pour leurs capacités verbales élaborées, plusieurs d'entre elles et eux aiment lire, ils exercent tous des activités extra-scolaires et semblent passer peu de temps derrière les écrans... « Le métier d'élève est ici défini avant tout comme l'apprentissage des règles du jeu. Être bon élève, ce n'est pas seulement être capable d'assimiler des savoirs et des savoir-faire complexes. C'est aussi être disposé à "jouer le jeu", à exercer un métier d'élève qui relève du conformisme autant que de la compétence »⁶⁷⁰.

Malgré leurs difficultés dans les apprentissages, parfois grandes, on considère ces enfants adaptés ou adaptables au cadre scolaire, et leur intégration en classe ordinaire ne paraît pas incongrue aux enseignants : les enfants progressent, et bien que demandant un travail supplémentaire à l'enseignant (ce qui les distingue des bons élèves), ils ne gênent pas la marche de la classe.

Les sociologues ayant enquêté auprès des agents scolaires ont régulièrement montré que derrière les attitudes des enfants, ce sont aussi des modes de vie et des pratiques éducatives familiales qui sont jugées par l'école. « À partir de discours d'enseignants, on peut montrer que ces derniers souhaitent que les parents transmettent des prérequis pour les apprentissages scolaires, en reprenant le langage des enfants sur un mode scolaire, en organisant des activités éducatives (sorties, jeux...), en faisant de chaque instant un moment d'action éducative et de transmission explicite de savoirs ("*Les parents n'ont pas l'idée de montrer les bourgeons, les feuilles quand ils vont au parc*", dit une enseignante, manifestant qu'elle rêve de parents aux comportements de pédagogues) »⁶⁷¹. Les enseignants apprécient avoir affaire à des enfants

⁶⁶⁸ Certains peuvent être difficiles à gérer à la maison, car très agités, désordonnés voire en rébellion contre l'autorité parentale, mais tous sont décrits comme dociles, respectueux et attentifs dans le cadre scolaire.

⁶⁶⁹ Les enseignants se saisissent en effet des dispositifs de délégation et d'exclusion d'abord pour les enfants « ingérables » (indisciplinés, agités, rebelles), car ils les gênent plus que tout autre dans la tenue générale de la classe et des enseignements. M. Millet et D. Thin, *Ruptures scolaires*, op. cit. ; F. Petit-Ballager, « Signaler l'élève difficile : de l'aide préventive à la gestion précautionneuse », *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 2009, 8, p. 229-243.

⁶⁷⁰ R. Sirota, « Note de synthèse », *Revue française de pédagogie*, 1993, 104, 1, p.89. Elle se réfère ici aux résultats de la recherche-action Rapsodie de Philippe Perrenoud parus en 1988.

⁶⁷¹ D. Thin, « Un travail parental sous tension : les pratiques des familles populaires à l'épreuve des logiques scolaires », *Informations sociales*, 2009, 154, p.72.

« scolarisables »⁶⁷² et attendent des parents qu'ils « constituent les enfants en élèves »⁶⁷³, en développant plusieurs aptitudes telles qu'un certain rapport au monde et au langage, leur autonomie ou encore en contraignant les comportements. Les familles de ce groupe apparaissent sur ce point en adéquation avec les exigences scolaires, avec une culture proche et correspondant au profil des « familles pédagogiques »⁶⁷⁴ appréciées de l'école : elles donnent à voir des dispositions ascétiques et planificatrices, accordent une importance à la lecture, font pratiquer des activités extra-scolaires à leurs enfants en vue de développer diverses compétences physiques comme mentales et morales (aisance, sens de l'effort, endurance, langage...), limitent l'exposition aux écrans, etc.

Les socialisations familiales apparaissent donc scolaro-compatibles. A y regarder de plus près, elles sont marquées par un double travail : un travail sur l'enfant afin d'optimiser son potentiel, et un travail auprès de l'institution scolaire pour fournir à l'enfant des conditions de scolarisation favorables.

1.2.2. Optimiser le potentiel de l'enfant

1.2.2.1. Faire travailler l'enfant, lui transmettre le goût de l'effort

C'est d'abord le travail scolaire que ces mères prennent au sérieux, suivant de près les productions de l'enfant et l'incitant parfois à en faire plus que demandé.

Enquêtrice : *Et quand vous disiez que vous étiez exigeants avec elle, c'est par rapport à la scolarité ?*

Laurence : Oui, le quotidien aussi, et sur la scolarité, qu'elle essaye peut-être de... Des fois j'aimerais lui en faire faire un peu plus, dégrossir des trucs où je vois qu'elle a du mal, qu'elle est pas loin mais qu'elle a du mal. Mais bon quand c'est pas demandé [par les enseignants] elle ne veut pas trop en faire plus, et moi je suis un peu exigeante par rapport à ça. C'est vrai que quand elle décroche des notes, des notes correctes, elle me dit : « t'es jamais contente », parce que je vois qu'elle aurait pu avoir mieux. Le travail n'est pas fait à fond. Mais bon il faut tenir compte du fait qu'elle est dyspraxique et que finalement c'est très bien.

Marie : J'avais mis en place un système de travail... maintenant avec le recul je sais que j'étais un bourreau d'enfant. En CP, tout ce qu'il n'arrivait pas à faire à l'école il le refaisait avec moi à la maison, en y passant du temps, pour que l'instit' puisse montrer aux autres élèves : « Franck y arrive, Franck n'est pas un débile ». Parce que si vous voulez, quand vous arrivez pas à écrire votre prénom, en CP, les gamins ils sont rudes.

Là où plusieurs parents de l'enquête disent avoir favorisé le repos de l'enfant et la déconnection avec les enjeux scolaires pour ces enfants dits fatigables, ceux-là le font travailler avec constance et rigueur

⁶⁷² D. Glasman, *L'école hors de l'école. Soutien scolaire et quartiers*, Paris, ESF Éditeur, 1992.

⁶⁷³ D. Thin, « Un travail parental sous tension », art cit, p. 72.

⁶⁷⁴ Des familles qui proposent des activités pédagogiques très régulières à leurs enfants et qui sont surtout dans une logique de prise en charge permanente des enfants, où l'enfant est sans cesse encadré pédagogiquement. Daniel Thin, « L'école et les familles populaires », conférence à Bourgoin-Jallieu, 2008.

au domicile⁶⁷⁵, ce qui s'ajoute aux rééducations qui sont aussi mises en place dans le but de développer leurs compétences cognitives et motrices. Ces parents « poussent » voire « *met[tent] la pression* » (Séverine) à leurs enfants depuis petits pour maximiser leurs capacités, afin qu'ils deviennent des adultes les plus doués possibles – optimiser leur « capital humain » en quelque sorte. Catherine et Benoît « *mettent] le paquet* » sur les rééducations techniques lorsque Loïc est petit pour qu'il arrive à suivre le rythme – notamment scolaire – des enfants de son âge, Séverine a du mal à « *lâcher du lest* » car « *dès qu'on arrête de travailler, ça [les difficultés] revient en force donc on peut pas...* » Ils craignent de perdre du temps et de faire rater une opportunité de développement à l'enfant en ne l'ayant pas fait travailler assez tôt sur des compétences qu'il ne pourrait plus développer par la suite, une fois plus grand. Ils peuvent alors même comme Francis, responsable associatif, trouver irresponsable en tant que parents de ne pas suivre cette ligne de conduite :

Francis : Y a des parents qui se laissent dépasser quoi. Qui s'en remettent directement aux professionnels et qui leur font confiance. Et ils ne font pas progresser. Je sais que y a des parents qui poussent au maximum... moi je vois le mien, on l'a beaucoup poussé, le but c'est de le rendre le plus autonome possible, le plus rapidement.

Cet encadrement serré du travail de l'enfant est aussi un moyen pour les parents de développer chez eux une morale de l'effort et du travail, qui leur paraît indispensable pour que l'enfant s'en sorte dans l'avenir au vu de son handicap. Ils ne cherchent pas tant à susciter le sens de la compétition que le « goût de l'effort »⁶⁷⁶ soutenu (nécessaire pour répondre aux exigences scolaires dans leur cas) et développer des facultés de résistance à la pression scolaire – savoir encaisser les coups, continuer à travailler en situation inconfortable. Les parents s'inscrivent ici dans une perspective instrumentale où « il ne s'agit pas seulement d'accompagner le développement intellectuel des enfants (...) mais de les doter de qualités qui leur permettront d'accroître leurs avantages positionnels dans l'enseignement supérieur et le monde du travail »⁶⁷⁷.

Irène : Je suis très positive avec elle. Je fais des efforts pour elle, mais en contrepartie je lui dis qu'elle suive quoi. C'est un discours un peu dur mais qui est dans la réalité, on se met pas la main devant les yeux quoi. (...) On est dans une éducation un peu dirigiste, je lui dis qu'elle a pas le choix. Si elle veut progresser il faut mettre en place telle et telle chose, c'est comme ça. T'as le droit que ça te fait suer, que t'as pas envie, mais tu le fais. Et elle le fait.

⁶⁷⁵ Tous les parents tentent de maintenir un équilibre entre les efforts demandés à l'enfant (rééducation, travail scolaire, règles de vie quotidienne) et les espaces de repos où ils lâchent du lest. Seulement le curseur n'est pas le même dans toutes les familles : Laurence veut faire prendre de l'avance à sa fille sur le programme scolaire alors que Corinne ne conçoit par exemple pas que Gaël ait des devoirs à la maison en primaire.

⁶⁷⁶ S. Garcia, *Le goût de l'effort. La construction familiale des dispositions scolaires*, op. cit.

⁶⁷⁷ A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit., p. 39. La sociologue parle d'un déplacement des attentes vis-à-vis de l'école d'un type culturel vers un type instrumental où les parents attendent de l'école l'obtention d'un diplôme socialement et économiquement rentable davantage que l'élévation du niveau de savoir. A. Van Zanten, *L'école, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2000.

Malgré les aides scolaires qu'ils mettent en place ils souhaitent que l'enfant suive un niveau scolaire exigeant selon l'idée que « *la vie plus tard ne lui fera pas de cadeaux* » (Marie) et qu'il ne sert à rien de le faire évoluer dans un « *cocon* », un « *milieu protégé* » – ce sur quoi tous les parents de l'enquête n'apparaissent pas en phase. Mieux vaut l'endurcir jeune que le rendre inapte au marché du travail. Pour cela, sans nier toutefois le vécu de l'enfant⁶⁷⁸, les parents s'inquiètent de sa progression objective.

1.2.2.2. Des activités extra-scolaires à visée rééducative

En plus des rééducations et du travail à domicile, c'est aussi par le choix dirigé des activités de loisirs que les parents vont chercher à développer les performances et les comportements de leur enfant dyspraxique.

Catherine : Mais après nous on a fait du trampoline, dans un super club, l'étoile gymnique de Callejac [à 30 minutes de leur domicile], pour travailler la motricité globale. Ça c'était en CE2. Alors c'était le samedi matin des séances spéciales pour des enfants avec handicap, dans le cadre de handisport. (...) Il en a fait deux ans. Je pense que ça l'a aidé à se développer. Comme la piscine, on a aussi beaucoup travaillé la piscine. Dans l'eau il sent pas son poids et dans l'eau on arrive à faire plus de choses. On a pris des cours dans une piscine privée, parce qu'on a essayé les cours collectifs de la mairie et c'était la cata... Il lui fallait vraiment une attention individuelle. Donc on a trouvé un maître-nageur dans une petite piscine, Loïc a pris des leçons en individuel, et là il a progressé.

Les parents font essayer plusieurs activités à leur enfant, et assez vite, vont cibler des activités qui non seulement leur apparaissent compatibles avec leurs difficultés (sports individuels bien souvent), mais qui plus est, doivent leur permettre de les surpasser et de progresser. Après avoir tenté le patin à glace et les sports de raquettes, Irène inscrit durablement sa fille Sophie à l'équitation ainsi qu'au cirque, activités qui sont « *connues pour aider les dyspraxiques* », d'après les conseils des membres de l'association à laquelle elle appartient. Ces activités lui auraient « *amené vachement de choses, au niveau de la coordination des gestes, de la prise de parole en public, de la confiance...* » Les autres parents aussi parlent des différentes activités exercées par leur enfant dans l'idée qu'elles les aideront à surmonter leurs difficultés : la batterie et le taekwondo pour une meilleure coordination des gestes (Séverine), le judo et le cheval car sont « recommandés » pour les dyspraxiques (Carole, Laurence), etc... C'est aussi au cadre de l'activité que ces mères prêtent attention, désirant comme à l'école un suivi ou du moins une attention individualisée sur leur enfant et ses spécificités.

Irène : Les autres enfants [du club de cirque] se moquaient pas d'elle parce qu'ils avaient pas le choix ! Ils pouvaient pas, y avait un encadrement de l'activité d'une telle qualité que le respect de l'enfant était une valeur primordiale. Après il faut dire que moi je me suis toujours arrangée, j'ai anticipé, pour la mettre dans des structures où y avait l'encadrement adapté. Pas forcément spécialisé, mais adapté : par

⁶⁷⁸ Ils maintiennent un haut niveau de pression en surveillant dans le même temps que l'enfant ne « craque pas » et suive le rythme afin que la pratique ne soit pas contreproductive. Cet équilibre dans les pratiques parentales scolaires est celui recherché chez les parents du groupe des « technocrates » d'après les travaux d'Agnès Van Zanten. A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit.

des qualités humaines, des savoirs être... que j'arrive à percevoir. J'ai toujours réussi à mettre ma fille dans un contexte qui est positif pour elle. Donc au cirque par exemple j'expliquais à l'équipe encadrante les difficultés de Sophie, puis je restais un peu voir comment ça se passait. (...) je donnais une bibliographie, des choses comme ça. Donc les gens étaient en connaissance de cause face à une enfant qui était en sécurité et en accompagnement.

Ces pratiques éducatives rentrent dans le cadre de ce que Francine Muel-Dreyfus ou encore Agnès Van Zanten nomment la « scolarisation de l'existence » ou encore la « pédagogisation de l'expérience enfantine »⁶⁷⁹, qui sont ici justifiées par le handicap de l'enfant, mais qui apparaissent tout autant en lien avec l'appartenance de classe de leurs parents. C'est bien « la pénétration d'une rationalité scolaire dans l'organisation de toutes les activités le [=l'enfant] concernant, s'intégrant dans un processus plus général de rationalisation de la vie sociale ». Bien qu'évolution sociale majeure de ces dernières décennies, elle n'en reste pas moins socialement différenciée, et c'est bien parmi certaines fractions des classes moyennes et supérieures qu'on l'observe – avec acuité chez les technocrates par exemple.

Autre manifestation de l'appartenance aux classes moyennes dotées, ces mères se révèlent être des stratèges et managers efficaces des parcours : la mise au travail de l'enfant s'accompagne d'un découpage rationnel du temps et d'une anticipation des obstacles qui visent à maintenir l'enfant sur une voie prometteuse.

1.2.3. Une rationalisation de l'emploi du temps de l'enfant

Les rééducations réalisées chez les rééducatrices sont par exemple organisées pour coller aux exigences scolaires en temps réel : l'enfant travaille le graphisme et les capacités attentionnelles en CP, le logico-mathématique à partir du CE2, un travail davantage axé sur le mental (coaching mental, psychologie) et les codes sociaux à l'entrée au collège, etc... C'est aussi la précocité avec laquelle elles gèrent les difficultés des enfants qui les distingue d'autres familles de l'enquête, et participe à la normalisation scolaire des comportements et performances des enfants. Ainsi Laurence fait faire de l'orthophonie à Amèle dès la grande section de maternelle pour faire du « *renforcement* » sur certains apprentissages dans lesquelles « *elle était limite mais pas déficitaire* »⁶⁸⁰.

Ce sont aussi les différentes activités de la semaine qui sont savamment agencées entre le travail scolaire à domicile, les rééducations (au nombre de deux à trois par semaine) et les activités extra-scolaires

⁶⁷⁹ Ou encore la « pédagogisation des rapports sociaux » selon Régis Bernard, « Quelques remarques sur le procès de socialisation et la socialisation scolaire », Les dossiers de l'éducation, n° 5, 1984, p. 18. En outre, le mode scolaire de socialisation demeure un mode dominant de socialisation, non seulement par la place toujours plus importante que tient l'école dans les sociétés modernes mais aussi parce qu'il s'impose comme mode de socialisation au-delà des frontières de l'école et trame de nombreuses instances de socialisation (comme les activités péri ou extra-scolaires) et parties de l'espace social au point que l'on a pu parler de « pédagogisation des rapports sociaux » Daniel Thin.

⁶⁸⁰ Les parents devancent parfois les recommandations institutionnelles puisque par exemple dans le cas de la prévention des troubles des apprentissages l'orthophonie n'est conseillée qu'en fin de CP si les progrès en lecture restent insuffisants. Voir les recommandations 2017 de la Haute Autorité de Santé.

de l'enfant. Les parents montrent par ailleurs des compétences au suivi scolaire de leur enfant (ils développent eux-mêmes des outils de révisions, comme des cartes mentales ou plus classiquement des systèmes de fiches) ou bien délèguent cette tâche à des personnes estimées compétentes lorsque la collaboration parents-enfants devient conflictuelle. Ils sont, quoi qu'il en soit, conscients des effets de l'investissement parental dans le travail scolaire et du risque que comporte la délégation de cette tâche à la seule institution scolaire⁶⁸¹.

Séverine : Le parcours jusque-là a vraiment été dur. Mais parce que moi je me projette, je dois tout organiser, ma vie est organisée, et que là avec lui c'est pas possible. Mais c'est lié à mon caractère aussi, j'ai dû apprendre année après année et voir ce qu'on mettait en place. Genre le médecin scolaire là m'a dit : « Faut arrêter de lui mettre des objectifs sur le clavier là, il a tellement progressé qu'il faut un peu le lâcher ». Moi je veux qu'en 6^{ème} il sache parfaitement maîtriser un clavier s'il a l'ordi. Je voulais mettre de l'ergothérapie en place et tout mais on m'a dit de le laisser un peu tranquille (rires).

Séverine comme d'autres montre une approche par projet et par objectif qui rencontre les façons de faire des professionnelles de rééducation (elle revient à plusieurs reprises sur leur bonne entente). La capacité des mères à planifier l'évolution de leur enfant est parfois à comprendre par leur secteur d'activité professionnelle, puisqu'elles ne se découvrent pas « manager » au moment de gérer les difficultés de l'enfant, mais recyclent plutôt des savoir-faire et savoir-être qu'elles avaient développés dans leur sphère professionnelle : Séverine est ingénieure dans l'aéronautique et responsable d'équipe (« *je fais du management* »), Marie assistante de direction, Irène directrice d'un service de ressources humaines, Carole a été durant dix années assistante administrative, Catherine est à la direction du service régional de Jeunesse et sport, Stéphanie a été durant cinq années chargée d'un service clientèle⁶⁸², Annabelle avocate, Laurence dentiste et Céline entrepreneure dans le secteur du nettoyage. Des professions dans lesquelles elles gèrent des équipes, font du travail administratif et organisationnel pour tout un service ou pour leur propre affaire... Il apparaît ainsi qu'elles réactivent les dispositions au travail organisationnel et de gestion développées dans le cadre de leurs études et de leur activité professionnelle⁶⁸³ au service de leur rôle – socialement attribué – de mère et plus encore de leur rôle de mère d'un enfant en difficulté scolaire ou handicapé. C'est du fait de ces dispositions déjà acquises qu'elles se convertissent en véritables managers des prises en charge dès que les difficultés de l'enfant apparaissent.

Il faut préciser là que leurs conditions de travail et en particulier leurs horaires (mais aussi bien sûr les salaires du foyer) favorisent l'activation de leurs dispositions professionnelles puisqu'elles ont des

⁶⁸¹ Risque réel si l'on s'en réfère aux travaux sociologiques qui mettent au jour la prégnance du travail parental dans les réussites scolaires des enfants quel que soit leur milieu social d'appartenance.

⁶⁸² Stéphanie et Carole se sont par la suite reconverties en professionnelles de la petite enfance en étant toutes deux assistantes maternelles, puis ATSEM (Stéphanie) et AVS (Carole). Ces nouvelles activités témoignent d'une part d'un intérêt pour le public infantin et son développement et d'autre part ont été source de nouveaux savoirs quant au développement de l'enfant autant que du système scolaire.

⁶⁸³ On pourrait là aussi préciser que certaines d'entre elles sont investies dans le tissu associatif (hors associations de « dys ») où elles mettent également à profit leurs qualités de gestionnaires. Carole est par exemple présidente du club de judo de sa ville, Véronique vice-présidente d'une association de quartier pour les loisirs et l'éducation des enfants.

horaires réguliers et, pour celles qui ont les plages horaires les plus étendues, elles ont obtenu sur demande une réduction de leur temps de travail afin de pouvoir gérer les prises en charge de leur enfant comme elles l'entendaient (Séverine, ingénieure, et Laurence, avocate d'affaire en entreprise, ont par exemple exercé à 80% les années où la gestion des enfants leur demandait le plus de temps). Il ne fait aucun doute que les parents en emploi précaire, avec des horaires irréguliers et décalés par rapport à ceux de leurs enfants et des administrations de l'enfance (école, MDPH...), auront bien plus de difficultés à gérer les prises en charge de façon optimale quand bien même ils présenteraient des qualités pour réaliser ce travail.

C'est aussi dans la constitution du dossier MDPH et dans la mise en place des différentes aides (AVS, ordinateur, aménagement du temps scolaire...) que ces mères vont faire preuve d'efficacité. Elles présentent des dossiers de qualité répondant aux attentes institutionnelles⁶⁸⁴, elles anticipent les blocages en téléphonant et en envoyant des courriers aux administrations, elles s'appuient sur les professionnels de santé pour accélérer les procédures⁶⁸⁵... Elles obtiennent les aides désirées rapidement et sans résistances administratives ou institutionnelles, ce qui est loin d'être une expérience partagée par l'ensemble des familles de l'enquête, qui mettent parfois plus de temps à accéder aux dispositifs de la dyspraxie qu'au diagnostic.

C'est de manière générale l'ensemble des pratiques décrites ci-dessus qui témoignent de l'appartenance de ces familles aux classes moyennes et supérieures⁶⁸⁶, ancrées pour la majorité dans le pôle privé et/ou économique de l'espace social : le type d'encadrement de l'enfance ainsi que les activités enfantines pratiquées sont en effet avant tout des pratiques de classes⁶⁸⁷ destinées à développer un habitus de classe chez les enfants, et c'est bien parce que ce sont des milieux socialement proches des pratiques et codes scolaires que les socialisations des enfants les façonnent comme des enfants adaptés au cadre malgré leurs difficultés dans les apprentissages.

⁶⁸⁴ Elles y mettent en valeur l'ambition du projet scolaire de l'enfant (en le projetant jeune dans les études longues) et savent mettre en scène l'injustice à l'origine de ses difficultés scolaires – injustice résultant de l'inadaptation de l'institution aux particularités cognitives de l'enfant. Il arrive que leur première demande auprès de la MDPH soit refusée, auquel cas elle représente l'année suivant un dossier bien plus argumenté.

⁶⁸⁵ C'est en lien avec leurs compétences pour réunir et traiter des informations plurielles (médicales, administratives, scolaires...) déjà mises en exergue au chapitre 3 avec l'analyse des quêtes diagnostiques.

⁶⁸⁶ D'autant qu'en plus des rééducations ordinaires recommandées dans le cadre de trouble des apprentissages (orthophonie, psychomotricité, psychologie, ergothérapie), certains parents essayent des prestations originales et distinctives (ne serait-ce que par leur coût), comme la gestalt-therapy, des programmes de gestion mentale ou encore la méthode Tomatis (programme de stimulation neurosensorielle par écoute notamment de musique classique, en vue d'« améliorer significativement les facultés motrices, émotionnelles et cognitives », Cf <https://www.tomatis.com/fr>).

⁶⁸⁷ D'ailleurs, plus les parents cumulent ces différentes pratiques décrites, plus ils se situent dans les strates supérieures des classes moyennes.

1.3. Les termes d'une collaboration heureuse familles/école : de la connivence à l'imposition

1.3.1. Au-delà des dispositifs pour les troubles des apprentissages. Des aménagements sur-mesure

Dans leur scolarité, ces enfants évoluent de façon précoce avec les dispositifs prévus pour les enfants dyspraxiques. Ils ont tous une reconnaissance de handicap de la MDPH⁶⁸⁸ et voient à ce titre leur scolarité encadrée par un PPS. Ils sont accompagnés en classe d'un ou d'une AVS⁶⁸⁹, et certains parmi les plus âgés disposent d'un ordinateur en classe. Ils ont ensuite plusieurs outils à leur disposition, préconisés par les recommandations officielles : des photocopies de cours pour leur éviter de prendre des notes, des supports de travail en format différencié (A3 au lieu d'A4, écrits en Arial 14, etc...), un allègement de la tâche écrite pour les exercices en classe, un tiers-temps pour les évaluations, etc...

Mais en demandant aux parents des détails sur les aménagements scolaires de leurs enfants, ils relatent des choses plus originales, qui ne sont indiquées dans aucune recommandation, des « petites astuces » et autres innovations :

Annabelle : enfin chaque fois je salue leur implication, leur professionnalisme... un lundi elle [l'enseignante de CE1] me dit : « Ah j'ai trouvé un truc super pour Nino ! Ce week-end je faisais mes courses et j'ai vu exactement ce qu'il faut pour Nino alors je l'ai acheté ». C'était un petit porte-couvert, vous voyez un curver en plastique pour la vaisselle, porte couteaux et machins pour faire sécher tes couverts... Elle me dit : « Il galère toujours pour trouver des trucs dans sa trousse ». C'est vrai, c'est le bordel, il y arrive pas, à mon avis parce qu'il est pas très doué quand c'est fin. Elle me dit : « Ça y est, depuis que je lui ai mis ça c'est nickel ! » La bonne femme elle a rien demandé, elle a acheté les trucs elle-même. « Je l'ai pris rouge, il aime bien le rouge »... Qu'est-ce que tu veux dire à part « merci » quoi ! Et c'est plein de petites bidouilles comme ça »

Enquêtrice : C'est quels aménagements qu'il a ?

Séverine : C'est des textes à trou, moins d'évaluation, plus de temps pour les faire... et à chaque fois que y a une consigne il va voir Ugo pour le lui découper en tâche. Parce qu'il peut pas s'organiser, tout ça. Il met en place des systèmes pour qu'il puisse mieux s'organiser dans ses cahiers, sa trousse et tout... (...)

Enquêtrice : C'est des choses qui sont écrites dans le PPS ou y a aussi beaucoup de petits aménagements à la marge ?

Séverine : Y a beaucoup de choses écrites, mais le maître fait beaucoup plus. (...) Par exemple comme Ugo a des problèmes de mémoire, il lui souligne les mots importants dans ses leçons. Comme ça moi je sais ce qu'il faut qu'il apprenne, que y a juste besoin de ça et pas de tout. Puis on se voit régulièrement, c'est comme ça qu'on a dit que la poésie et la géométrie on laisse tomber

Ce sont des outils spécifiques qui sont proposés aux enfants (comme le porte-couvert pour Nino) ou encore des organisations personnalisées du temps de classe : octroyer à l'enfant des pauses en plus de

⁶⁸⁸ Comme la majorité des enfants de l'enquête puisque seuls cinq ne l'ont pas.

⁶⁸⁹ Sauf Chloé, car, malgré la notification positive de la part de la MDPH, la famille en accord avec l'école n'a pas souhaité jusqu'à présent en faire bénéficier l'enfant, de crainte que celle-ci ne « relâche ses efforts » (Carole). Pour ces enfants, on remarque que chaque aménagement implique une réflexivité commune, et n'est jamais appliqué de façon standardisée.

celles prévues collectivement pour le groupe classe, passer du temps avec lui afin qu'il fasse à l'oral ce que les autres doivent produire à l'écrit, distinguer des notes de performances et notes de comportement, désigner un enfant tuteur qui lui prend ses devoirs, placer l'enfant à côté du bureau de l'enseignant ou du tableau, lui donner des responsabilités spécifiques (en charge des plantes, etc...) pour le valoriser... Les parents voient aussi les enseignants user de plusieurs méthodes pédagogiques afin de transmettre à l'enfant les apprentissages fondamentaux : l'enseignante de CP de Chloé a essayé des « méthodes d'orthophoniste » (« la méthode Borel avec les gestes »), Loïc a pu « rentrer facilement dans la lecture », « avec une super maîtresse. Une maîtresse qui a essayé un peu toutes les techniques pédagogiques et qui a trouvé LA technique ».

Les parents décrivent des enseignants qui ne sont pas spécialement formés aux Troubles des apprentissages (ils entendent souvent parler de dyspraxie pour la première fois avec l'enfant de l'enquête) mais qui sont impliqués, ouverts à la discussion et créatifs dans leur façon de gérer l'enfant et ses problèmes au-delà des protocoles scolaires et médicaux. Ces enseignants sont « preneurs d'info » et acceptent volontiers les informations que leur font partager les parents (informations médicales ou expérientielles) lors de discussions régulières à la sortie des classes. Ces récits nous donnent à voir des relations parents-enseignants qui tendent vers la symétrisation, là où dans des contextes plus défavorisés, les rencontres ont davantage pour objet d'obtenir l'assentiment parental, voire de glaner des informations afin de nourrir l'action des partenaires institutionnels⁶⁹⁰. Ils nous donnent aussi à voir des enseignants qui exercent pleinement leur rôle pédagogique, ne se limitant pas à seulement « bien orienter » l'enfant ni limiter ses efforts. Qu'ils soient « expérimentés » ou « jeunes et plein d'initiatives »⁶⁹¹, ils vont prendre des initiatives, tester des méthodes et outils, évaluer leurs effets, tenter autre chose... travail qui n'est jamais mis en avant dans les recommandations officielles mais valorisé par les parents qui estiment souvent que l'enseignant est le mieux placé pour savoir comment il doit agir dans sa classe, pourvu qu'il soit bien informé et ouvert. Pour les parents, le travail enseignant est une des clés du parcours scolaire heureux de l'enfant.

Parfois les aménagements « sur-mesure » sont davantage du fait des mères qui parviennent à imposer leurs exigences, comme Séverine par exemple :

Séverine : Par rapport aux évaluations, y a pas de notifications de la MDPH pour ne pas l'évaluer sur certains domaines. Jusqu'à présent c'est moi qui ai réussi à instaurer ça. Sur les évaluations parfois les enseignants tiquent un peu. Et avec qui j'en ai parlé ? Non j'avais vu une conférence où ils en parlaient, parce que justement y a beaucoup de maîtresses ou maîtres qui sont ok pour mettre en place plein de choses, mais le jour de l'évaluation c'est : « Ah non c'est une évaluation donc il faut qu'il soit évalué comme les autres ». Le gars avait pris comme exemple quelqu'un qui voit très mal, qui a des lunettes et

⁶⁹⁰ J.-P. Payet et al., « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes », art cit. Ces parents-là sont perçus comme des partenaires à qui on reconnaît une expertise, ce qui est à n'en pas douter à comprendre avec leur appartenance sociale favorisée. Pour ces auteurs, « le clivage entre parents équipés et parents peu équipés (...) constitue l'une des sources d'inégalité dans l'école moderne (Careil, 1998) ». *Ibid.*, p. 61.

⁶⁹¹ Au travers des témoignages de parents, la variable générationnelle semble peu significative. Il est cependant certain qu'on ne peut faire l'économie d'une enquête auprès des enseignants pour connaître les différentes modalités d'appropriation des dispositifs pour enfants « dys » ainsi que les formes de résistances, et les variables qui les expliquent (ancienneté dans la profession, style pédagogique, rapport à la difficulté scolaire...)

qui le jour du bac devait laisser ses lunettes de côté. Comme si pour les examens il fallait laisser toutes les béquilles de côté. Là il m'a dit qu'il fallait que je me batte pour ça. Donc j'ai remis les points sur les « i » là-dessus, il a des béquilles pour fonctionner, on ne les lui enlève jamais, même pour les évaluations quoi.

Séverine parvient à faire en sorte qu'Ugo ne soit pas évalué en géométrie ni sur les tâches de mémorisation par cœur (poésies, tables de multiplication...). « *Il n'y arrive pas, on laisse tomber ça ne sert à rien. Il fournit un effort incroyable pour augmenter ses capacités de même pas 5% ça sert à rien, c'est pas efficace du tout, autant mettre les efforts ailleurs* ». L'enseignant aurait « un peu résisté », avant d'accéder à la demande familiale. Ces aménagements qualifiés de « bon sens » par Séverine et d'autres parents peuvent remettre en cause certains principes institutionnels et professionnels pour les enseignants (en plus d'être parfois coûteux), comme l'égalité entre les enfants, ou encore le socle de compétences. Leur mise en place peut alors être conflictuelle. Pourtant ces parents-ci parviennent à faire reconnaître et appliquer les dispositifs dans leurs différentes modalités, là où c'est une tâche compliquée pour d'autres. Comment le comprendre ?

1.3.2. Être un bon partenaire : des savoir-être aux caractéristiques sociales familiales

Séverine : C'est vrai que comme moi j'ai toujours été beaucoup derrière, et que j'ai toujours poussé énormément Ugo, ils ne pouvaient pas penser que... Quand ils font la passation entre enseignants d'une année sur l'autre, à chaque fois ils disent : « On est obligés de s'adapter, elle s'investit tellement cette maman ». C'est comme ça qu'ils sont passés à chaque fois d'un maître à une maîtresse. Ils voyaient cet investissement et ils n'avaient pas envie de « laisser tomber Ugo » entre guillemets. Et voilà, aussi nous on a tous les deux une bonne situation, donc je suis sûre que ça peut jouer ce genre de situation. Donc voilà dans l'image qu'on donne on va pas être suspectés, c'est tout.

Plusieurs parents expliquent l'implication « exceptionnelle » de l'enseignant par la gentillesse de leur enfant et l'investissement parental : comment ne pas prendre soin d'un enfant volontaire dont la famille fait beaucoup de choses pour qu'il s'en sorte ? On peut comprendre autrement l'implication enseignante décrite : par la posture adéquate des parents face à l'école (celle attendue de l'institution), mais aussi leur capacité à s'y imposer.

Les aménagements scolaires qui rentrent dans le cadre des dispositifs des troubles des apprentissages suscitent régulièrement le scepticisme des enseignants, car ils peuvent être coûteux à mettre en place, demandent une charge de travail supplémentaire et perturbent parfois la marche du groupe classe (lorsqu'il s'agit d'emménager des tiers temps par exemple). De plus, ils ne leur apparaissent pas toujours adaptés au problème de l'enfant car trop standardisés (ce pour quoi ils cherchent des solutions de leur côté), et les enseignants reprochent pour ces raisons aux médecins et autres professionnels extérieurs à l'école de produire des recommandations de façon déconnectée du travail et du monde scolaire. Les mères de ce groupe semblent avoir une certaine conscience de ces enjeux de juridiction professionnelle,

et reconnaissent d'une façon qui est appréciée des enseignants le travail et les capacités d'expertise de ces derniers.

Annabelle : L'année de CE1, Nino a eu beaucoup d'aménagements de la part de sa maîtresse. Il a un PPS, et... alors ceux qui font les préconisations [les propositions d'aménagement du travail scolaire] c'est extraordinaire : c'est ceux qui ont jamais vu le gosse, c'est fort ! Et on te dit : « mais ils ont l'habitude ». Bref. Pour moi c'est débile. C'est l'enseignant qui décide, évidemment, c'est lui qui le voit tous les jours le gamin, mais qu'est-ce que c'est que ça. C'est pas une femme dans son bureau qui va dire : « oui voilà ce qu'il faut pour cet enfant... comment il s'appelle déjà ? » Ridicule.

De la même manière, les parents d'Oscar estiment que « *Mme Cousin [l'enseignante de CP d'Oscar] est la mieux placée pour savoir quoi faire et comment [au sein de la classe]. Nous on lui donne des infos mais pas plus, après c'est elle qui voit ce qu'elle en fait* ». Annabelle bat en brèche les hiérarchies professionnelles révélées et renforcées par la maîtrise inégale de l'information⁶⁹² – les soignants pouvant user du secret professionnel quand les enseignants sont sommés de partager l'ensemble de leur connaissance sur les enfants – en transmettant par exemple tous les bilans médicaux aux enseignants afin qu'ils aient toutes les clefs en main. « *Je trouve que ce n'est pas normal cette omerta épouvantable sur le secret... non mais qui c'est qui se le tape tous les jours le gamin !!* ». Elle prend de plus soin de « *mettre à l'aise* » les enseignants avec la gestion de Nino en classe, en anticipant sur leurs difficultés et en les décomplexant sur les problèmes qu'ils rencontreront.

Annabelle : Mais là je trouve que les parents sont trop repliés sur eux-mêmes. Nous on l'a dit plusieurs fois à Mr Truchot [l'enseignant] : « Quand il vous emmerde Nino, mettez-le dans une autre classe ! C'est pas parce qu'il est dys-truc qu'il faut le lui épargner ». Ils font ça dans cette école, ça soulage le groupe classe et l'enseignant, et ça fait une petite pétoche pour l'enfant. Et c'est aussi une règle de vie sociale quoi, « tu emmerdes pas le peuple ». Et ça je pense que ça les décomplexe un peu qu'on leur dise ça, parce qu'ils peuvent pas dire : « Nino me sort par les trous de nez », alors il faut le dire à leur place. Ça libère la parole, après l'enseignant il me dit davantage les choses, et ça me paraît bon. Nino en forme il est content alors il chante, après tu le grondes alors il pleure. (...) Il faut leur laisser des portes ouvertes les instits sinon on va dans le mur.

Ces mères ont une haute estime du travail de l'enseignant et appellent chacun à « rester dans son rôle », qu'il s'agisse des médecins, des enseignants et des parents.

Enquêtrice : *Moi j'ai entendu des discours beaucoup plus virulents envers l'institution scolaire.*

Irène : Moi non, moi j'ai eu une institution scolaire très bien. Attention, mais aussi parce qu'il faut... on n'est pas des prescripteurs, on n'est pas des pédagogues, on est des parents. Chacun son rôle. Et moi dans ma position j'ai toujours été très respectueuse de la profession et du rôle de l'enseignant. Donc je

⁶⁹² Comme l'a montré Tristan Renard, les enjeux autour du secret professionnel et plus généralement du partage de l'information deviennent saillants lorsque des nouveaux dispositifs entraînent la collaboration de différents groupes professionnels autour de la prise en charge d'un même public. La circulation (bien souvent inégale) de l'information devient dans ces cas une porte d'entrée pour analyser les rapports de force, les équilibres, les tensions et les coopérations entre groupes professionnels en présence. T. Renard, *Le secret professionnel dans les rapports santé et justice : normes juridiques et normes professionnelles*, Nantes, 2013. Il est intéressant de noter ici que les parents participent de la circulation d'informations entre les groupes professionnels, atténuant peut-être les hiérarchies et apparaissant par-là comme de réels partenaires des prises en charge.

lui ai pas dit : « Faut faire ça et ça pour ma famille ». Ça a toujours été un échange autour de « qu'est-ce qu'on peut faire au mieux », de ma part comme de celles des enseignants.

Enquêtrice : *D'autres parents ont d'autres façons d'interagir avec l'école ? Peut-être plus « rentre-dedans » ?*

Irène : Moi j'aime pas ça, je pense qu'on n'arrive à rien comme ça. Après moi j'ai toujours été de l'Education Nationale⁶⁹³, les enseignants je connais, je sais comment ça marche. C'est des gens avec qui je travaille, je sais comment les prendre si vous voulez. J'ai cette psychologie pour pouvoir interagir avec eux.

Dans ces extraits, les mères décrivent les « bonnes manières » avec laquelle on doit interagir avec l'institution en tant que parent (ce qu'Irène nomme « avoir la psychologie »), déplorant l'attitude des parents virulents « *qui sont dans une colère qui ne va pas les aider* » (Annabelle) et tenant à se dissocier des discours généraux anti-enseignants ou anti-école. « *C'est pas possible que j'ai eu que des bons [enseignants] et que les gens en face aient eu que des mauvais. C'est pas possible. (...) C'est vrai que c'est super douloureux d'avoir un gamin qui t'inquiète quoi ! Mais moi j'ai fait le ménage devant ma porte et ça je le recommande, c'était très utile* ». Ainsi, entretenant de bons rapports avec l'institution et ses enseignants, ils peuvent trouver suspects les récits de parents qui cumulent les mauvaises expériences. Ils les appellent au calme et à la discussion « tranquille », au respect des points de vue de chacun.

Leurs discours font fi des différences de traitements que l'école entretient avec ses différents publics – on verra par exemple que tous les parents n'arrivent pas à faire reconnaître le trouble cognitif comme à l'origine des difficultés scolaires de leur enfant –, et les savoir-faire relationnels décrits par les mères (les relations harmonieuses qu'elles tissent avec l'institution scolaire) tiennent, davantage qu'à leur caractère psychologique et leur humilité morale, à leur connivence avec le système scolaire dont elles connaissent les principaux mécanismes de fonctionnement. Elles présentent des valeurs, des conceptions éducatives similaires à celles des enseignants, ainsi qu'un langage culturel et social équivalent, ce que l'on peut comprendre du fait qu'ils proviennent et évoluent dans des milieux sociaux similaires ou proches. Elles font partie de ces parents qui viennent facilement dans les établissements, s'y investissent aisément, et sont en général perçus positivement par les enseignants qui ont du plaisir à les rencontrer. Et si les enseignants proposent une prise en charge qui ne va pas dans le sens de celle souhaitée, elles ont les ressources nécessaires pour contourner la difficulté sans que les relations ne se crispent. En effet, si les parents décrivent de bonnes relations à l'institution c'est aussi parce qu'ils arrivent à y imposer leurs demandes. Ils apparaissent comme beaucoup de leurs homologues des classes moyennes en capacité de faire des « choix » et d'imposer aux enseignants certains dispositifs pour maintenir leurs enfants dans le cursus ordinaire⁶⁹⁴ ; par certaines de leurs pratiques, ils se rapprochent même des pratiques de « domestication

⁶⁹³ Irène est en fait dans le cadre de son travail en lien avec des enseignants-chercheurs puisqu'elle est directrice d'un service de ressources humaines dans un institut de recherche public.

⁶⁹⁴ J.-P. Payet, *Ecole et familles. Une approche sociologique*, De Boeck, 2017.

des enseignants »⁶⁹⁵ par les classes supérieures, à savoir leur capacité à peser et à imposer leurs normes dans la relation avec les enseignants.

1.3.3. Négocier ou s'imposer à l'école

1.3.3.1. *Instaurer un rapport de force favorable dans les négociations*

Pour s'imposer à l'institution, ces familles donnent à voir différentes stratégies. En premier lieu, elles négocient les aménagements de scolarité directement avec les enseignants, comme par exemple Séverine qui parvient à faire valoir l'absurdité et donc l'annulation de certaines évaluations (tables de multiplication, récitation de poésie...). Lorsque la discussion duale ne leur permet pas d'obtenir gain de cause, elles actionnent rapidement d'autres leviers.

On pense par exemple à Laurence qui s'est vu refuser l'intervention de l'ergothérapeute sur le temps scolaire « *pour une histoire de locaux, d'assurance, de responsabilité* ». Laurence, sachant que les dispositifs du handicap lui octroient légalement cette possibilité, sollicite un rendez-vous avec la directrice de l'école afin de passer outre le refus enseignant :

Laurence : Je voulais que ça aille vite. Après si ça avait coincé je me serais bougée par rapport à ça et je serais allée voir plus haut [dans la hiérarchie de l'Education Nationale]. J'ai dit plutôt à la directrice « peut-être qu'on est pas obligés de faire remonter ça à l'inspection d'académie, il faut huit mètres carrés, une prise, c'est pas très compliqué quoi. (...) Voilà, je me suis un peu imposée auprès de la directrice, car c'est beaucoup plus simple quand l'ergothérapeute se déplace à l'école, et c'est très bien car elle peut faire le lien avec l'AVS qui vient en fin de séance, et avec les enseignants aussi⁶⁹⁶.

Les parents connaissent leurs droits et leurs options, parce qu'ils font partie de ces classes renseignées qui vont s'informer sur les mondes qu'ils traversent (en l'occurrence ici les mondes scolaires et du handicap), et pour les moins dotés d'entre eux parce qu'ils ont investi l'espace associatif en vue de peser dans les négociations scolaires. C'est le cas de Francis, Irène et Chloé, qui en tant que responsables d'associations départementales (de trois associations différentes) connaissent l'ensemble des dispositifs disponibles sur leur territoire (écoles et classes dédiées, outils pédagogiques, professionnels spécialisés...) et savent aussi les obtenir « plus vite » que les autres. Francis a par exemple grâce au « *piston* » (selon ses propres termes) obtenu un SESSAD pour son fils deux mois après sa demande lorsque les délais d'attente

⁶⁹⁵ *Ibid.*

⁶⁹⁶ Face à cette même situation, Annabelle a fait le choix immédiat de changer d'établissement avant que les relations avec l'école, jusqu'alors très bonnes, se tendent. « C'est la directrice, je lui en veux pas hein... mais elle représente l'Education Nationale dans tout ce qu'elle a de super rigide et pas du tout différenciant ». Cette recherche se fait sur un territoire étendu (elle visitera d'ailleurs 16 établissements) afin de « trouver le meilleur », et sans contrainte de déplacement domicile-école puisqu'ils décident de déménager par la suite au plus près de l'école choisie (ce qui leur ouvre la possibilité de déjouer facilement la carte scolaire). Ces pratiques de choix scolaires, nécessitant une aisance économique autant qu'une bonne maîtrise du marché scolaire, révèle l'appartenance des familles aux strates supérieures de l'espace social.

étaient alors d'un an ou deux dans la ville où il réside. « *L'avantage c'est que je connaissais tout le monde dedans [dans la commission décisionnaire], donc j'ai eu ce que je voulais* »⁶⁹⁷.

Les récits de ces parents sur la gestion de la scolarité de leur enfant dyspraxique révèlent qu'ils maîtrisent l'ensemble de la chaîne des recours, de la simple négociation avec l'enseignant à la procédure juridique. Ils ont de plus la connaissance des codes institutionnels qui leur permet de réagir à la « juste mesure » aux obstacles qui surviennent dans leur parcours : solliciter le rectorat ou l'inspection d'académie « trop tôt » (pour un simple désaccord avec un enseignant...) peut par exemple être perçu par la hiérarchie de l'Education Nationale comme le signe d'un parent hargneux et donc d'un mauvais partenaire.

Les parents apparaissent donc armés dans les négociations avec l'école en cas de tensions ou de différend, mais c'est plus encore en anticipant les conflits que les parents parviennent à les éviter. Les parents n'hésitent pas à se tourner vers d'autres établissements lorsqu'ils rencontrent des blocages.

1.3.3.2. *Anticiper : choisir son école pour choisir les conditions de scolarisation*

L'allongement des études et la massification scolaire à l'œuvre depuis les années 1960 se sont accompagnés d'une complexification du système scolaire français ainsi que d'un renouvellement des processus de tri des élèves, en interne par filiarisation davantage que par exclusion. Se maintenir dans les filières les plus nobles et les plus qualifiantes suppose « une maîtrise du temps long, c'est-à-dire une capacité à anticiper les effets induits par les "choix", mais aussi les renoncements successifs ponctuant les parcours. L'enjeu de l'orientation consiste, en effet, à se saisir de l'espace de jeu que représente l'offre scolaire pour la convertir, de façon stratégique, en un espace de choix (Berthelot, 1983). Il s'agit par conséquent de passer d'un temps subi à un temps anticipé, planifié, négocié »⁶⁹⁸. Et ce d'autant plus pourrait-on dire que surviennent des difficultés scolaires qui constituent un critère majeur de mise à l'écart progressive des élèves.

Toutes les familles de l'enquête projettent dès l'origine leurs enfants dans les études supérieures. Ces neuf familles ont conscience très tôt des enjeux autour du maintien de l'enfant en milieu ordinaire, et évoquent pour la plupart d'entre elles le lycée et la réussite au baccalauréat alors que l'enfant est encore en

⁶⁹⁷ Dans le cadre de son militantisme, Francis côtoie de nombreux professionnels et institutions. Il travaille à leur côté (au sein des CDAPH* ou de groupes de travail), pour autant, considérant que la loi de 2005 mettait trop de temps à être appliquée (notre entretien date de 2012 lors de mon Master), il a pu mettre l'académie une ou deux fois devant le tribunal administratif. Son association travaille avec un avocat et ils n'hésitent pas à « *s'en servir* » si la loi n'est pas appliquée malgré les requêtes parentales. « *Des fois, il suffit juste d'envoyer un courrier à l'avocat pour faire avancer ces choses-là* ». * Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. La CDAPH est un organisme des MDPH qui « décide des droits de la personne handicapée. Elle se fonde sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé. Cette Commission évalue le taux d'incapacité de la personne handicapée, attribue la prestation de compensation, reconnaît la qualité de travailleur handicapé, et se prononce sur les mesures facilitant l'insertion scolaire. (...) La CDAPH est composée, pour un tiers de ses membres, de représentants de personnes handicapées et de leurs familles. » <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/la-commission-des-droits-et-de-l-autonomie-des-personnes-handicapees>

⁶⁹⁸ P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit., p. 143.

primaire. C'est pour François Héran « un signe d'ambition⁶⁹⁹ manifeste » lorsque de nombreuses familles estiment qu'il est « trop tôt pour y penser »⁷⁰⁰.

Marie : J'ai peut-être été dure avec Franck, mais moi j'ai toujours soutenu les instits. J'ai sûrement eu de la chance aussi, mais... pour le collège, attendez, avant de faire... moi j'ai choisi le collège dans lequel irait Franck, j'ai visité quatre établissements ! J'ai eu des rendez-vous avec quatre directeurs, j'ai expliqué le handicap de Franck et j'ai demandé : « Qu'est-ce que vous pouvez m'apporter ? » Moi j'arrivais avec une demande très précise : « Franck a un ordinateur et il écrit tout sur ordinateur ». Le 4^{ème} établissement ça l'a fait, on voyait leur volonté de travailler ensemble, de travailler avec la famille.

Laurence : Les rapports avec les enseignants ont été très bien. Tout le primaire [Amèle est en 6^{ème} lors de l'entretien avec sa mère].

Enquêtrice : *Personne n'a remis en cause le diagnostic de dyspraxie ?*

Laurence : Non, aucun enseignant n'a remis le diagnostic en doute. Je sais que pour d'autres enfants oui, mais là pas du tout. Mais après ça a été pris très tôt aussi. Et moi j'ai toujours anticipé avec les enseignants des années suivantes. Par exemple, en grande section [de maternelle] avec l'enseignante on a rencontré les trois enseignants potentiels de CP, on leur a parlé d'Amèle, et du coup c'est l'enseignant qui s'est un peu porté volontaire pour avoir Amèle dans sa classe. Lui, il avait pas de souci à avoir une AVS dans sa classe. On anticipait beaucoup les rentrées, le terrain a toujours été très bien préparé. Après on s'est toujours dit que s'il y avait un gros souci au niveau de l'enseignement, si Amèle n'avait pas été bien, on aurait été prêts à changer d'établissement.

Conscientes des risques encourus par leur enfant avec la survenue de difficultés durables dans les apprentissages, elles usent de différentes stratégies afin de prévenir une éventuelle mise à l'écart.

Craignant particulièrement les réticences enseignantes et leur manque de formation au sujet de la dyspraxie, elles vont chaque début d'année à la rencontre des enseignants pour leur expliquer le fonctionnement de l'enfant et les aménagements de scolarité nécessaires à mettre en place. Elles anticipent même parfois davantage en choisissant l'enseignant (lorsque l'école comprend plusieurs classes d'un même niveau⁷⁰¹) ou même l'établissement où sera scolarisé l'enfant, regardant l'offre disponible dans le domaine privé comme dans le public – Annabelle avait par exemple décidé de déménager pour positionner le domicile familial dans le secteur de l'école de son choix. Ces pratiques de prospection d'établissement interviennent très largement avant d'avoir rencontré des obstacles dans l'établissement de provenance⁷⁰², et sont guidées par l'idée de la recherche « du meilleur » pour l'enfant : les mères recherchent les structures qui « *connaissent les enfants "dys"* », qui sont « *ouvertes* », « *volontaires* », attentives aux spécificités de

⁶⁹⁹ Ambition que l'on préfère penser en termes de connaissance et maîtrise des enjeux scolaires, car c'est davantage cela qui distingue les familles qu'un désir d'études longues et réussies.

⁷⁰⁰ F. Héran, « École publique, école privée : qui peut choisir ? », *Économie et Statistique*, 1996, 293, 1, p.34.

⁷⁰¹ Par contraste, d'autres parents n'ont pas opéré de choix et se sont montrés déçus des décisions prises par l'école dans ces mêmes configurations : ils regrettent par exemple que leur enfant ait été intégré dans la classe de niveau double (CE1-CE2 par exemple) ou celle tenue par deux enseignants (l'un ayant par exemple une décharge de direction sur une journée) alors qu'ils auraient voulu plus de stabilité pour l'enfant.

⁷⁰² « Les clashs avec l'école je m'attends à ce que ça vienne, j'espère pas, mais... Surtout au collège en fait, c'est une grosse structure, y a beaucoup de profs différents... En plus à Voltaire y a déjà eu une histoire où le prof refusait de mettre en place le pps décidé par la MDPH (...) voilà nous des histoires comme ça on est prêts à contourner aussi hein » (Stéphanie, mère d'Oscar, alors scolarisé en CP). Les « histoires » entendues jouent un rôle important dans les anticipations de ces parents qui n'ont pas connu l'éviction ni la maltraitance scolaire.

l'enfant, qui acceptent les exigences parentales (ordinateur en classe, effectifs restreints, pas de changement de salle de classe, absentéisme ponctuel...) et plus largement manifestent une « *volonté de travailler avec les parents* » et de les considérer comme des acteurs légitimes du suivi. Elles cherchent des garanties que l'enfant aura une prise en charge adaptée et qu'elles ne perdront pas elles-mêmes de temps et d'énergie à devoir expliquer le trouble cognitif aux enseignants. « *Je préfère mettre Ugo dans le privé au collège, parce que à Montvallant y a une classe spécialisée, ils connaissent. (...) Là [dans l'école primaire publique de secteur] ça va parce que j'ai qu'un maître à manager ! Mais quand y en a dix... il vaut mieux qu'ils sachent un peu déjà quoi* ».

Elles cherchent également des établissements qui se proposent d'encadrer de près les scolarités et les comportements des enfants, ce qu'elles font elles-mêmes dans la sphère domestique : elles apprécient le continuum dans les valeurs et les pratiques éducatives entre l'école et la maison. Là où pour les familles d'origine sociale populaire le partenariat résonne comme une forme d'imposition douce des conditions scolaires à la famille⁷⁰³, ces parents-là parviennent à investir pleinement la collaboration avec l'école en participant à l'élaboration des objectifs autant que des conditions de scolarisation.

Finalement, de la même manière qu'ils mettent en concurrence les professionnels de santé et de la psychologie, ces parents mettent en concurrence les enseignants et les établissements scolaires. S'ils s'entendent bien avec l'école et ses enseignants c'est aussi parce qu'ils les ont choisis.

La mise en concurrence des établissements par les parents, et plus globalement leur « contrôle de type managérial des scolarités »⁷⁰⁴ par anticipation et planification, est le signe de leurs ambitions scolaires autant que de leurs ressources économiques et socio-culturelles⁷⁰⁵, et, finalement, de leur position dans l'espace social. Les neuf mères de ce groupe ont connu des scolarités propres longues (entre Bac+2 et Bac+6) et décrites régulièrement comme heureuses, celles des pères sont plus contrastées (ce qui est généralement le cas parmi les familles enquêtées) mais un seul n'a pas le bac et cinq d'entre eux ont fait des études longues (entre Bac+3 et Bac+10). Si plusieurs familles considèrent les troubles « dys » comme héréditaires car répandus sur plusieurs générations familiales (au moins dans l'une des lignées), ce n'est pas le cas de ces neuf-là qui considèrent plutôt la survenue du trouble dans leur famille comme une « aberration », un « accident ».

C'est « naturellement » que ces familles projettent leur enfant dans les études supérieures. Lorsqu'il rencontre des difficultés dans les apprentissages scolaires, les mères sont souvent désarçonnées

⁷⁰³ P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit. Selon l'auteur le partenariat suppose un accord sur les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre : or, les familles populaires sont absentes de la réflexion sur les finalités et les objectifs éducatifs et pédagogiques de l'école. Je remarque que certaines des familles de l'enquête – les mieux dotées – parviennent elles à définir aux côtés des enseignants les missions pédagogiques de l'école en ce qui concerne leur propre enfant.

⁷⁰⁴ P. Gombert et A. van Zanten, « Le modèle éducatif du pôle "privé" des classes moyennes : ancrages et traductions dans la banlieue parisienne », *Education et sociétés*, 2004, no 14, 2, p. 67-83.

⁷⁰⁵ F. Héran, « École publique, école privée », art cit ; A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit. Ces parents se rangent sans hésiter dans la catégorie des « choisissants » ou « choosers ».

(elles ne pensaient pas devoir gérer un jour la problématique des difficultés voire de l'échec scolaire) mais leurs ambitions ne chutent pas, ce qui les distingue des familles de milieux populaires qui observent plus rapidement une attitude de découragement⁷⁰⁶, l'échec de l'enfant renvoyant avec fatalité aux échecs passés des parents et membres de l'entourage.

Ces parents entretiennent donc un rapport de connivence avec l'institution scolaire qui peut évoluer chez certains vers des rapports de domestication, lorsqu'ils demandent à contrôler l'espace scolaire pour satisfaire leurs intérêts individuels et usent entre autres de pratiques de mise en concurrence des structures et agents scolaires⁷⁰⁷. Ce qui, on l'a dit, est en lien avec leur appartenance aux classes moyennes et à leurs fractions supérieures pour certains. On peut alors se demander ce que vient changer la survenue du handicap cognitif dans ces familles qui semblent déjà maîtriser l'espace scolaire ? Sans le diagnostic de dyspraxie, ces parents-là n'auraient-ils pas su gérer la survenue des difficultés chez leur enfant, et négocier un traitement scolaire favorable ? J'envisage ici le diagnostic et les dispositifs associés comme un « filet de sécurité » pour les familles, alors que l'incertitude fait irruption dans une trajectoire qui s'annonçait prometteuse.

1.4. Le diagnostic comme « filet de sécurité » : un levier d'action de plus pour les mieux dotés

Le parcours de Simon analysé dans le chapitre précédent nous rappelle que les parcours et les destins restent à chaque étape ouverts. Pris dans une dynamique de relégation scolaire, il s'en est extrait alors que les dés semblaient jetés, d'un point de vue statistique mais aussi scolaire. Les enfants de ce groupe ont vite été mis dans les rails de l'inclusion scolaire mais il ne faut pas oublier que pour certains, les premières années de scolarisation ont généré beaucoup d'incertitudes médicales et scolaires. Le diagnostic de dyspraxie a établi un ordre de marche qui a éliminé tôt d'autres carrières qui se présentaient jusqu'alors comme possibles.

1.4.1. Des débuts de trajectoires incertains : l'importance du diagnostic précoce

Dès sa confrontation à l'institution (en crèche), Loïc inquiète les professionnels. L'école maternelle puis le CMPP sont également inquiets du développement de l'enfant, au point qu'ils doutent de façon précoce d'une scolarisation possible en milieu ordinaire.

⁷⁰⁶ M. Duru-Bellat et J.-P. Jarousse, « Le masculin et le féminin dans les modèles éducatifs des parents », *Economie et Statistique*, 1996, 293, 1, p. 77-93.

⁷⁰⁷ Ça n'est toutefois jamais un rapport de domestication total, les parents restant malgré tout respectueux du rôle de l'enseignant qu'ils estiment « maître dans sa classe », et ne formulent pas de discours de supériorité à leur égard.

Catherine : Aux premières réunions qu'on a eues [en moyenne section de maternelle], c'était : « Il ne pourra pas aller en grande section ». D'emblée, y avait la psychologue scolaire et le médecin scolaire qui disaient : « S'il continue comme ça il ne pourra pas aller en CP ». Ils attendaient de voir comment il allait évoluer, mais en tout cas il ne pourrait pas aller en CP ordinaire. (...) C'était assez chaud au début. Y a quand même eu toute une période où on s'est dit : « Est-ce qu'il va pouvoir aller en CP ? » En milieu ordinaire quoi... on se demandait s'il fallait l'orienter vers les CLIS ou des classes spécialisées. Voire même un IME, y a eu tout un questionnement sur l'IME. Pour nous c'était hors de question, même la CLIS. On s'est dit si on peut éviter... On avait pas le choix, il fallait vraiment faire quelque chose. (...) Je pense que c'était un risque qui existait vraiment [la sortie de l'école ordinaire]. Si on n'avait pas mis en place tous ces suivis, s'il y avait eu une forme de démission parentale, à un moment donné, je pense que Loïc aurait pu finir en échec scolaire.

Tôt, les professionnels préparent les parents à la possibilité de l'éducation spéciale en leur parlant de la CLIS et même d'un IME. A la différence de la famille Andrieu, la famille de Loïc obtient précocement le diagnostic de dyspraxie pour l'enfant (lors de la moyenne section de maternelle), et va faire jouer ce diagnostic pour imposer une autre compréhension des difficultés et des besoins de l'enfant. « *Déjà on était moins culpabilisés parce qu'on pouvait dire : "la dyspraxie c'est neurologique, c'est pas psychologique", "l'enfant il veut mais il peut pas, et pas l'inverse"... et jusqu'à présent ce qu'on avait entendu, c'était que nous les parents on était pas trop dégourdis* » (Catherine). Les réunions avec l'école pour parler de la situation et du devenir de l'enfant se font alors dès le départ avec les professionnels spécialistes de la dyspraxie (une ergothérapeute puis une orthophoniste), professionnels qui les aident à imposer cette grille de lecture des difficultés de l'enfant – qui sera finalement bien acceptée des agents scolaires. L'équipe éducative décide donc, conformément aux dispositifs du handicap cognitif – encore balbutiants en 2007 – de mettre en place des rééducations techniques axées sur le développement des compétences cognitives et motrices de l'enfant (en abandonnant le versant thérapeutique) tout en maintenant l'enfant en milieu ordinaire.

Les parents et les professionnels observent vite de gros progrès chez l'enfant avec les séances d'ergothérapie, d'orthoptie et d'orthophonie. Loïc reste en décalage avec les autres enfants de sa classe sur plusieurs plans, mais progresse chaque année et la question de sa sortie du milieu ordinaire n'est plus jamais abordée par l'école. Lors du deuxième entretien réalisé avec les parents, Loïc est en 5^{ème} et obtient « *des résultats tout à fait honorables. Même si on est loin de la tête de classe et d'avoir 18 partout, on est à 12, 13, 14, 11... selon les disciplines* » (Catherine).

Cette famille dispose d'un ensemble de ressources qui ont facilité le maintien de Loïc en milieu ordinaire, comme vu précédemment. Mais c'est aussi l'obtention précoce du diagnostic qui a permis ce type de scolarité pour Loïc, en fournissant aux parents un discours (Loïc devient capable et légitime à fréquenter l'école ordinaire), des alliées (les rééducatrices) ainsi que des dispositifs d'inclusion (qui ne sont pas garantis pour tous types difficultés scolaires). Le diagnostic écarte la possibilité d'une mise à l'écart scolaire, en même temps qu'une responsabilisation parentale.

On retrouve les mêmes incertitudes dans le cas d'Oscar pris tôt en charge par un CMPP (en moyenne section de maternelle) et pour qui même les parents viennent à douter d'une maladie mentale ;

ou encore Sophie considérée comme « *une enfant débile* » par son enseignante de CP. « *Elle disait qu'elle relevait de l'IME et pas de la scolarité normale, et qu'on pourrait jamais rien en faire, et qu'elle avait pas sa place dans la scolarité ordinaire* ».

En réduisant l'incertitude, le diagnostic de dyspraxie ferme aussi la porte à certaines carrières pour ces enfants précocement en grande difficulté d'apprentissage. Howard Becker nous incite à comprendre les choses comme n'étant ni parfaitement aléatoires, ni absolument déterminées : il y a à chaque étape un « peut-être ». Dans son ouvrage *Outsiders*, il met l'accent sur l'implication des événements en termes de trajectoires ou de carrières : « On peut appeler "contingences" les choses dont dépend l'étape suivante et dire que le fait que l'événement A soit suivi de l'événement B plutôt que C ou D est contingent d'une chose X »⁷⁰⁸. Dans ces parcours d'enfant, on peut considérer que le fait qu'une entrée difficile dans la scolarité et ses apprentissages (A) soit suivie d'un mode de scolarisation ordinaire inclusif (B), découle avant tout de l'irruption du diagnostic de dyspraxie (X).

L'obtention précoce n'est pas une condition suffisante pour comprendre la fluidité des parcours et la collaboration heureuse entre les partenaires, mais c'est un facteur favorisant. Par la suite, les professionnels médicaux et « psy » sont utilisés par les parents comme un « filet de sécurité »⁷⁰⁹, un appui pour maintenir l'enfant scolairement à flot.

1.4.2. Les domaines d'intervention des agents de la psychologie et de la rééducation

Les parents disent avoir été aidés par la découverte du diagnostic de dyspraxie, en ce qu'il leur a servi à mieux comprendre l'enfant et à éloigner les discours culpabilisants. Mais c'est plus encore par les professionnels impliqués qu'ils disent s'être sentis soutenus. D'ailleurs, lorsque le diagnostic leur était annoncé sans ménagements ni proposition particulière, celui-là pouvait leur faire l'effet d'une « *douche froide* » (comme Marie qui l'apprend par le neurologue du CRTLA), et être déstabilisant. Bien plus que les médecins, ce sont les psychologues et les rééducateurs (psychomotriciens, orthophonistes et ergothérapeutes) qui sont cités par les parents comme étant ou ayant été d'une grande aide dans leur parcours à plusieurs plans : pour aider l'enfant à être plus autonome et progresser scolairement, améliorer la qualité de la vie familiale, les soutenir dans la mise en place de conditions de scolarisation optimales, les appuyer dans leurs négociations avec l'école et la MDPH. Si ces familles sont proches de la culture et des attentes scolaires, la participation des spécialistes de la dyspraxie a renforcé leurs atouts.

⁷⁰⁸ H.S. Becker, *Outsiders*, op. cit.

⁷⁰⁹ D'après une notion de la sociologue états-unienne Heather Beth Johnson (dans son ouvrage *The American dream and the power of wealth : choosing schools and inheriting inequality in the land of opportunity*) reprise par Agnès Van Zanten. A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit.

1.4.2.1. Rééduquer l'enfant ou le scolariser

C'est tout d'abord en faisant travailler l'enfant sur plusieurs de ses compétences faibles que les rééducatrices ont constitué un appui dans ces parcours : elles ont aidé à le rendre plus autonome dans son organisation, plus concentré, à améliorer son graphisme ou encore à lui donner des stratégies de travail qui lui permettent de contourner ses difficultés (insister sur la bonne mémoire auditive pour compenser une mauvaise tenue des cahiers, etc...). Elles ont finalement aidé à « scolariser » l'enfant, à le rendre scolaire, adapté aux règles de classe et plus performant :

Séverine : De la grande section au CE1, c'est la psychomotricienne qui lui a appris à écrire, c'est pas l'école. En classe, on travaille pas vraiment l'écriture [la calligraphie], puis lui, il apprend pas comme les autres, c'est toute une technique. Il lui faut des feuilles spéciales, pas comme les autres. Maintenant il écrit de façon lisible quand il fait des efforts, mais comme il a de gros troubles de l'attention en parallèle... tous les ans on fait un bilan voir comment il progresse. Et en fin de CP il était presque dans la normalité niveau écriture.

Irène : Et pendant ce temps-là on est en attente de visite à l'ASEI et rien ne se passe [Sophie a 4 ans et les retours de l'école sont alarmistes depuis plusieurs mois]. Et je rencontre cette orthophoniste Valérie Boissard qui fait un bilan et qui nous dit : « y a un vrai trouble du langage, le langage se met pas en place, il va falloir le mettre en place ». C'est la première qui nous tient ce type de discours. Et c'est toujours l'orthophoniste de Sophie aujourd'hui, ça fait 12 ans. Et si Sophie en est là où elle en est aujourd'hui, je pense que c'est beaucoup grâce à elle.

Tous les parents insistent sur les bienfaits des rééducations dans le développement de l'enfant, dès les premières années concernant par exemple l'habillage, le maniement des objets, ou encore son langage, et plus tard dans le développement de ses capacités scolaires. Il ne fait pas de doute pour eux que ces rééducations (en psychomotricité, orthophonie, ergothérapie et orthoptie) ont permis à leur enfant de se maintenir à distance raisonnable des attendus scolaires. L'évolution des retours enseignants (transmis par les parents) abonde en ce sens, car les jugements parfois alarmistes de début de scolarité disparaissent au fur et à mesure des années. On pense à Loïc ou Sophie qui s'étaient vu proposer une CLIS voire un IME en maternelle : la pertinence de leur intégration en milieu ordinaire n'est par la suite plus mise en doute, et leurs notes sont correctes voire franchement bonnes.

Les rééducateurs de la dyspraxie organisent leurs rééducations en fonction des demandes et des temporalités scolaires, comme nous l'avons vu avec Claire Costes au chapitre précédent, et de façon plus générale au chapitre 2.

Séverine : Fin CP il était dans la normalité presque niveau écriture, donc on avait arrêté [de travailler le graphisme dans les séances de psychomotricité] pour travailler surtout l'attention et la concentration. Parce qu'on s'est rendu compte à la fin du CP qu'il avait un gros trouble attentionnel, et on a démarré un traitement [médicamenteux] début CE1. Ça peut s'améliorer avec le temps, surtout que la psychomotricienne travaille beaucoup ça maintenant. Elle a travaillé que ça en CE1, puis là elle fait ça et aussi écriture. Vu qu'on avait arrêté l'écriture y a eu une grosse baisse de niveau donc on reprend.

Enquêtrice : *Et les professionnelles, elles fonctionnaient par compétence ? Un moment l'attention, un moment le graphisme...?*

Benoît : Ça n'a pas été si thématique que ça. Ce n'était pas vraiment par compétence mais plutôt... par rapport à ce qu'on sentait qui pouvait l'aider ou lui faire du bien à l'instant t. Par les renvois qu'on nous faisait aussi. Par exemple l'entrée dans la lecture ça a été difficile. Alors on nous a dit : « Là tiens ce serait bien de faire un peu d'orthoptie, au moment d'entrer dans la lecture, c'est bien de coordonner les yeux ». Donc il a fait deux fois vingt séances d'orthoptie.

J'ai pu m'entretenir avec la psychomotricienne d'Ugo, Marlène Griffon, qui le suit depuis l'âge de 4 ans – et encore à 10 ans, âge auquel je rencontre M. Griffon. Elle confirme ce fonctionnement par compétence : « *il y a tellement de choses à travailler avec Ugo qu'on est obligé de travailler par tranche : une compétence à la fois pendant un certain temps* ». Elle se dit « *très sensible* » à la demande parentale ainsi qu'aux discours des enseignants, souhaitant rendre avant tout la vie scolaire et la vie familiale plus aisées. L'enjeu scolaire des rééducations est recherché par les parents et valorisé par les professionnelles : on peut dès lors les considérer comme des dispositifs de remédiation scolaire, au même titre que le coaching scolaire, les aides scolaires à domicile ou encore les dispositifs associatifs périscolaires, et les intégrer aux analyses sociologiques sur le thème.

Ces rééducations techniques s'intègrent à une dynamique de scolarisation de l'existence telle que nous l'avons vue au point 1.2.2.2., où la vie de l'enfant et les différentes activités sont organisées par les parents en vue d'améliorer ses performances et de normaliser ses comportements. Les rééducatrices peuvent être à l'origine de ce mode vie, lorsqu'elles conseillent aux parents de proposer à leur enfant des activités jugées à forte rentabilité développementale ou scolaire (cirque, natation, équitation, théâtre...).

Le travail sur l'enfant, sa normalisation scolaire et le travail de ses compétences participent sans aucun doute à rendre plus fluides les scolarités des enfants, par la réduction de l'écart de l'enfant aux attentes et exigences de l'école. C'est aussi par la facilitation des relations familles/école que les professionnelles du soin œuvrent au déroulement d'une scolarité sans heurts. En effet, elles ne limitent pas leur action au cabinet comme nous avons pu le voir au chapitre précédent au travers de l'exemple de Claire Costes.

1.4.2.2. *Désamorcer les conflits entre les familles et l'école*

Les dispositifs à destination des enfants « dys » sont hybrides en ce qu'ils comprennent des séances de rééducation chez des spécialistes privés et des aménagements de la scolarité. Ces aménagements ne sont pas toujours appréciés ou souhaités des enseignants, parce qu'ils représentent une charge de travail supplémentaire (produire des supports de cours, individualiser l'enseignement) mais surtout parce qu'ils ne les jugent pas toujours pertinents (car pas adaptés à ce qu'ils estiment être les difficultés de l'enfant) voire contraires à l'idée qu'ils se font de l'école de la République, en introduisant de

l'inéquité entre enfants : l'allègement de tâches peut leur apparaître comme un traitement de faveur injuste en ce que les autres enfants en difficulté n'en bénéficient pas⁷¹⁰.

Les aménagements de scolarité pour les dyspraxiques apparaissent pour ces raisons parfois « contre-nature » aux enseignants, et bien que la scolarité des enfants de cette catégorie se déroule globalement bien, avec un travail partenarial entre la famille et l'école, certains heurts ont pu être observés, mais aussi vite désamorçés par l'intervention des professionnelles de la rééducation. Séverine a par exemple eu quelques difficultés à faire accepter aux enseignants que l'AVS d'Ugo l'aide lors des évaluations (pour effectuer la tâche écrite), ou encore de ne plus l'évaluer sur l'apprentissage par cœur des poésies et des tables de multiplication, jugé « impossible pour lui » – ses résultats sont très mauvais et il ne progresse pas. D'après Séverine, les enseignants « tiquent un peu »⁷¹¹, mais, avec l'appui des rééducatrices (psychomotricienne et orthophoniste) qui l'ont encouragée à demander ces aménagements, elle a « remis les points sur les "i" » et a obtenu des enseignants qu'ils organisent les évaluations comme elle le proposait.

Laurence et Catherine témoignent aussi de l'intervention de l'ergothérapeute dans les affaires scolaires, et la présentent comme un soutien de poids :

Catherine : « Et puis de suite l'ergo a tenu un discours, vraiment pro, elle a toujours recadré les choses. Donc après voilà. On a aussi eu une référente de scolarité très très chouette. Ça aurait pu vite basculer en fait. Ça aurait pu rapidement tourner vinaigre. On sent que l'équilibre est très fragile. Selon les enfants qui sont là, selon l'attitude de la maîtresse, ça reste... Nous on a de la chance, bon en même temps tout ça on l'a construit, on l'a bétonné, mais ça reste encore trop dépendant des bonnes volontés des uns et des autres. Pas assez professionnel si je puis dire.

Laurence : Moi j'ai une super ergo parce que du coup, elle gère la rééducation de l'enfant mais aussi tout l'environnement. C'est-à-dire qu'elle rédige des mails régulièrement pour faire le point avec moi, elle n'hésite pas à faire passer un mail pour que je le donne aux enseignants... Au primaire elle appelait les enseignants aussi pour éventuellement leur expliquer, faire une fiche explicative pour les aménagements... elle est en or, vraiment.

Dans les récits de ces parents, on remarque que les professionnelles de la rééducation interviennent au-delà des espaces qui leur sont dévolus : cabinet et équipes éducatives. Plusieurs d'entre elles se mettent en communication avec les enseignants ou les directions d'école afin de ne pas laisser les mères faire seules ce travail « pédagogique » à destination de l'école. Les rééducatrices interviennent directement, ou bien

⁷¹⁰ Surtout que contrairement aux soignants qui établissent une limite claire entre trouble des apprentissages et difficultés d'apprentissage en s'appuyant sur les résultats chiffrés de leurs tests, les enseignants ne font pas toujours une distinction claire des difficultés liées à une « dys », au vu des productions scolaires des enfants et de leurs comportements peu spécifiques – d'autant que les élèves « dys » ne sont pas forcément ceux les plus en difficultés.

⁷¹¹ On retrouve le même point d'achoppement autour de la scolarité d'Oscar. Les parents décrivent comme Séverine l'enseignante comme « super » mais regrette qu'elle ne veuille pas autoriser les aménagements d'évaluation, tenant à ce qu'Oscar les réalise dans les mêmes conditions que les autres enfants. « C'est comme enlever les lunettes à un myope le jour de l'évaluation, ça n'a pas de sens ! (...) Mais bon par ailleurs elle est très bien, donc on attend aussi qu'elle fasse son chemin... petit à petit » (Bruno).

lorsque les parents leur relatent des tensions ou des désajustements entre leurs attentes et les pratiques de l'école.

Même parmi les familles entretenant de bons rapports avec l'institution scolaire, les difficultés scolaires des enfants peuvent à un moment susciter des tensions, du fait des intérêts et attentes divergents des deux institutions, les parents voulant une prise en charge singulière et élaborée pour leur enfant, quand l'enseignant a avant tout un groupe classe à gérer. L'intervention des rééducatrices peut à la fois appuyer les familles dans leurs requêtes et permettre le maintien de rapports pacifiques⁷¹², leur rôle de spécialiste médical de la difficulté les rendant peu vulnérables à la critique. C'est aussi les relations parents/enfants que ces professionnelles viennent pacifier, la gestion des devoirs devenant souvent difficile lorsque la tâche devient laborieuse pour l'enfant⁷¹³. « *Après Amèle a un très fort caractère, donc tout ce qui vient de papa et maman c'est plus compliqué. (...) Avec la psychomotricienne ça passait mieux. Donc voilà chacun son rôle* » (Laurence).

Ces alliances nouées avec les rééducatrices recouvrent parfois une relation presque filiale, comme nous l'avons vu avec la famille Andrieu, où la neuropsychologue devient une personne référente dans l'éducation de l'enfant dyspraxique (orientation scolaire, participation aux événements familiaux, organisation des devoirs). On retrouve cette forme proximale de lien parmi quelques familles, dont l'enfant reste suivi longtemps par la professionnelle qui repère la dyspraxie, mettant fin à une période anxiogène. Ainsi, d'après sa mère, Sophie considère son orthophoniste comme sa « *troisième mamie* », Séverine garde contact avec la première orthophoniste d'Ugo même après avoir arrêté la rééducation avec elle. La teneur de ces liens familles/rééducatrices est significative de ce qu'ont pu représenter ces professionnelles pour les parents : des alliées, parfois des sauveuses, qui les ont aidés à comprendre et à gérer la situation qui était parfois très incertaine et anxiogène. La solidité du lien semble aussi signifier autre chose : une proximité sociale entre les deux parties, en particulier entre les mères et les professionnelles qui se retrouvent dans des modes de vie similaires mais plus encore dans leur style éducatif et leur façon de gérer l'enfant et son problème.

⁷¹² Rôle qu'intègrent volontiers les psychomotriciennes en entretien, à l'image de Mélanie Loriol, psychomotricienne au CRTLA et en CMPP (auparavant installée en libéral) : « (...) *l'école aussi on peut les appeler. Moi ça m'est arrivé. Après c'est des fois la demande des parents qu'on appelle l'école, pour savoir comment ça se passe. C'est souvent quand y a des rapports conflictuels avec les enseignants. Y a aussi des fois des parents qui nous disent des choses, et des fois on a besoin d'avoir le son de cloche de l'école pour savoir si c'est bien ça...* »

⁷¹³ D. Glasman avait relevé cette même fonction des cours particuliers, dont les parents se saisissaient aussi pour désamorcer les conflits avec leur enfant autour du travail scolaire. D. Glasman, *Effets familiaux et usages parentaux des offres d'aide à la scolarité*, Dunod, 2013. C'est un élément supplémentaire qui rend pertinent l'analyse de ces rééducations paramédicales comme une offre alternative de soutien scolaire (davantage que comme un acte de « soin »).

1.4.3. Une connivence de classe entre mères et rééducatrices ?

Enquêtrice : *Et est-ce que ces professionnelles vous donnent des conseils pour la maison ? Des choses à faire ?*

Séverine : Oui oui. Ben je suis en demande aussi. Par exemple elle [la psychomotricienne qui suit Ugo] m'a dit : « faut aller vers l'autonomie parce que ça va aller vite avec l'adolescence, y a des chances qu'il ne veuille plus de rééducations dans deux ou trois ans » (...). Par exemple je préparais son cartable tous les jours en fonction de son emploi du temps, et là elle m'a dit : « c'est fini ça, maintenant il le fait, il sait le faire ». Donc elle me pousse à... A l'école elle veut qu'il prenne ses devoirs lui-même, que ce soit son écrit de la journée. (...) Voilà des petits trucs comme ça.

Les professionnelles de rééducation sont des aides techniques mais aussi éducatives, et les mères de l'enquête (pas simplement de ce groupe) en parlent comme des partenaires avec qui échanger autour des questions éducatives et scolaires. Là où elles avaient pu se sentir culpabilisées, placées dans une posture de parents incompetents lors de prises en charge précédentes (notamment au CMPP), elles acceptent auprès des spécialistes de la dyspraxie les conseils éducatifs fournis. On peut comprendre ce paradoxe par la proximité sociale et culturelle des mères et des rééducatrices : d'une part les mères apparaissent comme de « bonnes mères » aux yeux des rééducatrices, d'autre part, ce qui est assez spécifique des prestataires en libéral, les rééducatrices sont choisies dans une certaine mesure par les mères en fonction de leur style et des prestations qu'elles proposent.

Dans son travail auprès des assistantes sociales⁷¹⁴, Delphine Serre a observé des effets de genre et de classe dans les rapports qu'entretiennent les professionnelles à leurs publics. Elle révèle de façon originale – du fait qu'elle a souvent été négligée – une « solidarité féminine tacite » dans les échanges, soit une « situation d'empathie favorisée par cette interaction qui met en jeu, des deux côtés, des femmes et des mères »⁷¹⁵. La solidarité de genre ne caractérise pas systématiquement les relations, mais émerge lorsque les mères concernées sont issues des mêmes milieux sociaux que les assistantes sociales, et qu'elles « manifestent leur volonté d'émancipation et adhèrent au modèle d'autonomie des classes moyennes qui est proposé par les assistantes sociales »⁷¹⁶. Les professionnelles peuvent ainsi s'identifier à leur public.

Ces résultats sont tout à fait parlants pour comprendre les interactions et alliances des mères de l'enquête avec les professionnelles de rééducations, professionnelles qui sont en très grande majorité des femmes issues des classes moyennes supérieures⁷¹⁷. Les mères (celles de ce groupe particulièrement) témoignent de relations heureuses avec les rééducatrices, des relations de confiance, égalitaires, basées sur l'échange : elles décrivent deux co-éducateurs qui apportent chacun leur expertise au service de l'enfant.

⁷¹⁴ D. Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31, 2, p. 49-64 ; D. Serre, « Le bébé "superbe" », art cit.

⁷¹⁵ D. Serre, « Le bébé "superbe" », art cit, p. 124.

⁷¹⁶ D. Serre, « Travail social et rapport aux familles », art cit, p. 62.

⁷¹⁷ Denis Grabot met en effet en avant l'étonnante homogénéité sociale des psychomotriciennes en termes de genre et de classe (et très certainement de « race »), plus encore que les assistantes sociales ou encore les enseignants. D. Grabot, *Psychomotricien*, op. cit.

En entretien, les psychomotriciennes « neuro » vantent aussi la nécessité de travailler avec les parents et de « rester à sa place », soit de s'accorder aux objectifs des parents qui ont leur propre demande. Ce respect mutuel des rôles et la mise à distance des pratiques d'imposition, par ailleurs fréquentes dans les métiers de la remédiation, semblent permis par les qualités sociales du public, en l'occurrence des mères – car si les rééducatrices travaillent auprès des enfants, ce sont bien les mères leurs interlocutrices privilégiées – des classes moyennes qui partagent avec les professionnelles des idéaux éducatifs et d'autonomie. D. Serre observe que les solidarités de genre opèrent lorsque les usagères se conforment à l'idéal (d'autonomie dans ce cas) des classes moyennes auquel adhèrent les assistantes sociales⁷¹⁸ ; elles se défont lorsque les mères apparaissent à l'inverse démunies ou carencées, dépassées, déprimées, passives. Les mères de l'enquête n'ont rien de ce « modèle déficitaire » ou pathologique. Elles ont fait des recherches en tous sens dès les premières incertitudes autour de l'enfant, elles sont allées consulter différents professionnels, ont fait des recherches sur internet, se sont plongées dans la littérature scientifique (plus souvent vulgarisée) et professionnelle afin de mieux comprendre leur enfant et trouver les aides à lui fournir... Elles font preuve d'une « bonne volonté de soin »⁷¹⁹, en ce qu'elles présentent une certaine déférence aux spécialistes (para)médicaux, également en ce qu'elles donnent à voir un mode de vie devant permettre, selon les professionnels, une amélioration de l'état de l'enfant. Mères et rééducatrices s'entendent en effet sur les modes d'autorité à mettre en place au domicile, sur les règles d'organisation de la vie quotidienne ainsi que sur les activités à faire pratiquer à l'enfant en vue de maximiser ses capacités. Elles sont en accord sur les objectifs du soin et peuvent aussi se retrouver dans leur rapport à l'institution scolaire, mêlé de désir, de respect et de défiance⁷²⁰.

C'est ainsi, au-delà du soin, un style éducatif similaire sur lequel se rejoignent parents et professionnelles, puisque nous l'avons vu à plusieurs reprises dans le cas des troubles des apprentissages, soigner c'est aussi éduquer. Irène fait par exemple un parallèle entre la façon de travailler de l'orthophoniste de Sophie et le style éducatif familial qu'elle qualifie de « dirigiste ». On retrouve cette même connivence entre Annabelle et Corine Durand, l'orthophoniste de Nino, qui semblent s'être reconnues l'une l'autre lors

⁷¹⁸ C'est aussi les trajectoires singulières des assistantes sociales que la sociologue met en avant (personnelles et professionnelles) pour expliquer les modes d'interaction avec leurs publics. Je ne doute pas que la connaissance des trajectoires des rééducatrices soient importantes pour comprendre leurs pratiques, mais les entretiens réalisés avec elles ne contiennent que peu d'informations sur ce thème-là.

⁷¹⁹ En écho à la notion de « bonne volonté culturelle » de Pierre Bourdieu avec laquelle il caractérise la petite bourgeoisie. Il met en saillance sa déférence à la culture, son respect de l'ordre établi ainsi que son imitation des pratiques et des jugements culturels des classes supérieures. P. Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

⁷²⁰ Nous avons vu que, tout en reconnaissant la culture scolaire et en respectant le travail des enseignants, les mères comme les rééducatrices regrettaient parfois la rigidité du cadre scolaire et la difficulté à prendre en compte les spécificités des élèves, en particulier lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans les apprentissages. Plusieurs propos des psychomotriciennes illustrent leur empathie envers les parents qu'elles reçoivent au cabinet en même temps qu'une critique de l'institution scolaire, comme ceux de Noëlle Loubet : « *En tout cas les difficultés de l'enfant ont besoin d'être prises en compte et... parce qu'on entend beaucoup de la part de l'école que, ben « il veut pas », « il fait exprès », machin bidule. Et quand les parents se prennent ça tout le temps dans la tronche, et que le gamin ben c'est pas qu'il veut pas mais qu'il peut pas, ben c'est pas évident d'être parent et d'entendre ça et de faire valoir son point de vue* ».

des négociations autour de la prise en charge de l'enfant. Alors qu'Annabelle fait passer un « *casting* » à C. Durand tel que nous l'avons vu au chapitre 3, cette dernière coupe court à l'exercice :

Annabelle : [citant Corine Durand :] « Madame, on arrête tout de suite là. C'est mon métier c'est pas le vôtre. Donc si c'est pour me gonfler toutes les semaines avec le nouveau machin que vous avez lu sur internet c'est pas la peine ». Incroyable ! Elle a été extrêmement directe : « Vous allez pas me gonfler quoi ». (...) Je crois que j'ai dit : « très bien Durand. Puisque c'est comme ça je vous laisse six mois. Je vous emmerde pas pendant six mois, rien, pas une question. Mais je vous préviens, vous venez de vous coller une putain d'obligation de résultats au cul, mais alors je vous dis même pas comment ! Si je me rends compte que dans six mois vous avez foiré, merdé, vous avez passé le temps à fumer à la fenêtre, franchement ça va aller mal pour votre matricule » [Rires] Super ! Tu sais les deux dragons, les deux folles [Rires]. Max était pas là, on ne l'aurait jamais dit devant l'enfant, ni elle ni moi. (...) Et elle me dit : « très bien marché conclu ». Et depuis on est devenues les meilleures copines du monde.

Selon Annabelle et la neurologue qui lui a conseillée Corine Durand, cette orthophoniste « *n'est pas du goût de tous* », « *il faut la supporter* ». Les deux ont exprimé des attentes et exigences claires et fortes envers la rééducation et la posture de l'autre (complémentaires), et s'y sont tenues, ce qui a scellé une grande coopération par la suite.

Là où Delphine Serre avait observé des interactions combinant solidarité de genre et domination de classe – ce qu'elle nomme « les effets combinés et non convergents du genre et de la classe » – je ne peux que constater que les effets de la classe et du genre sont convergents dans les relations entre professionnelles de rééducation et les mères de l'enquête, en particulier celles de ce groupe-ci, et participent à sceller une alliance entre ces professionnelles indépendantes⁷²¹ et les familles qu'elles ont à charge. Leur proximité sociale transparaît dans leur style éducatif, leur rapport à l'institution scolaire ainsi que les objectifs qu'elles assignent au soin de l'enfant⁷²².

Ces alliances réorganisent les rapports entre les familles et l'école dans les situations d'échec scolaire. Ou plutôt, on observe que ces rapports divergent en fonction de l'appartenance de classe des élèves concernés. Dans les milieux populaires qui sont ceux les plus concernés par les difficultés scolaires, les sociologues mettent au jour les alliances et connivences qui se nouent entre les enseignants et les professionnels de la remédiation (RASED, CMPP, orthophoniste...) pour faire accepter aux familles des dispositifs dans lesquels elles sont réticentes à placer leur enfant⁷²³. En réalisant cette enquête autour de la

⁷²¹ Leur mode d'exercice peut aider à comprendre la dynamique d'alliance de ces professionnelles envers leur public : elles peuvent craindre la défection de leur clientèle (elles doivent rentabiliser leur cabinet), et n'ont pas de collègues directs avec lesquels elles pourraient être prises dans un fonctionnement d'institution davantage surplombant par rapport aux familles.

⁷²² Cette connivence n'est alors pas systématique, puisque nous l'avons vu, mères comme rééducatrices se situent différemment sur ces trois items – on se souvient par exemple d'une alliance ratée entre Annabelle et la première psychomotricienne de Nino, tant leurs rapports aux soins et aux « résultats » attendus de ces derniers divergeaient. L'alliance entre mères et rééducatrices est une possibilité pour ces mères des classes moyennes et supérieures (davantage qu'une norme ou généralité), ce qui les distingue déjà de celles des classes populaires.

⁷²³ On pense par exemple à l'enquête de Sandrine Garcia et Anne-Claudine Oller sur l'apprentissage de la lecture, lors de laquelle les sociologues observent des connivences et échanges entre enseignants et experts (RASED, orthophoniste...) pour parvenir à faire accepter aux parents un redoublement ou une orientation en CLIS. S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, op. cit. C'est aussi ce que j'ai pu noter lors de mes observations des équipes éducatives et équipes de suivi de scolarisation en quartiers populaires : tous les professionnels allaient dans le même

dyspraxie, la position des professionnels du soin et de la remédiation n'apparaît pas rangée du côté de l'école plus que de celui de la famille, et j'observe au contraire de véritables alliances entre familles et professionnels, parfois « face à » l'école – on se rappelle de l'expérience de la famille Andrieu exposée au chapitre précédent. On observe par ailleurs des relations familles/école bien moins dyssymétriques et plus pacifiques que ce que les travaux sociologiques en milieux populaires donnent à voir.

Conclusion intermédiaire

L'enquête auprès de ces familles révèle que les parcours des enfants dyspraxiques ne sont pas nécessairement chaotiques ni marqués du sceau de la lutte, à rebours des rhétoriques associatives. Certains se déroulent de façon fluide, de la quête diagnostique à la mise en place des dispositifs scolaires et de soin post-diagnostique. L'analyse des déroulés de ces parcours révèle cependant que cette fluidité dépend de plusieurs conditions et qu'elle est à mettre en lien avec le fait que les familles concernées sont parmi les plus dotées en capital de l'enquête – avec des mères à fort capital scolaire en particulier.

Les mères réalisent tout un travail scolaire, éducatif et moral afin de rendre l'enfant plus performant et adapté au cadre scolaire, ce qui est apprécié et (implicitement) attendu des professionnels scolaires et du « soin ». C'est également en effectuant le travail de coordination entre les différents « partenaires » de la prise en charge, et en faisant circuler les informations d'un espace à l'autre (classe, domicile, cabinet de rééducation), qu'elles participent à rendre plus fluides les échanges et les parcours. De façon générale, leurs pratiques éducatives et leur mode de relation avec les professionnels les instituent en « clientes idéales » des dispositifs de dyspraxie pour l'école et plus encore pour les professionnels du soin : les mères facilitent le travail des professionnels⁷²⁴, reconnaissent les objectifs scolaires et de soin des différentes institutions et observent la juste distance à l'institution (combinant avec finesse implication et respect des rôles). Du fait de leurs caractéristiques sociales qui tiennent à distance la thèse du handicap socio-culturel, elles sont aussi plus facilement dédouanées d'une responsabilité dans la survenue des difficultés d'apprentissage de l'enfant.

Si les parcours se déroulent sans heurts, c'est bien parce que les mères parviennent à désamorcer les conflits, ou plutôt à les anticiper et à imposer les demandes qu'elles adressent à l'institution. On a ici

sens (agents scolaires, agents du CMPP et orthophonistes en libéral), et les parents se retrouvaient souvent seuls à espérer une scolarité ordinaire.

⁷²⁴ Le client idéal selon Howard Becker qui forge cette notion est un client qui facilite le travail du professionnel, et plus que cela le valorise en lui permettant de révéler ses talents et son efficacité. Ce sont les clients qui correspondent à l'image idéale que se font les membres d'une profession, et qui ne sont généralement qu'une faible fraction de la clientèle du fait des sociétés fortement différenciées socialement : la notion de client idéal a avant tout à voir avec les caractéristiques sociales des personnes intervenant dans l'interaction. Howard S. Becker, *Les variations dans la relation pédagogique selon l'origine sociale des élèves*, in J.-C. Forquin, *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques. Présentation et choix de textes*, DB-INRP, 1997, p.p.257-270. « Un des principaux facteurs affectant la production de clients conformes est la variété des cultures de classe dans la société. Les cultures de certains groupes peuvent contribuer à produire des clients qui rendent la position des travailleurs extrêmement délicate ». H.S. Becker, « Social-class variations in the teacher-pupil relationship », *The Journal of Educational Sociology*, 1952, 25, 8, p.170.

affaire à des « familles choisissantes », dont la capacité de choix excède celle de l'établissement scolaire⁷²⁵ pour s'étendre aux modalités de la scolarisation (choix de l'enseignant, formes des évaluations, support de cours de l'enfant...) ainsi qu'à celles du soin. Le diagnostic de dyspraxie vient enrichir la palette des leviers d'action dont disposent ces parents, afin d'établir des conditions de scolarisation favorables pour leur enfant en difficulté scolaire : il ouvre la porte à des dispositifs scolaires désirables (tiers-temps, abaissement de certaines exigences scolaires, appui humain et technique en classe...) et fournit des alliés (médecins et paramédicaux) dans les négociations avec les enseignants.

Tous les parcours d'enfants dyspraxiques ne sont pas aussi fluides, et c'est ce que vont présenter les deux prochaines sections du chapitre. Je me suis demandé quels étaient les obstacles rencontrés, les autres formes d'appropriation des diagnostics, les relations entre « partenaires » et qui étaient les familles concernées.

2. FAIRE RECONNAÎTRE LA DYSPRAXIE « CONTRE L'ÉCOLE »

Pour faire contrepoint à cette première catégorie de parcours observés, je voulais présenter les parcours de trois enfants dont la reconnaissance du diagnostic de dyspraxie s'est, durant des années, révélée difficile à porter pour les familles, malgré une mobilisation maternelle forte autour du diagnostic. Seulement deux familles composent cette catégorie, mais leur trajectoire est significative des obstacles existants à la mise en œuvre des dispositifs de la dyspraxie pour les familles moins dotées scolairement et plus éloignées des codes culturels scolaires.

Ces cas montrent aussi que le diagnostic médico-psychologique peut constituer une ressource pour des familles de classes sociales populaires et des petites classes moyennes⁷²⁶ qui vont à travers lui mettre en place des stratégies et tactiques⁷²⁷ scolaires originales afin d'atteindre leur but : l'obtention d'un

⁷²⁵ Pratique parentale à l'origine de la définition formulée par François Héran. F. Héran, « École publique, école privée », art cit.

⁷²⁶ La famille Haddad fait partie sans ambiguïté de la fraction stabilisée des classes populaires : Tayeb est éboueur, Isabelle sans emploi puis ouvre un petit commerce après avoir occupé des emplois précaires tels qu'AVS. La famille Esposito est plus difficile à classer, notamment du fait d'une situation professionnelle différente entre le père et la mère : l'un étant cadre de santé (ayant gravi peu à peu les échelons par formation interne : il commence à travailler comme manipulateur radio muni d'un diplôme bac+2 obtenu laborieusement), l'autre étant sans emploi, anciennement grossiste en vêtement, et titulaire du BEP comme dernier diplôme.

⁷²⁷ Dans « Stratégies de reproduction et modes de domination », Bourdieu définit la notion de « stratégie » comme suit : « En rupture avec l'usage dominant de la notion, qui considère les stratégies comme des visées conscientes et à long terme d'un agent individuel, j'employais ce concept pour désigner les ensembles d'actions ordonnées en vue d'objectifs à plus ou moins long terme et non nécessairement posés comme tels qui sont produits par les membres d'un collectif ». P. Bourdieu, « Stratégies de reproduction et modes de domination », art cit, p. 4. Ugo Palheta se référant à Michel de Certeau préfère employer le terme de tactique (« art du faible ») plutôt que celui de stratégie pour comprendre les logiques scolaires des élèves des lycées professionnels. Il qualifie le terme de « plus modeste » et de « plus adapté aux faibles marges de manœuvre laissées par le caractère implacable de l'orientation aux enfants d'origine populaire se retrouvant dans l'une des filières de l'enseignement professionnel. Ils sont ainsi condamnés à jouer sur le terrain de l'adversaire et selon les règles fixées par l'adversaire. Mais ils jouent. Ils peuvent profiter des occasions pour tirer des avantages de leur situation. Leurs marges de liberté ne sont pas nulles ». U. Palheta, *La domination scolaire. Sociologie de l'enseignement professionnel et de son public*, Presses universitaires de France, 2012. Concernant les deux familles Esposito et Haddad, les pratiques maternelles de

baccalauréat général. Ces stratégies prennent davantage la forme de pratiques de résistance contre l'école que de pratiques partenariales avec l'école comme vu précédemment. Les trajectoires de Sofiane Haddad, d'Émilio et d'Adrien (petit frère d'Émilio) Esposito analysées maintenant peuvent se comprendre dans la bonne distance impossible à tenir entre leurs parents et l'école.

2.1. Des difficultés pour faire reconnaître le diagnostic à l'école

2.1.1. Un accès au diagnostic pourtant rapide

Les situations des familles Haddad et Esposito se ressemblent tant du point de vue des parcours post-diagnostic que des conditions d'accès au diagnostic. Dans les deux cas, l'école maternelle s'inquiète rapidement, jugeant Sofiane et Émilio « étranges » et soupçonnant en particulier une thématique autistique, et dans les deux cas, les mères vont sans tarder se tourner vers des professionnels extérieurs à l'école afin d'apporter des réponses – tout en désapprouvant en partie l'expertise de l'école, elles s'accordent sur « l'étrangeté » de leurs fils respectifs. Valérie se rend sur internet et d'après les informations qu'elle y recueille décide d'amener Émilio chez une psychomotricienne. Celle choisie, près du domicile, appartient au réseau P'titMip et diagnostique rapidement la dyspraxie tout en orientant les parents vers les dispositifs indiqués : neurologue, autres rééducateurs, MDPH, aménagements scolaires. Adrien sera également vite pris en charge dans ces réseaux médico-psychologiques, Valérie reproduisant le même circuit de soin que celui mis en place pour le frère aîné. C'est pour Isabelle une émission de télévision (« Les maternelles », France 5) qui déclenchera les consultations hors école : elle consulte d'abord une orthophoniste (seule profession qu'elle connaît) puis elle se rend sur conseil de cette dernière chez un psychomotricien, le seul de la ville – la famille Haddad réside en effet à Coulanges, à une heure et quart de l'Agglomération. Ce psychomotricien parle de dyspraxie, mais à la différence de la praticienne consultée par la famille Esposito, il ne proposera rien à la famille Haddad en dehors des rééducations hebdomadaires à son cabinet : ni consultation chez un médecin, ni orientation vers la MDPH, ni aménagements scolaires particuliers, ni même de se mettre en contact avec des associations afin de mieux comprendre le trouble. Isabelle raconte qu'elle a eu peu d'échanges autour des rééducations psychomotrices, au point qu'elle ne saura jamais vraiment ce qu'il y faisait⁷²⁸.

Ce point est fondamental, car cette première annonce de la dyspraxie aura un effet nul concernant la mobilisation d'Isabelle autour du diagnostic, contrairement à la deuxième annonce effectuée au CRTLA de l'Agglomération à la fin de l'année de 6^{ème} de Sofiane (qu'il redouble). Elle fait suivre à son fils des séances de psychomotricité durant deux ou trois ans, mais ne demande aucun aménagement scolaire (elle

gestion de la scolarité des enfants semblent alterner entre tactiques (pratiques à court terme, pratiques réactives au traitement institutionnel), et stratégies plus réfléchies sur le long terme.

⁷²⁸ Isabelle : « Avec Durand [le psychomotricien] je fournissais un cahier en début d'année mais je n'ai jamais revu ce cahier ensuite. Ce que je savais, c'est ce que Sofiane me disait. Il le faisait écrire apparemment, jouer aussi ».

n'en a pas connaissance) ni ne modifie l'organisation de la vie quotidienne. Cette absence première d'appropriation du diagnostic est très certainement liée à l'implantation géographique de la famille éloignée de tout pôle diagnostic et de prise en charge⁷²⁹ ainsi que de son appartenance sociale : on peut imaginer que le psychomotricien ne propose pas à la famille de joindre un pôle diagnostic éloigné au vu des faibles revenus financiers de la famille qu'il suppose.

Valérie s'approprie quant à elle de suite le diagnostic de dyspraxie, et met en place l'ensemble des dispositifs indiqués dans le cadre des procédures MDPH. Pourtant, dans le cas d'Émilio comme dans celui de Sofiane, l'accès rapide au diagnostic n'est pas synonyme de fluidité des parcours comme on a pu le voir pour le groupe précédent. Les scolarités de Sofiane, Émilio et Adrien se révèlent accidentées et font l'objet de conflits entre l'école et les parents. Pour eux trois, l'école ne reconnaît jamais totalement le trouble cognitif comme étant à l'origine des problèmes scolaires de l'enfant.

2.1.2. Jugements enseignants dépréciatifs envers enfant et parents

Nous avons vu au chapitre 3 que l'établissement d'un trouble des apprentissages était apprécié des parents en ce qu'il les aidait à comprendre leur enfant mais aussi à distinguer ses difficultés de l'échec scolaire ordinaire, régulièrement imputé dans l'imaginaire collectif et plus précisément dans les jugements professionnels aux faiblesses psychologiques de l'enfant et plus encore aux carences éducatives ou culturelles de leurs parents. À l'écoute des récits des parents, on note cependant que l'annonce d'un trouble médico-psychologique ne met pas systématiquement fin aux suspicions enseignantes envers les modes de vie ou encore envers les qualités morales des différents membres de la famille – *a contrario*, ces qualités sont loin d'être systématiquement mises en doute. C'est le cas pour les familles Haddad et Esposito qui relatent un déni du trouble de dyspraxie par l'école au profit d'explications davantage psychologisantes.

Isabelle : Donc je vais avec mon bilan à l'école [en CE1 avec le bilan du psychomotricien], je rencontre la dame du RASED et la psychologue scolaire et je demande une réunion. (...) Je dis que je suis pas contente parce qu'elle était spécialisée dans le graphisme [l'enseignante spécialisée du RASED], et il s'avère qu'il a un trouble des apprentissages lié au graphisme et je comprends pas pourquoi elle a pas su le déceler... ça fait trois ans qu'elle le suit ! (...). Voilà donc tout le monde est bien embêté par mon discours et ce fameux bilan. Mais en fait l'enseignante de l'époque me dit qu'elle reste persuadée que c'est Sofiane qui fait pas d'effort. Et la dame du RASED... un soir Sofiane rentre de l'école et dit : « Y a Monique [l'enseignante spécialisée du RASED] qui est venue me voir, elle a regardé ma feuille et elle a dit : "je suis sûre que c'est lui" ».

⁷²⁹ Il n'y a dans la ville de la famille Haddad aucun médecin spécialisé dans les troubles des apprentissages, ni de psychologue ou rééducateur hormis ce psychomotricien. Pas non plus d'associations de parents d'enfants « dys ». À l'inverse, Valérie réside à côté d'un gros cabinet de psychomotricité (qui reçoit quelques 200 enfants à la semaine selon l'estimation de la professionnelle) et à portée de l'ensemble des spécialistes et des associations de l'agglomération.

Pour Isabelle et Valérie, faire reconnaître le diagnostic à l'école se révèle bien plus difficile que d'y accéder. C'est d'ailleurs ce que me raconte Isabelle dans un mail envoyé en 2012 après que je lui ai transmis mon mémoire de Master 1 qui traitait de quatre parcours d'enfants dyspraxiques et de leur famille :

Isabelle : (...) Mais je peux t'écrire toutefois que ton mémoire, en gros, me parle. Je m'y retrouve... Ensuite dans le détail c'est plus difficile, j'ai l'impression que nous sommes dans la catégorie des « non décelés », malgré une reconnaissance médicale qui s'est faite avec facilité... Au contraire (si j'ai bien compris) des personnes que tu as rencontrées, pour nous le plus difficile reste la reconnaissance scolaire, puisqu'encore aujourd'hui [Sofiane est en 4^{ème}] des profs sont sûrs d'eux en disant que Sofiane « ne fait pas d'effort », voire même « s'il veut qu'on l'aide il n'a qu'à faire des efforts »... Je t'avais même dit que pour le punir d'un oubli il a été privé de son cours photocopié... c'est le genre de situation que je n'ai pas retrouvé dans ton mémoire.

Les deux mères parlent en entretiens de « *commentaires blessants* » et même de « *maltraitance verbale* » (Valérie) et de « *harcèlement* » (Isabelle) pour qualifier les pratiques de découragement de l'institution scolaire à l'égard de leurs fils. Ce sont à chaque fois les enfants qui d'abord rapportent des propos désobligeants à leur endroit alors qu'ils sont à l'école primaire, de l'ordre du manque d'effort ou du manque de capacités. Émilio se ferait traiter de « triple-buse », de « menteur » et de « voleur » pour ne cesser d'égarer ses affaires et celles des autres, et son enseignante l'accuserait de « faire exprès », qu'il s'agisse de sa désorganisation ou de ses mauvaises performances scolaires (alors très inégales).

Philippe Perrenoud invite à prêter attention aux messages que transmet l'enfant entre l'école et sa famille en ce qu'ils sont des éléments qui construisent la relation entre parents et enseignants – davantage que pour leur valeur descriptive des scènes de classe. « Quelles que soient ses causes, la mise en circulation des jugements établit une forme de communication indirecte entre la famille et l'école, parfois génératrice de conflits et de malentendus, parfois de sentiments positifs. »⁷³⁰ Dans les cas des familles Esposito et Haddad, les témoignages des enfants sur la façon dont ils sont traités en classe vont être source d'incompréhension pour leurs parents et rapidement générer des tensions entre les parents et l'école. Ce sont les premiers éléments qui vont ternir l'image de l'école et susciter une méfiance chez ces mères qui avaient jusqu'alors accordé leur confiance à l'institution pour voir aboutir les fortes ambitions scolaires qu'elles entretiennent pour leurs enfants.

Les rencontres familles/école organisées par la suite⁷³¹ aboutissent à la cristallisation des tensions avec le transfert de responsabilité de l'enfant vers la mère :

Valérie : [On était] face à une enseignante très agressive. Le directeur soutenait l'enseignante à fond. Et la psy scolaire qui n'arrêtait pas de nous dire : « mais de toutes façons c'est vous qui avez inventé ça,

⁷³⁰ Philippe Perrenoud, Le go-between : entre la famille et l'école, l'enfant messenger et message, in C. Montandon et P. Perrenoud, *Entre parents et enseignants : un dialogue impossible ?*, Berne, Peter Lang, 1987.

⁷³¹ Je ne sais pas si à l'initiative des parents ou de l'école. Valérie parle de son côté de « tentatives de négociation » qu'elle a fait envers l'école, car elle se posait alors « beaucoup de questions ».

vous êtes maltraitants ». Elle nous accusait, j'étais une mauvaise mère, c'était dû à moi, fallait que je règle ça avec un psychiatre.

Lors des derniers entretiens réalisés avec Isabelle et Valérie (Sofiane est en première année de fac, Émilio en Terminale et Adrien en CE1), elles tiennent un discours très dur sur l'institution scolaire et ses enseignants. Pour Valérie, le bon enseignant serait « *la perle rare* », l'exception au milieu de tous ceux maltraitants ou incompetents ; Isabelle considère l'école comme une institution injuste, violente et discriminante sur des bases classistes et racistes – analyse qu'elle construit également au travers de son expérience d'AVS. Pourtant lorsque l'on retrace le parcours des enfants année par année, plusieurs années scolaires semblent s'être « bien passées », avec des enseignants qualifiés de compétents, bienveillants et attentifs aux difficultés de l'enfant. On peut donc établir une discontinuité d'une année sur l'autre dans le traitement scolaire de l'enfant et dans les relations entre les mères et les enseignants – les pères sont dans les deux cas dits absents des échanges avec l'école. Il semble que les enseignants aient des interprétations du problème fluctuantes d'une année sur l'autre, ce qui met les mères en insécurité dans leur rapport à l'institution.

Leurs expériences les distinguent des parents du groupe précédent, car si ceux-ci avaient pu entendre des jugements dépréciatifs sur leur enfant, les mères sont parvenues en s'appuyant sur le diagnostic à faire taire ces premières (dis)qualifications, qui, par la suite ne reviendront plus, pour laisser place à une vraie collaboration. Le diagnostic médico-psychologique ne suffit pas à Isabelle et Valérie à redorer l'image de l'enfant et de la famille, la suspicion envers les qualités morales et intellectuelles de l'enfant et sa famille persistant. Pendant ce temps, les enfants vivent mal la situation et leur santé (davantage que leurs résultats scolaires) se dégrade.

2.1.3. Des enfants qui souffrent

Isabelle : En 5^{ème} et 4^{ème}, pendant deux ans on a quand même été au bord de la phobie scolaire, parce qu'il a été hospitalisé deux ou trois fois. Une fois parce qu'il avait eu un malaise, ils [l'établissement scolaire] ont cru que c'était une crise d'asthme, une autre fois ils ont cru que c'était une appendicite donc il s'est fait hospitaliser, tout le monde a cru ça à l'hôpital, et en fait y avait rien. Moi je pense qu'il était poussé à bout par les enseignants, et sa réponse c'était l'effondrement en fait. Il avait perdu beaucoup de poids. Des fois il rentrait à la maison il était blanc blanc ! Presque à pleurer.

Valérie : Au bout de trois mois [après l'entrée en CM1] le gamin ne voulait plus aller à l'école, il ne voulait même plus rentrer dans la classe, et il faisait des malaises vagues en permanence. Donc pensant qu'il le faisait exprès, elle [l'enseignante] le laissait par terre au milieu de la cour de récréation.

En plus de faire des malaises vagues, Émilio a des migraines récurrentes et régulièrement mal au ventre, au point que sa mère le récupère parfois plusieurs demi-journées par semaine. Pour les deux enfants, ces maux physiques surviennent durant leurs années scolaires les plus difficiles où les retours des enseignants sont dits désobligeants et leurs résultats scolaires souvent médiocres.

Ces descriptions rappellent celles de la phobie scolaire appréhendée récemment par certains sociologues⁷³². Ces enfants présentent le profil clinique de la phobie scolaire mais comme nous le rappellent les sociologues et comme nous l'avons observé pour les « dys », le parcours diagnostique pour acquérir le statut de « phobique scolaire » est jalonné de certaines étapes que seules les familles les mieux dotées parviennent généralement à franchir. La famille doit se tourner vers la psychiatrie lors des signaux de « craquage » scolaire de l'enfant ou bien y être orientée par l'école qui soupçonne un problème d'ordre psychiatrique⁷³³, ce qui est dans les deux cas plus caractéristique des milieux favorisés.

Si Valérie et Isabelle parlent aujourd'hui de phobie scolaire pour évoquer ces événements passés, sur le moment, elles ne parviennent pas à faire valoir à l'école leur définition de la situation (une dégradation de la santé de l'enfant en lien avec une dévalorisation enseignante) et vont alors user d'un plan alternatif pour calmer les maux de l'enfant et préserver sa santé : elles proposent à leurs fils respectifs une déscolarisation temporaire, ce qu'Émilio et Adrien acceptent et ce que Sofiane refuse.

Face aux disqualifications scolaires de leurs enfants et d'elles-mêmes, Isabelle et Valérie ne vont pas se mettre en retrait ou user de stratégies défensives telles que les sociologues les ont souvent observées en milieu populaire, avec notamment une mise en invisibilité⁷³⁴. A l'inverse, elles vont « se battre » afin de faire reconnaître le traitement scolaire qu'elles estiment juste, et user de stratégies originales lorsqu'elles n'y parviendront pas. Ici, l'appropriation du diagnostic médico-psychologique ou encore du handicap apparaît comme un levier d'action certain : il ne permettra pas de pacifier les relations avec l'école autour d'une expertise commune, mais sera une ressource pour faire valoir (plutôt qu'imposer) leur conception du problème et des solutions à mettre en place « contre » l'école.

2.2. Des ambitions scolaires mal assurées

On peut considérer les deux familles Haddad et Esposito comme appartenant aux couches basses mais stabilisées de la hiérarchie sociale, en particulier du fait d'un faible capital scolaire : Isabelle, Tayeb et Valérie ont un diplôme inférieur au baccalauréat et si Francis le père d'Émilio a obtenu un Master, c'est à plus de 40 ans (il a commencé à travailler comme manipulateur radio avec un bac+2, après une scolarité laborieuse). Pour autant, à l'image des classes moyennes décrites dans les ouvrages sociologiques sur les

⁷³² D. Glasman et F. Oeuvarard, *La déscolarisation*, op. cit. ; M. Fansten et C. Figueiredo, « Parcours de hikikomori et typologie du retrait », *Adolescence*, 2015, T.33 n° 3, 3, p. 603-612 ; P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit.

⁷³³ Et non socioéducatif comme c'est le cas pour Sofiane, Émilio et Adrien et plus généralement les familles à faible capital culturel ou scolaire. On retrouve ici l'importance des jugements enseignants dans la mise en mot des problèmes telle que nous l'avons vu au chapitre 1 s'agissant des premiers signaux repérés en maternelle. Tout au long de la scolarité les jugements enseignants vont participer de la scolarité mais aussi de la conception des problèmes de santé des enfants.

⁷³⁴ Par exemple des parents vont maintenir une certaine distance avec l'institution afin de préserver sa dignité et identité. P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit. ; P. Périer, *Les parents invisibles. L'école face à la précarité familiale*, op. cit. ; D. Thin, *Quartiers populaires*, op. cit.

rappports familles/école⁷³⁵, elles se montrent présentes (au sens pratique et même symbolique parfois) et volontaristes envers l'école, allant même jusqu'à faire pression sur l'institution en cas de désaccord sur la scolarité de l'enfant, là où les parents de classes populaires adoptent davantage des attitudes plus en retrait. Les familles Esposito et Haddad se distinguent ainsi des familles de leur rang social par des pratiques incisives face à l'école, mais elles se distinguent aussi des familles plus dotées des classes moyennes par un échec partiel de leur entreprise. C'est cela qu'on va essayer de comprendre et d'expliquer, en retraçant la genèse de leurs ambitions, et en mettant au jour ce qui les porte et les contrarie.

2.2.1. Des ambitions fortes puisées dans l'histoire personnelle

Les difficultés scolaires de Sofiane et Émilio font tôt écho à l'expérience scolaire douloureuse et courte de leurs mères. Pour elles, comme pour les autres parents qui revivent leur scolarité laborieuse à travers celle de leur enfant, la scolarité de leur enfant est une occasion de prendre leur revanche face à une institution qui, à l'époque, ne les a « pas comprises ».

Chantal⁷³⁶ (représentante DMF département voisin) : C'est vrai que c'est une question de génération. A l'époque on parlait pas du tout des difficultés des gamins avec ces mots-là.

Valérie : Ben moi mon père il a toujours dit que j'étais une fainéante à l'école ! Et que c'est pour ça que j'avais pas réussi. Mais moi je me rappelle être comme Émilio, bosser des heures et des heures, et devant ma feuille j'arrivais à rien sortir ! C'est clair que pour nous y a une part d'hérédité dans la dyspraxie. (...) Moi je suis dyspraxique et mon mari aussi. Moi j'adorais apprendre, mais l'école ça a été une grosse souffrance. Et mon mari c'est pareil. Là il vient d'avoir son M2 en sciences de l'éducation à 48 ans ! Alors qu'il a eu son bac avec difficulté en redoublant deux fois, juste avec 10. Là il est cadre de santé, mais au départ il est manipulateur radio.

Enquêtrice : *Du coup, le diagnostic de dyspraxie, ça permet à vos enfants de ne pas vivre la même scolarité que vous ?*

Valérie : Oui c'est pour pas faire revivre ça à nos enfants que l'on fait les tests, tout à fait. Moi je me dis, moi j'ai arrêté l'école avant le bac (je me disais que je l'aurais pas), et il est hors de question que mes enfants n'aient pas le bac. Parce que je me rends compte aujourd'hui que le fait de pas avoir le bac ça me pose plein de barrages sur tout ce que j'aurais voulu faire.

Annabelle : Vous voudriez faire quoi ?

Valérie : Moi je rêverais de faire des études de psychologie, rentrer en fac de psycho. Je peux pas, parce qu'il faudrait que je passe une VAE, mon mari me dit de faire les équivalences... mais je trouve pas le temps !

Valérie et Isabelle (et Chantal) ont arrêté l'école avant d'obtenir le baccalauréat. Elles ont pourtant aimé apprendre et aujourd'hui encore témoignent d'un attrait fort pour l'école et plus encore pour les études supérieures, l'université⁷³⁷ – qu'elles ont approchée via l'association (colloques) ou connu indirectement

⁷³⁵ P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit. ; P. Périer, *Les parents invisibles. L'école face à la précarité familiale*, op. cit. ; D. Thin, *Quartiers populaires*, op. cit. ; J.-P. Payet, *Ecole et familles. Une approche sociologique*, op. cit.

⁷³⁶ Chantal, représentante de l'association DMF du département voisin présente un profil similaire à celui de Valérie et Isabelle : pas le bac, désir d'école, fratrie d'enfants dyspraxiques (deux fils et une fille) auprès de laquelle elle est très investie, idée qu'elle et son mari présentent plusieurs troubles « dys ».

⁷³⁷ « *Y a que à la fac que nos enfants seront entendus !* » (Chantal) On ne peut que noter le contraste avec certaines familles parmi les plus dotées de l'enquête, pour qui l'université est davantage pensée comme inadaptée pour leur enfant, notamment du fait de l'autonomie qu'elle requiert.

par la fréquentation d'amies diplômées. Elles ont laissé tomber leurs ambitions personnelles (à l'inverse de Francis par exemple, le mari de Valérie qui reprend les études dans la quarantaine) et les reportent dorénavant sur leurs enfants.

Pierre Périer avait lui aussi relevé l'interaction de l'expérience scolaire de l'enfant avec celle de leurs parents. Dans les milieux populaires, il observe que les difficultés scolaires des enfants résonnent dans la mémoire scolaire des parents, produisant des effets identitaires négatifs. Il dépeint deux types de réaction de la part des parents : des attitudes de repli pour la plupart pour préserver l'univers domestique, son identité propre et sa dignité ; pour d'autres, « l'identification à l'enfant les portent à réagir d'une manière que d'aucun juge disproportionnée, sous-estimant l'atteinte faite à leur histoire, leur identité et leurs prérogatives parentales »⁷³⁸. Ce sont des résultats semblables que présente l'équipe de sociologues ayant récemment réalisé une enquête collective autour des enfants diagnostiqués hyperactifs. Les chercheurs montrent avec finesse la façon dont la gestion des parcours scolaire et de soin de l'enfant tient de l'histoire parentale et entraîne des pratiques originales par rapport à leur milieu d'origine pour les familles populaires : « Ces ruptures se comprennent mieux si on les resitue dans une histoire plus longue. Mme Benoist se reconnaît en partie dans ses enfants, surtout en Eudoxie, car elle a eu elle-même des difficultés à l'école, a redoublé et changé d'école plusieurs fois, probablement à cause, pense-t-elle aujourd'hui, de troubles de l'attention non diagnostiqués à l'époque. Ce que ses parents n'ont pas voulu faire pour elle, être plus à l'écoute et transformer leurs pratiques d'éducation, Mme Benoist l'a fait pour ses propres enfants, quitte à rompre avec les normes de son milieu d'origine »⁷³⁹.

Isabelle et Valérie sont les deux seules mères de l'enquête à avoir interrompu leurs études avant le passage du baccalauréat, les autres ayant *a minima* un bac+2, et plus souvent un bac+3 et plus – c'est plus contrasté du côté des pères qui sont plus nombreux à avoir effectué des études courtes⁷⁴⁰. Elles se sont senties empêchées plus jeunes malgré un désir d'école, ce qu'elles ont vécu comme une injustice. Elles transmettent ce désir d'école à leurs enfants et lorsque les difficultés apparaissent, cela réactive le sentiment d'injustice et elles refusent les explications en termes d'absence de volonté ou de capacités.

Les parents de mon enquête concernés par cette situation regrettent l'attitude culpabilisatrice ou démissionnaire de leurs parents, mais déplorent aussi les pratiques de l'école, comme Bruno qui considère que l'institution a été maltraitante avec lui, n'ayant pas su repérer son potentiel : il a été orienté précocement dans une voie professionnelle non choisie et ne reflétant pas ses capacités. Aujourd'hui, ces parents veulent « se battre pour leurs enfants », en les encourageant fortement, ainsi qu'en investissant

⁷³⁸ P. Périer, *École et familles populaires, op. cit.*, p. 117. Marie Duru-Bellat et Agnès Van Zanten observent que ce sont les mères qui s'identifient fortement aux difficultés scolaires de leurs enfants, qu'ils soient garçons ou filles. Marie Duru-Bellat et Agnès Van Zanten, « Les parents dans l'école », in M. Duru-Bellat et A. Henriot-Van Zanten, *Sociologie de l'école*, 4^e édition., Paris, Armand Colin, 2012, p.169-176.

⁷³⁹ A. Béliard et al., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », art cit.

⁷⁴⁰ Quatre d'entre eux n'ont pas le bac, trois ont le baccalauréat comme diplôme le plus fort (dont deux l'ayant obtenu par VAE une fois en activité professionnelle), deux bac+1/2, trois bac+3/4, et huit ont bac+5 et plus (quatre inconnus). Quant aux mères, quatre d'entre elles ont un Bac+2, neuf Bac+3/4, huit Bac+5 et plus (il reste trois inconnues).

l'école afin de leur fournir des conditions de scolarisation les plus favorables possibles. Ils sont en particulier très réactifs aux « mauvaises paroles » et « commentaires blessants » de la part des enseignants, et, dans le cas de Valérie et Isabelle précisément, elles sont fières de pouvoir décrire leur enfant curieux et volontaire malgré la maltraitance institutionnelle. L'accès au diagnostic de dyspraxie leur confère une légitimité dans leur combat (et même plus, il active cette posture) en corroborant leur vision d'une trajectoire scolaire disqualifiée de façon « injuste ». Il leur ouvre la voie à l'action : elles vont s'investir dans l'école, voire contre l'école, afin que celle-ci reconnaisse les capacités de leur enfant et leur permettent de les exprimer et ainsi de réussir scolairement. C'est bien cela que ces mères trouvent le plus difficile : « *faire comprendre aux gens qui vont être là pour lui enseigner qu'il a un problème, un trouble, et qu'il faut l'aider à le contourner. (...) Et c'est pas tant à lui qu'il faut l'expliquer, mais plutôt je pense aux enseignants* » (Chantal).

2.2.2. Une éducation aux effets scolaires ambivalents

Nous avons vu dans la première partie du chapitre que pour les neuf enfants dont le parcours scolaire se déroulait sans heurts, les familles avaient un usage stratégique de l'école et des dispositifs handicap ou « dys », mais aussi qu'elles préparaient efficacement leurs enfants à la compétition scolaire, par une incitation au travail et à l'ascèse, par le développement de dispositions mentales utiles pour affronter les obstacles de la vie. C'est aussi bien plus simplement par un contrôle du travail scolaire ainsi qu'une aide aux devoirs parfois soutenue à domicile que ces parents appuient leurs enfants dans la scolarité – Gaële Henri-Panabière et Sandrine Garcia, entre autres sociologues des socialisations, nous rappellent l'importance du travail explicite de transmission du capital culturel et scolaire aux enfants, en parallèle d'une transmission par « osmose »⁷⁴¹. Certains choisissent même les activités de loisirs de leur enfant dans un but de maximiser les chances de développement et de réussite de l'enfant.

Les pratiques éducatives des familles Esposito et Haddad apparaissent de leur côté plus ambivalentes sur le plan de la rentabilité scolaire.

Tout d'abord il faut souligner l'implication des mères dans la vie scolaire de l'enfant (les pères apparaissent plus en retrait bien que dits en « soutien total » des projets de leurs femmes), qui mettent un temps leur vie professionnelle entre parenthèses afin de se consacrer à l'éducation de leurs enfants, et en particulier au suivi de l'enfant dyspraxique⁷⁴² – elles témoignent comme les autres d'un déséquilibre dans le temps consacré quotidiennement à chaque enfant. Elles ont, comme dit ci-avant, un haut niveau d'aspiration scolaire (un réel désir d'ascension sociale) et interviennent régulièrement au sein de

⁷⁴¹ S. Garcia, *Le goût de l'effort. La construction familiale des dispositions scolaires*, op. cit. ; G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, op. cit. ; G. Henri-Panabière et al., « La montre et le martinet », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2019, 226-227, 1, p. 16-30.

⁷⁴² Le temps dont elles disposent (ou plutôt qu'elles ont pris au détriment de leur carrière) les distingue des familles des classes populaires, qui sont dépossédées de leur temps du fait d'horaires de travail désajustés à la vie de famille, et d'une précarité économique rendant difficile une gestion du quotidien autre qu'au « jour le jour ». Maurin Éric, *L'égalité des possibles. La nouvelle société française*, Paris, La République des idées Seuil, 2002.

l'établissement scolaire lors de rencontres formelles (réunions parents/professeurs, conseils de classe où elles sont représentantes des parents d'élèves...) et plus informelles (discuter avec l'enseignante à la sortie des classes par exemple). Surtout, elles tiennent la culture et les savoirs scolaires en haute estime, et valorisent chez leurs enfants leur « grande culture » (Sofiane), leur propension à « philosopher » (Émilio), ou encore leur goût pour les mathématiques (Adrien).

Ces pratiques et aspirations n'ont pu qu'appuyer les enfants dans la scolarité, ne serait-ce qu'en instituant l'école comme un objet désirable et important au sein de la famille. Il semble qu'elles aient en effet transmis ce goût de l'école et des savoirs à leurs fils :

Valérie : Pour moi Émilio il a un avantage par rapport aux autres : il est vaillant, courageux, c'est un gamin qui s'accroche. Par rapport à son frère, qui lui est bon qui mais qui travaille pas du tout, Émilio il va travailler d'arrache-pied mais il va y arriver ! Dans la relation qu'il a avec ses parents aussi, c'est tout autre. C'est agréable d'avoir un gamin comme ça. C'est un gamin gentil, on peut parler de tout, y a jamais de conflits.

Isabelle : Donc la scolarité de Sofiane a été très difficile, tout le collège, il est harcelé [par les enseignants qui lui font à répétition des commentaires blessants] etc... Mais Sofiane a toujours aimé l'école. C'est là où il nous a épaté ! (...) Il a toujours été volontaire, il y a toujours cru, il est toujours parti positif à l'école. Il nous a vraiment impressionné. Même quand ça le rendait malade. Même moi des fois je disais : « tant pis je le garde à la maison deux semaines, il est tout pâle le pauvre », mais non il voulait y aller, il fallait qu'il y aille.

C'est davantage dans l'accompagnement du travail scolaire et dans leur rapport à l'effort et à la contrainte qu'elles se différencient du groupe précédent. Valérie et Isabelle laissent entendre qu'elles ne prennent que peu en charge l'aide aux devoirs. Valérie fait à plusieurs reprises état de la grande fatigabilité d'Émilio et de son besoin de repos. Elle estime que les journées scolaires sont déjà bien trop conséquentes pour cet enfant qui peine à exécuter la double tâche et « *fournit le double d'effort pour un résultat moyen* », et ne juge pas souhaitable de lui rajouter des heures de travail le soir – d'autant qu'Émilio raconte « *penser tout le temps au travail, le soir en se couchant, et tout* ». Valérie se montre d'ailleurs critique envers le collège privé qui donne « *trop de devoirs à la maison* », de façon totalement inadaptée selon elle pour les élèves « dys ». Émilio a connu plusieurs périodes de déscolarisation durant lesquelles c'est le « repos » qui était à l'honneur dans la famille. Concernant Adrien inscrit au CNED depuis quelques semaines (il est alors en CE1), Valérie prend en charge elle-même le suivi à la maison, mais ne parvient pas à contraindre l'enfant longtemps au travail lorsqu'il se déconcentre : ils avancent rapidement sur le programme de mathématique qui « fascine » Adrien (ils entament celui de CE2) mais peinent à avancer sur les autres matières, en particulier en français. Valérie souhaite une réintégration scolaire pour son fils afin qu'il reprenne un rythme de travail plus ordinaire, et plus soutenu.

Sofiane apparaît également peu contraint familialement dans l'exercice du travail scolaire :

Enquêtrice : Et il travaillait beaucoup en dehors de la classe ?

Isabelle : A la maison rien du tout. Mais alors rien ! Et toujours pas d'ailleurs. Petit on faisait les devoirs avec lui, et même à la maison on le harcelait, on lui disait : « Mais punaise tu fais jamais tes

devoirs ! ». Mais en même temps il a jamais eu de cahiers propres, il a jamais eu de supports de travail à part les livres et internet. (...) Comme c'est lui qui écrivait ses cours toujours [Sofiane n'a jamais bénéficié du support d'une AVS], la plupart étaient pas lisibles ça servait à rien. Donc c'était internet et ses livres scolaires. Il les lisait le soir avant de se coucher, comme toi tu lis un roman. Après il donnait pas l'impression d'étudier. Mais c'était sa méthode à lui je pense. Sa sœur elle faisait ses devoirs, quand elle étudiait une leçon je lui posais des questions. Mais ça pour lui c'était une corvée. Donc on l'a pas embêté plus que ça, parce qu'il passait quand même de classe en classe. Il avait toujours des 10, des 9 de moyenne. Avec 3 de moyenne en maths. Mais y avait des matières avec lesquelles il rattrapait, comme l'histoire. Et y avait des profs qui étaient gentils, qui lui mettaient des 10 quand c'était juste, pour pas l'embêter.

Sofiane ne dispose pas des supports de cours avec lesquels Isabelle s'est habituée à suivre le travail scolaire (avec Célya), mais comme il « passe les années » et qu'il exprime une culture et un intérêt pour le travail scolaire (il lit, « s'intéresse à plein de choses », aime l'école), Isabelle lui fait confiance sur ses méthodes de travail et ne va pas exercer de pression sur le travail scolaire.

Isabelle comme Valérie semblent concéder une autonomie large à l'enfant qui aurait son propre rythme d'apprentissage, et saurait mieux qu'elles comment s'organiser pour apprendre au mieux – le fait qu'elles aient elles-mêmes interrompu tôt leurs études peut aussi avoir créé chez elles un sentiment d'illégitimité à prendre en main cette tâche. La mise à distance de la contrainte peut aussi se comprendre en lien avec les différentes somatisations des enfants qui les inquiètent et qu'elles associent à la pression scolaire. Cette autonomie conférée à l'enfant et cette vision de l'éducation comme un développement naturel ne supposant pas des interventions systématiques de l'adulte est typique ici des pratiques et représentations des classes populaires et des « techniciens » des petites classes moyennes⁷⁴³, chez qui on observe une « remise de soi à l'enfant » autant qu'aux professionnels pour les questions scolaires⁷⁴⁴. Cette gestion du travail scolaire contraste avec celles des mères du groupe précédent, bien plus coercitives : on se souvient de Marie qui fait refaire le travail non réussi par Franck en classe à la maison en plus des devoirs (notamment la production répétée de lignes d'écriture), ou encore de Laurence qui tient à ce que ses filles en fassent « un peu plus » que ce qui est demandé par l'école, dyspraxie ou pas.

Ce sont les activités scolaires des enfants qui sont limitées également dans ces deux familles. Les enfants ont fait un peu de sport, mais on est loin des pratiques de « rentabilisation développementale » des activités pratiquées par les familles du groupe précédent. Sofiane était « nul » au foot mais il s'y « amusait bien », Émilio a fait du roller car c'était une activité dans laquelle il s'épanouissait (il n'avait pas de difficultés particulières contrairement à d'autres sports).

Les socialisations familiales des enfants Haddad et Esposito à l'école et au travail scolaire apparaissent contrastées (faites de double contrainte ou double exigence : par exemple des aspirations fortes accompagnées d'un mode éducatif peu contraignant) et à effets ambivalents sur la scolarité, mêlant

⁷⁴³ A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit.

⁷⁴⁴ P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit., p. 110.

enthousiasme, labeur, anxiété et difficultés. Elles résultent des « contradictions de l'héritage »⁷⁴⁵, présentes dans tout processus de transmission familiale avec plus ou moins de saillance.

2.3. Une alliance famille/école impossible

2.3.1. Des mères prises au piège de la logique partenariale

Le rapport des parents à l'institution scolaire évolue au cours de la scolarité de l'enfant – nous l'avons vu au travers de l'exemple de la famille Andrieu au chapitre précédent –, et l'on observe un processus interactif entre les attitudes des agents scolaires vis-à-vis de l'enfant et de ses parents, et celle des parents face à l'école, où chacun réadapte son comportement en fonction de celui de l'interlocuteur. Dans ce processus ordinaire, la survenue de difficultés scolaires constitue « une épreuve instituante de la relation » pouvant aller jusqu'à enfermer celle-ci dans un régime de problème⁷⁴⁶. Dans les cas de Valérie et Isabelle, les relations entre elles et l'école vont se dégrader au fur et à mesure de la scolarité de l'enfant et elles incarneront en quelques années la figure du mauvais parent d'élève, non pas celle du parent démissionnaire⁷⁴⁷, mais celle du parent « non compliant »⁷⁴⁸ voire de la mère hystérique – Valérie se disant « *blacklistée* » des écoles de sa commune et Isabelle passant pour « *la casse-couille de service* ». Pourquoi leur investissement dans la scolarité est-il considéré comme déviant, là où il est pour les mères du groupe précédent accepté, voire valorisé ?

Les premières années de scolarisation des enfants, les rapports entre les mères et l'école sont fluctuants, alternant entre années où elles s'entendent bien avec des enseignantes « *aidante* », « *gentille* », « *avec qui on peut discuter* », et années plus difficiles où l'enfant leur semble disqualifié en classe voire « *maltraité* ». Avec l'installation durable des difficultés scolaires de l'enfant, les mères demandent l'application des aménagements scolaires prévus pour les enfants dyspraxiques, lors des réunions formelles, de discussions à la sortie des classes, en leur transmettant une clé USB, etc... sauf que contrairement aux requêtes (similaires) des mères du premier groupe, celles-là n'aboutiront pas, les enseignants les jugeant compliquées à mettre en place. Plus justement, ce qui finit par ressortir des

⁷⁴⁵ Pierre Bourdieu, « Les contradictions de l'héritage », in Bourdieu Pierre et al., *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1993, p.711-718. C'est aussi Gaële Henri-Panabière qui met en exergue les contradictions de l'héritage pour expliquer l'échec scolaire des « héritiers ». G. Henri-Panabière, *Des « héritiers » en échec scolaire*, op. cit.

⁷⁴⁶ J.-P. Payet, *Ecole et familles. Une approche sociologique*, op. cit.

⁷⁴⁷ Figure régulièrement déplorée des agents scolaires lorsque les travaux sociologiques montrent qu'il s'agit de parents « invisibles » et non en démission. D. Thin, *Quartiers populaires*, op. cit. ; P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit. ; D. Glasman et F. Ouevrard, *La déscolarisation*, op. cit. ; P. Périer, *Les parents invisibles. L'école face à la précarité familiale*, op. cit.

⁷⁴⁸ La compliance est un terme indigène, davantage mobilisé par les professionnels du soin que ceux de l'école, mais qui révèle bien les attentes des agents scolaires. Un patient (et dans ce cas un parent) compliant est un patient qui adhère et se plie au projet de soin tel qu'il a été formulé par l'équipe soignante. Ici donc, les mères non-compliantes sont celles qui refusent le projet scolaire formulé par l'école pour l'enfant.

négociations où les mères se font de plus en plus insistantes, c'est que les enseignants refusent l'explication cognitive : ils ne parviennent pas à être convaincus qu'un trouble neurocognitif soit à l'origine des difficultés scolaires des deux enfants, et restent persuadés que l'enfant ne fournit pas assez d'effort et qu'il n'a pas chez lui les conditions (éducatives culturelles et/ou psychoaffectives) nécessaires à la réussite scolaire. Valérie se fait elle-même conseiller un psychiatre pour régler ses propres problèmes, et la famille Haddad est à plusieurs moments du parcours scolaire de Sofiane renvoyée à ses origines socio-rationnelles, comme lorsque l'enseignante de maternelle s'inquiète de la langue parlée à la maison et des modes de vie familiaux.

Face au refus des enseignants d'appliquer les protocoles pour « dys » et devant la dégradation de l'état de l'enfant, les mères vont user de stratégies alternatives et parfois originales pour améliorer tout de même les conditions de scolarisation de leur enfant – que je détaillerai au point suivant 2.4. Elles vont en premier lieu s'opposer aux préconisations enseignantes en refusant des orientations (redoublement et classe DP4 proposés à Sofiane au collège⁷⁴⁹), ou en déscolarisant l'enfant lorsque le suivi de la classe apparaîtra trop éprouvant (Émilio en CM1, Adrien dès la maternelle). Elles mobilisent pour cela les bilans des médecins et des rééducatrices, menacent même de faire intervenir la hiérarchie de l'Éducation Nationale et de la MDPH, voire d'entamer une procédure judiciaire si on ne leur procure pas ce à quoi ils ont droit. Là où ces techniques ont fonctionné pour les mères du groupe précédent, elles se révèlent ici d'une efficacité très relative et laborieuse⁷⁵⁰ : Isabelle n'obtient une prise en charge satisfaisante qu'à la fin de la 3^{ème}, lorsque « *c'était trop tard de toutes façons* », Valérie se décrit comme « *en lutte permanente* » à partir du CM1. C'est alors que le conflit s'envenime et que les pratiques et choix maternels vont être négativement sanctionnés par l'institution : se construit peu à peu l'image de mauvais parents d'élèves avec qui le partenariat ou la collaboration n'est pas possible.

Valérie se fait « *mal voir de l'académie* » et accusée de « *harcèlement et de diffamation* » par la MDPH. « *Mais on est obligées de les appeler tout le temps, y a que ça qui marche* ». Elle voit aussi débarquer chez elle les services sociaux suite à un signalement de l'école à l'ASE lorsqu'Émilio est en CM1 (et une deuxième fois quelques années plus tard après la déscolarisation d'Adrien). Concernant la famille Haddad, c'est davantage un climat de défiance réciproque qui s'instaure et croît durant la scolarité collégienne de Sofiane, chaque partie refusant la définition du problème établie par l'autre, ainsi que les solutions qu'ils proposent. Tandis que Valérie passe pour une mère hystérique et se fait fermer les portes des écoles de sa commune (elle n'a plus le droit de venir soutenir des parents en équipe éducative bien qu'étant représentante associative avec DMF), Isabelle passe pour une mère bornée, irréaliste quant aux capacités de son enfant, et pathologiquement insistante envers l'institution scolaire. « *Je le sais de toutes*

⁷⁴⁹ Dans un premier temps, avant que le CRTLA produise le bilan de dyspraxie et l'accompagne de recommandations scolaires (le médecin insiste auprès de la famille pour que Sofiane poursuive des études), Isabelle accepte le redoublement de la 6^{ème} proposé par le collège. Elle n'avait alors « *pas d'avis* » et faisait « *confiance au collège sur ces questions* ».

⁷⁵⁰ Rappelant l'« efficacité incertaine » des luttes des familles populaires qui résistent avec peine contre la domination sociale et symbolique de l'école. P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit.

façons qu'ils ne me prenaient pas au sérieux. (...) Au bout d'un moment ils m'écoutaient même plus. Je m'en fous, je leur demandais [les aménagements scolaires pour élèves dyspraxiques] quand même à chaque fois ».

Les rapports conflictuels – ce que sont devenus les rapports entre ces deux familles et l'école – sont d'après Pierre Périer « redoutés des enseignants » en ce qu'« ils déjouent les règles de sociabilités et de l'échange observées dans les institutions »⁷⁵¹ : le paradigme du partenariat à l'école « rejette hors de son périmètre d'acceptabilité morale les griefs et autres critiques dont les parents seraient porteurs »⁷⁵² (p.84). P. Périer reprend également les travaux de Cléopâtre Montandon qui montraient que l'absence de polémique ou de différend était un des critères de qualité du partenariat pour les enseignants, à la recherche d'une « coopération aimable »⁷⁵³. Seulement, les autres mères de l'enquête se sont aussi opposées à des discours, des pratiques et des propositions venant de l'institution scolaire (théories enseignantes sur la difficulté, redoublement, orientation hors du cursus généraliste...) et ont aussi parfois imposé les aménagements scolaires lorsque les enseignants se montraient réticents. Il semble alors que ce ne soit pas en soi les pratiques des mères qui sont sanctionnées par l'institution (insistance, opposition et tentatives d'imposition) mais leurs pratiques au regard de qui elles sont, des femmes de milieux populaires, détenant peu de capital scolaire et donc peu légitimes à intervenir dans les affaires scolaires de leur enfant, et encore moins à s'y imposer. On attend de ces familles-là qu'elles soient compliantes avec l'institution (à défaut de pouvoir fournir à l'école des enfants déjà scolaires qui seront des « bons élèves »⁷⁵⁴), qu'elles adhèrent au projet établi par les professionnels et suivent les recommandations qui leur sont formulées⁷⁵⁵. Elles déjouent les règles de sociabilités en ce qu'elles ne se conforment pas aux comportements attendus des personnes de leur classe.

Si ces mères sont exclues d'un rapport collaboratif à l'école, c'est aussi du fait de la logique partenariale élaborée de façon unilatérale par l'institution, et qui fonctionne comme « un moyen de retenir les seuls parents bien prédisposés grâce à leurs "qualités" et à un accord préétabli sur les sujets de négociation soumis à l'entente »⁷⁵⁶.

⁷⁵¹ *Ibid.*, p. 120.

⁷⁵² *Ibid.*, p. 84.

⁷⁵³ Cléopâtre Montandon, Montandon 1994, « Les relations parents-enseignants dans l'école primaire », in P. Durning et J.-P. Pourtois, *Education et famille*, Bruxelles, De Boeck Université, 1994.

⁷⁵⁴ Au sens sociologique tel que défini par Régine Sirota, voir ci-avant au point 1.2.1.

⁷⁵⁵ J.-P. Payet et al., « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes », art cit.

⁷⁵⁶ P. Périer, *École et familles populaires*, op. cit., p. 84. Pour les familles des classes populaires, les espaces d'échange se révèlent être des « espaces de production du consentement parental » davantage que des espaces de coopération réciproque. F. Deshayes et al., « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », art cit.

2.3.2. La construction de la radicalité

Comme la position de retrait, la présence excessive ou non conforme des parents de milieux populaires les expose à la réprobation de l'école. La bonne distance à l'institution apparaît alors difficile à tenir pour certains groupes sociaux. Ces réprobations successives ont généré peu à peu une désolidarisation des parents vis-à-vis de l'école (pour « faire bloc » avec leur enfant⁷⁵⁷) qui s'est ensuite muée en véritable dégoût, du moins du cadre scolaire et de ses agents.

A l'origine, Isabelle et Valérie faisaient confiance à l'institution et ses jugements, et c'est « la difficulté à gérer les étiquettes professorales stigmatisantes (élèves en difficulté) sur leurs enfants » qui va « céd[er] la place à des formes de méfiance, voire de défiance »⁷⁵⁸. Elles vont user de différentes techniques et stratégies de négociation avant de devenir plus radicales, comme par exemple en retirant l'enfant d'un cours où l'enseignant ne met pas en place les aménagements demandés. Là où les enseignants semblent essentialiser l'agressivité des mères (en les pathologisant notamment ou en les renvoyant à leur « milieu »), l'analyse du parcours donne à voir des pratiques familiales qui sont graduelles avec le temps en intensité⁷⁵⁹, et qui répondent aux refus et aux disqualifications successives de l'institution. Si elles sont radicales, c'est bien parce que l'institution se ferme aux négociations avec les familles, refusant de les considérer comme des partenaires et cherche à maintenir l'ordre (implicite) établi. « Par ce terme [celui de radicalité], nous entendons à la fois des actes, des faits ou des comportements qui transgressent des normes établies, et la réaction à ces transgressions de la part des institutions, qui y voient une menace de subversion pour l'ordre moral, social et politique dont elles sont les garantes »⁷⁶⁰. Laurent Bonelli et Franck Carrié définissent la radicalité dans une perspective relationnelle comme un jeu de transgressions/réactions, où les pratiques déviantes des individus vont faire l'objet de classifications et d'actions de la part des institutions et à leur tour provoquer des ajustements de pratiques, jusqu'à produire une vraie rupture, où chaque partie durcit ses positions.

La radicalité de ces mères n'est pas critiquée des seules institutions, mais aussi de certains parents, qui en entretien s'y réfèrent. Irène et Marie me parlent par exemple des pratiques de « certains parents » qu'elles jugent trop agressives, en opposition à leur conception « *plus mesurée* » (Irène) des négociations ;

⁷⁵⁷ J.-M. de Queiroz, *La désorientation scolaire. Sur le rapport social des familles populaires urbaines à la scolarisation*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris 8, France, 1981.

⁷⁵⁸ C. Delay, « L'impératif scolaire du partenariat et son appropriation partielle au sein des familles populaires : un exemple genevois », *Education et sociétés*, 2013, 32, p.147.

⁷⁵⁹ On pense ici au programme sociologique d'Howard Becker dépeint dans « Les ficelles du métier » qui souligne la nécessité de retracer pas à pas des parcours individuels et plus généralement des processus afin de comprendre les gestes radicaux (il parle lui de « finalité radicale ») des individus. H.S. Becker, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002. Dans ce cas, le retrait de l'enfant de l'école n'est pas compréhensible si l'on ne retrace pas l'ensemble des expériences scolaires familiales successives.

⁷⁶⁰ Bonelli Laurent et Carrié Fabien, *La fabrique de la radicalité. Une sociologie des jeunes djihadistes français*, Paris, Éditions du Seuil, 2018, p.16. La radicalité des mères dont il est question ici n'a évidemment que peu à voir avec la radicalité politique des jeunes djihadistes français. Néanmoins, la théorisation qui en est faite (envisager la radicalité comme un processus relationnel) permet d'extraire la notion de son terrain originel et montre sa pertinence sur des objets qui en sont éloignés.

je comprends qu'elles se réfèrent entre autres à Valérie, qu'elles ont connue dans le cadre militant (elles appartenaient à la même association de parents d'enfants « dys » avant la scission nationale, et se croisent encore régulièrement aujourd'hui lors d'événements associatifs). « *Eux ils vont plus aller vers le procès, vers des actions plus euh... visibles au niveau de la revendication que nous. (...) Moi j'aime pas ça, je pense qu'on arrive à rien comme ça* » (Irène).

Marie : On n'obtient rien comme ça. (...) Ce n'est pas ma façon de faire » (Irène). « Ce sont des personnes charmantes mais qui sont dans l'affrontement. Dans le sens où si on n'applique pas telle chose pour son fils, on va au carton, on fait venir l'avocat, il faut appliquer ceci cela. Nous, à l'association, on a toujours été dans le... il faut que ce soit appliqué, mais on le fait intelligemment, par la médiation, par... moi ça me convient mieux dans ma philosophie, on est dans le dialogue. Même s'il y a des professeurs qui a un moment donné ont fait des erreurs. On le sait, mais dans ce cas-là j'ai pris des rendez-vous, j'ai essayé de discuter avec eux, mais j'ai pas dit : « Voilà le PPS c'est ça, vous le faites pas, ça va pas ». Non, ça ne fait pas avancer les choses. Enfin, moi j'estime que ça fait pas avancer les choses.

De façon réciproque, Valérie reproche aux autres associations leur manque de contestation et leur proximité avec les milieux politiques et institutionnels (rectorat, MDPH...). Elle revendique le conflit avec les institutions, nécessaire tant que les enfants et leurs familles ne bénéficient pas des traitements et dispositifs adaptés (scolaires, de soin, aides financières...) : d'après son expérience personnelle et associative, trop de scolarités d'enfants dyspraxiques se passent mal, et les parents n'ont pas assez de recours du fait que les inspecteurs ne soient pas formés, les MDPH trop restrictives, etc...

Valérie : Nous, là, on s'est un peu lancés dans le combat de la MDPH, et toutes les autres associations elles font partie de la CDAPH [organe décisionnaire de la MDPH composé d'un tiers de représentants de personnes concernées]. Du coup, ils bougent pas, parce qu'en fait être en CDAPH ça empêche le conflit avec la MDPH. (...) Ils sont un peu politisés moi ça me gêne.

Enquêtrice : Politisés dans quel sens ?

Valérie : Ben ils sont plus appuyés par un maire, par certains élus... Ils vont essayer d'être très bien avec le rectorat sous prétexte d'avoir droit à certaines choses... Enfin nous on est plus... nous on veut garder notre indépendance. Parce qu'à partir du moment où on veut conclure des accords avec le rectorat, avec la MDPH, le combat il est difficile après, pour faire valoir la loi. Parce qu'après on est copain avec untel.

Ces conceptions différentes du militantisme de parents d'enfants « dys »⁷⁶¹ me semblent renvoyer d'une part à des caractéristiques sociales des parents impliqués et d'autre part à des expériences scolaires divergentes. Plusieurs membres des associations APEDYS, DFD, FFDys (auxquelles appartiennent Marie et Irène) ont des connexions dans les milieux politiques et institutionnels (mairies, députés, MDPH...) ainsi que médicaux, et occupent des professions (juristes, médecins, managers...) qui les rendent à l'aise dans les négociations interpersonnelles comme institutionnelles, comme vu au point précédent. Discuter avec

⁷⁶¹ Cette dichotomie entre associations méfiantes des institutions (indépendantes politiquement) et associations qui s'associent avec les pouvoirs publics est historique du militantisme autour du handicap. G. Gourgues, « Les personnes handicapées font-elles de « gentils » participants ? », *Terrains & travaux*, 2013, N° 23, 2, p. 179-195. « Bien que minoritaires parmi les mouvements de défense de personnes handicapées, ces militants revendiquent leur "méchanceté" pour affirmer leur refus de la docilité face à l'alliance entre institutions spécialisées et grandes associations dans une gestion "caritative" et paternaliste du handicap (Turpin, 2000). » p.181

les institutions, comprendre et accepter leurs enjeux propres⁷⁶², participer au processus institutionnel d'attribution des dispositifs, et co-construire les parcours (participer à faire changer les choses « de l'intérieur » en somme) leur apparaît évident (c'est ce qu'ils savent faire) et plus efficace. A l'inverse, les membres à la tête de DMF tels que Valérie, occupent des emplois davantage dominés et ne parviennent pas à considérer les institutions comme des partenaires, car elles auraient des intérêts divergents de ceux des familles. « *Alors j'ai un inspecteur qui m'a dit : "Mais madame Esposito, c'est la manière dont vous vous comportez. Si vous vous comportiez autrement on travaillerait ensemble". Ça ne m'intéresse pas de travailler avec eux dans ces conditions-là* » (Valérie). « Ces conditions-là », ce sont les conditions de prises en charge des enfants qui ne sont pas à la hauteur selon elle. Et c'est bien une des raisons des divergences de vue des associations : les parents ne racontent pas les mêmes expériences scolaires, les militantes de DMF rapportant beaucoup plus d'expériences de refus, de blocages et de conflits. Par exemple, alors que lors d'une conférence du soir, DFD présente un collège local (public) comme étant à la pointe des prises en charge pour enfants « dys » du fait d'une étroite collaboration entre les parents, le collège, les soignants et autres partenaires institutionnels (la mairie par exemple), Valérie me dit après en entretien ne pas avoir eu « les mêmes retours » : « *Nous on a des parents qui sont partis de cet établissement* ». Plusieurs des membres de l'association ont fini par scolariser leur enfant « dys » dans une école privée hors contrat (comme l'a fait Valérie pour ses trois fils), les ayant ainsi, selon leurs termes, « sauvés de l'échec » et du milieu adaptés (ITEP, CAT...). Tant que l'école poussera les enfants vers des voies disqualifiantes « *pas à la hauteur de leur intelligence* », Valérie ne conçoit de pas collaborer avec elle.

En analysant la construction du conflit entre l'école et les familles Esposito et Haddad, une question survient : alors que nous avons vu que pour les mères du groupe précédent, les rééducatrices et médecins pouvaient avoir une fonction de pacification de la relation école/famille lorsqu'un désaccord survenait, qu'en est-il pour ces deux cas ? Sont-ils absents des négociations ? Quels rôles jouent ces professionnels auprès des familles Haddad et Esposito ?

2.3.3. Des rééducateurs scolaires qui ne font pas médiation

La question trouve vite une réponse dans le cas de Sofiane qui ne sera que très peu suivi par des rééducateurs tout au long de son parcours – en plus de ne quasiment pas bénéficier des aménagements scolaires recommandés. Il effectue des séances chez le psychomotricien de ses 7 à ses 9 ans, puis quelques séances chez une ergothérapeute lorsqu'il a 13 ans, auxquelles Isabelle met vite fin⁷⁶³, n'ayant jamais trop

⁷⁶² Les mères du premier groupe soulignent à plusieurs reprises leurs connaissances et leur compréhension des difficultés que rencontrent les enseignants dans la prise en charge des enfants dyspraxique (l'enfant est difficile à gérer, les enseignants ont un groupe classe à gérer avant tout...) et vont chercher dans leurs pratiques à les aider (en leur facilitant la tâche) autant que les contraindre. Cette empathie réciproque semble favorisée par la proximité sociale entre mères et enseignants.

⁷⁶³ Isabelle aurait souhaité faire suivre davantage son fils mais elle n'a jamais eu de bon relationnel (ni Sofiane) avec les rééducateurs consultés et n'a pas observé l'efficacité de leur travail. Contrairement aux autres familles, ils n'ont pu aller « voir ailleurs » puisqu'à l'heure où s'exécutent les séances, le psychomotricien et l'ergothérapeute sont les seuls de leur profession à exercer sur Coulanges. Il faut aussi rappeler que pour cette famille plus que pour les autres, les rééducations en libéral représentent un effort financier considérable.

perçu l'intérêt des rééducations qui sont par ailleurs coûteuses pour la famille. Elle aurait aimé avoir plus de choix pour « *essayer autre chose* » mais seul un psychomotricien et une ergothérapeute sont installés dans la ville où ils habitent. L'absence de rééducations mises en place sera d'ailleurs reprochée à la famille par le collègue, qui considère que la part du travail familial pour aider Sofiane n'est alors pas réalisée. Quoiqu'il en soit, c'est donc Isabelle qui seule porte et défend les bilans (para)médicaux à l'école.

Émilio est lui en revanche un grand client des rééducateurs car il exécute tout au long de sa carrière scolaire plusieurs séances hebdomadaires, et connaîtra au total une dizaine de professionnels :

	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}	2 nd	1 ^{ère}	Term
Psychomot.	Psychomot 1		Psychomot 2				Psychomot 3			Psychomot 4			
Orthopho.			Ortho 1								Ortho 2		
Psychologue	B1*			B2		Psycho 1							
Ergo.								Ergo 1					
Neurologue		B1	Suivi régulier CRTLA (1/an)								Neuro en lib.		
Psychiatre						Pédopsy enfant-do (1/3sem.)							

*B = Bilan

Adrien suit là encore les traces de son frère puisqu'il entame ses suivis dès ses 3 ans, et, à 7 ans, il a déjà été suivi par trois rééducatrices en libéral, une psychologue en CMPP, et réalise actuellement son troisième bilan neurologique (du fait d'un désaccord entre la famille et la MDPH) pour définir ou écarter un autisme.

Quelles postures tiennent ces professionnels du monde médico-psychologique alors que les relations entre la famille et l'école (puis la MDPH) se dégradent ? Valérie décrit des professionnels impliqués, efficaces, soutenant, et ayant un très bon relationnel avec Émilio comme avec elle. « *Encore aujourd'hui ce sont des amies, elles l'appellent de temps en temps pour avoir de ses nouvelles et vice versa* ». Valérie se montre très satisfaite du contenu des rééducations et en particulier de leur efficacité scolaire : c'est d'ailleurs le rôle principal qu'elle leur attribue, puisqu'elle les définit, l'orthophonie et la psychomotricité, « *un peu comme des cours particuliers* ». Le recentrage des rééducations sur les apprentissages scolaires semble s'être effectué peu à peu d'après l'avis des parents, des rééducatrices et d'Émilio, voyant que l'enfant était d'une part très fatigable (il s'agissait de ne pas lui faire vivre une double semaine de travail avec les rééducations), et d'autre part qu'il ne parvenait à transférer les savoir-faire acquis auprès des rééducatrices dans ses exercices scolaires. « *Alors on s'est dit qu'il fallait faire venir l'école dans la psychomotricité. Ainsi la psychomotricienne et l'orthophoniste voyaient où étaient vraiment ses difficultés. Et ça nous a bien permis de progresser* » (Valérie).

Valérie : Mme Leroy [la psychomotricienne qui suit Émilio de la 2nd à la Terminale] a été bien parce qu'elle a vraiment travaillé l'organisation, elle l'a aidé à travailler pour son bac de français, et organiser ses cours, ses pensées, structurer tout ça. Les deux dernières années, les rééducations sont vraiment centrées sur le scolaire, et s'il a eu le bac de français c'est grâce aussi à la psychomotricienne. Il a eu 16 et 17. 16 à l'oral, 17 à l'écrit.

Valérie se sert alors des rééducatrices comme d'un appui dans le soutien à la scolarité de son fils, de la même manière que nous l'avons observé chez les mères du groupe précédent, ainsi que d'autres de l'enquête. Comme elles, Valérie prend conseil auprès de ces professionnelles pour la gestion des affaires scolaires, comme lorsque l'école propose le redoublement d'Émilio en CE1 : « *Enquêtrice* : Vous avez été conseillée pour cette histoire de redoublement ? – Valérie : La psychomotricienne nous avait dit que ça servira à rien. On a suivi les conseils de la psychomot et on a dit : "On le fait passer en CE1" ». En revanche, Valérie ne parle pas à leur propos d'intervention dans le cadre scolaire. Elle dit s'appuyer sur leurs bilans et leurs préconisations, et décrit d'un grand soutien de leur part, mais qui semble avant tout technique et moral : elles lui donnent la légitimité et la force pour suivre son combat. Mais elle ne relate jamais la venue d'un professionnel dans l'école, ni appels téléphoniques ou autres contacts enseignants/médecins ou enseignants/rééducatrices. Cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas de contact avec les enseignants, mais il ne semble pas qu'elles aient joué la médiation, et moins encore qu'elles se soient opposées frontalement aux propositions de l'école. L'absence d'entretiens avec ces professionnels⁷⁶⁴ fait ici défaut à l'analyse, en ce qu'ils nous auraient permis de mieux cerner leur rôle auprès de cette famille, leurs espaces d'intervention ainsi que leur position vis-à-vis des pratiques scolaires de Valérie et de ses conflits avec les institutions de l'enfance.

Avant de passer au point suivant, on peut tout de même dire que Isabelle et Valérie ont su trouver du soutien ailleurs que chez les rééducateurs. Valérie est devenue représentante associative départementale et s'est beaucoup appuyée sur les autres militants et militantes à plusieurs moments du parcours : pour constituer le dossier MDPH, trouver au plus vite les professionnels spécialisés dans les troubles des apprentissages, se faire accompagner dans les équipes de suivi de scolarisation... Isabelle s'est toujours tenue à distance du milieu associatif par « *peur de perdre son propre discours* » – il faut préciser qu'il n'y a pas d'association de parents d'enfants « dys » dans sa ville lorsque Sofiane est en âge scolaire. En revanche elle fera des rencontres utiles lors de son expériences d'AVS et saura se saisir de soutiens temporaires, comme lorsqu'elle sollicite un inspecteur ASH qui leur donne un jour une formation. Après lui avoir expliqué sa situation, ce dernier décide d'intervenir auprès de la direction du collège de Sofiane afin de leur expliquer l'illégalité du non-respect des protocoles MDPH pour les élèves « dys ». L'appui est tardif, puisqu'en fin de 3^{ème}, Sofiane a déjà pris des habitudes de travail (il ne veut par exemple pas de l'AVS, ni ne s'intéresse aux photocopies des cours) et la scolarité au collège s'achève. Mais cela fait pour Isabelle « un combat de gagné » et la remobilise dans ses efforts pour soutenir la scolarité de son fils.

⁷⁶⁴ Je me suis entretenue avec une des psychomotriciennes d'Émilio, mais avant que je sache qu'elle l'avait suivi : nous n'avons donc pas échangé sur ce cas particulier.

2.4. Des tactiques de résistances aux stratégies alternatives de scolarisation

Au final, Sofiane n'aura presque rien connu des dispositifs scolaires et de soin pour dyspraxiques, malgré une demande et un investissement fort de sa mère. Émilio suit lui les rééducations et bénéficie également de plusieurs aménagements scolaires tels que l'AVS, et, selon les années, des photocopies, tiers-temps et autres. Dans les deux cas les mères sont insatisfaites des conditions de scolarisation de leur enfant, et face aux échecs répétés des négociations avec les enseignants, elles vont employer des stratégies alternatives en vue d'atteindre le baccalauréat général. L'état de santé physique et mental de l'enfant est une donnée importante de leurs décisions, décisions qui n'apparaissent pas toujours comme les plus efficaces scolairement

2.4.1. Le refus

Si le trouble cognitif est difficile à faire reconnaître par Isabelle et Valérie à l'école, l'accès au diagnostic marque tout de même une rupture dans les trajectoires, du fait que les mères modifient leur attitude face à l'institution scolaire. Elles adoptent une posture de vigilance critique face aux avis scolaires et décident de se référer aux autorités médicales pour prendre des décisions pour la santé et la scolarité de l'enfant

Valérie : Donc ça a vraiment été de la maltraitance verbale jusqu'à Pâques [du CP], où là le docteur Truchot a posé le diagnostic. Donc là en tant que parents on s'est dit : « On va plus laisser faire l'école, là c'est terminé ! » Les insultes, les maltraitances, c'est terminé. Donc on a terminé le CP, l'institut a demandé le redoublement et on l'a refusé. On a insisté pour qu'il passe en CE1.

Isabelle [après m'avoir expliqué son regret d'avoir accepté le redoublement, une fois qu'elle a eu rencontré le CRTLA] : Mais là j'ai un dossier, et j'acquies un discours, une compréhension tu vois, et là c'est parti ! (rires) On attaque la deuxième 6^{ème} avec un super dossier, la MDPH et tout. (...) C'est vrai qu'une fois que Purpan m'avait dit ça [que Sofiane n'aurait pas dû redoubler au vu de ses compétences intellectuelles], je me suis dit : « mais qu'est-ce que j'ai fait ? » C'est vrai qu'avec 12 de moyenne, pourquoi il a redoublé ?? Parce qu'ils m'ont tellement fait peur sur sa difficulté, son handicap scolaire (enfin le mot était pas employé à l'époque), et moi j'étais tellement obnubilée par ce gosse qui était étrange que je suis allée dans leur sens. Il fallait qu'il redouble, j'ai pas tenu compte de sa moyenne. Erreur de ma part... mais bon quand tu sais pas j'avoue, tu te dis l'école ils savent mieux que toi... Et en fait non, maintenant je le sais (sourire).

Le diagnostic médico-psychologique conforte leur représentation de leur enfant, intelligent, volontaire et aimant l'école (il est donc à leur yeux « cohérent ») contre les jugements scolaires dépréciatifs qui les qualifient de fainéants, peu capables ou même fourbes. L'expertise médicale va être le support des premières stratégies de résistances et le point d'appui d'un véritable capital combativité pour ces deux mères face à l'institution scolaire. Elles vont commencer par refuser ce qu'on leur propose.

Ces refus s'expriment d'abord dans les propositions de redoublement et d'orientation hors du circuit scolaire ordinaire. Peu à peu, Valérie et Isabelle sortent de la logique de « remise de soi » à

l'institution, elles vont apprendre les codes et le fonctionnement scolaires afin d'accroître leur maîtrise sur cette dernière. C'est aussi en exerçant le métier d'AVS⁷⁶⁵ durant deux années, alors que Sofiane est au collège, qu'Isabelle apprend à mieux comprendre le système scolaire et son fonctionnement plus officieux.

Isabelle : Par exemple Sofiane au collège on me convoque pour me présenter la DP4 [le collège allait ouvrir une section l'année suivante et « avait pensé à Sofiane en premier »], mais avec les violons et tout. Sauf qu'à ce moment, moi je travaillais dans un collège [en tant qu'AVS] et la DP4... c'est des gamins qui ont des problèmes de comportement, de compréhension, c'est des ânes finis. C'est genre un peu mieux qu'une SEGPA, mais bon après ça tu vas en professionnel quoi. (...) Et là ils me présentent le truc : « Y a une nouvelle classe, c'est pas vraiment pour les élèves qui ont des difficultés mais pour ceux qui ont besoin d'un accompagnement » gnagnagna... Moi je savais qu'à la fin ils allaient dire « DP4 » et que moi j'allais dire « non », mais je les ai laissés déballer tout leur truc. Et à la fin j'ai dit « non », et ils étaient trop énervés !! (Rires) « Mais vous voulez quoi à la fin » ils m'ont dit. « Ben je veux qu'il fasse sa scolarité normalement, c'est tout ».

Refuser ou surmonter les obstacles, c'est aussi les anticiper. Et c'est ce que va faire Isabelle, désormais convaincue que l'école va chercher de façon cyclique à écarter son fils de la voie « normale ». Elle devient à cet effet déléguée des parents d'élèves lorsque Sofiane est en 5^{ème} : « (...) depuis la 5^{ème} on veut me l'orienter en filière professionnelle, bien sûr : CAP, BEP, ce qu'on veut... mais pas en général c'est clair. » Isabelle et Valérie maîtrisent finalement, par expérience de la domination, une certaine vulgate sociologique de l'école : le travail de conviction de la part des agents scolaires (la présentation de la DP4 « avec les violons et tout »), le passage par l'éducation spéciale qui signe la sortie définitive du cursus ordinaire, le traitement différencié des élèves selon leur origine socio-raciale⁷⁶⁶, etc... Elles ne sont pas fatalistes pour autant, puisque, pour déterminer le projet scolaire, ce n'est pas l'origine sociale de l'enfant qui compte, ni les avis enseignants et pas même les notes que récoltent l'enfant : ce qui importe, ce sont leurs résultats aux différents tests neurocognitifs (en orthophonie, psychomotricité et plus encore le bilan de QI) qui valident selon les médecins la pertinence de la scolarisation de ces enfants intelligents et capables en milieu ordinaire.

Refuser une orientation ne suffit pas à procurer à l'enfant une scolarité dans laquelle il s'épanouit et révèle ses capacités. Pour sortir des « maltraitances » (c'est ainsi qu'elles qualifient le traitement scolaire de leur enfant certaines années) et des conflits avec l'école, elles vont chercher, de façon plus ou moins heureuse, à l'extraire temporairement de la classe pourtant désirée.

⁷⁶⁵ Ce n'est pas dans une optique stratégique qu'Isabelle devient AVS (dans l'idée par exemple de connaître l'école de l'intérieur) mais bien parce que les offres d'emploi pour femmes peu qualifiées sont rares lorsqu'elle décide de reprendre une activité salariée à temps partiel.

⁷⁶⁶ EN tant qu'AVS, Isabelle se confronte aux théories du handicap socioculturel, lorsque les agents scolaires ne veulent pas faire tester un enfant du voyage pour une éventuelle dyspraxie. « J'ai essayé de lui [à l'enseignante du RASED de l'école primaire publique dans laquelle elle travaille l'année suivante] dire que quand les gamins galéraient sur la tenue des cahiers et tout c'était pas forcément une question de mauvaise éducation mais peut-être une dyspraxie. Je lui parlais de nous, et c'est vrai que si j'avais pas le verbe, on serait passés... Pour moi c'est clair. J'ai eu la chance de faire AVS, et surtout d'arriver à m'exprimer correctement à l'oral en français, je m'en suis rendue compte » (Isabelle).

2.4.2. Déscolariser l'enfant pour l'amener « au bout »

En CM1, le conflit se durcit entre la famille Esposito et l'école à propos de la scolarité et de l'état de santé plus général d'Émilio : les avis parentaux et enseignants divergent fortement autour des capacités et de l'implication d'Émilio. Les notes de l'enfant sont irrégulières, les jugements enseignants négatifs et Émilio ne veut plus se rendre à l'école jusqu'à faire des malaises, se plaindre de douleurs abdominales ainsi que de fortes migraines. Ses parents mettent en place un suivi psychologique avec un pédopsychiatre de l'hôpital Purpan, et voyant la situation se dégrader, ils décident de déscolariser l'enfant à Noël le temps qu'il se repose et reprenne des forces. Ce choix parental sera fortement sanctionné par l'institution, puisqu'il entraîne la venue des services sociaux sur un signalement fait par l'école. Pour autant, Valérie ne voit pas d'autres solutions quand l'enfant est au plus mal (mentalement comme physiquement), et elle réitérera plusieurs fois cette pratique de déscolarisation quand elle sentira Émilio proche de « craquer » : quelques journées en CM2 lorsque l'enfant montre des signes inquiétants, le dernier mois de l'année de la 6^{ème} dans l'établissement privé jugé trop exigeant, ainsi que dans certaines matières les années suivantes au collège public.

Valérie : Après on a eu une 4^{ème} relativement bien, sauf la prof de français qui voulait rien entendre : au mois de mai, on a arrêté d'aller en français. Quand un enseignant il a 40 ans de carrière et qu'il veut pas changer sa méthode, y a rien à y faire. Donc tant pis, on a fait le choix d'arrêter d'y aller. Là on a été très mal vu par l'académie. Mais c'est aussi un conseil qu'on [l'association à laquelle elle appartient] donne aux parents, à un moment donné, quand on peut plus on peut plus quoi !

C'est au début un choix difficile, mais avec les années, elle déscolarise Émilio sans remord malgré les réprimandes et sanctions institutionnelles. Elle en fait parfois un argument dans les négociations, qui lui sert selon elle à obtenir plus rapidement les aménagements souhaités

Enquêtrice : Vous avez quel rapport avec l'école ? C'est compliqué ? Ça dépend des personnes ?

Valérie : Alors je me suis très souvent énervée contre l'école. C'est toujours conflictuel. L'école elle a toujours le temps. Pour eux, il faut laisser le temps que les choses se fassent. Mais les mois passent et rien ne se fait. Alors j'ai pris le taureau par les cornes, et maintenant quand ça va pas c'est tout de suite ou pas du tout. Ils ne veulent pas fournir l'AVS ? ça ne sert à rien qu'Émilio aille en cours sans AVS, et si ça leur convient pas c'est pareil, j'ai pas d'obligation. Du coup on l'a obtenue la semaine d'après.

C'est aussi son plus jeune fils Adrien qu'elle déscolarise dès le CE1, voyant l'histoire se reproduire (non-acceptation du diagnostic par l'école, refus des aménagements souhaités...), Adrien ayant en sus des difficultés à vivre au milieu du groupe, du fait d'une thématique autistique. La déscolarisation totale d'Adrien (avec inscription au CNED) apparaît pleinement dans sa dimension contrainte, car Valérie souhaite obtenir une réintégration en établissement mais n'y parvient pas. Si elle trouve que son fils « va mieux », elle observe également qu'il perd en autonomie sur le travail scolaire, et probablement en compétences sociales. Les négociations sont bloquées entre Valérie qui souhaite une scolarité à temps partiel, la MDPH une scolarité à domicile, et l'école une scolarité ordinaire.

Isabelle n'est jamais allée jusqu'à déscolariser Sofiane mais parce que celui-ci ne l'a pas accepté. Elle lui a proposé plusieurs fois de rester des journées ou demi-journées à la maison lorsqu'elle voyait son état physique se dégrader, mais son fils n'a jamais voulu rater l'école.

La pratique de déscolarisation est difficile à appréhender dans sa rentabilité scolaire. Les enfants ne rattrapent pas à la maison les enseignements manqués du fait de leur absence en classe : Émilio « se repose », Adrien est vite fatigable, et Valérie ne lui fait pas faire de longues journées de travail. Dans le même temps, ces temps hors école leur offrent une soupape de décompression avant une rupture définitive, ou du moins plus radicale avec l'institution scolaire – Émilio a évoqué plusieurs fois l'idée d'arrêter l'école et même de se suicider. La déscolarisation apparaît ici comme une tactique de court terme, de réaction, afin de maintenir à flot un état de santé général des enfants et adolescents. « *Sincèrement on ne sait pas du tout parce qu'avec Adrien on a pris l'habitude de gérer au jour le jour. (...) L'Education Nationale veut un projet à long terme, mais pour nous c'est pas possible* ».

2.4.3. Une mobilité scolaire originale aux effets contrastés

Isabelle et Valérie ont toutes deux un objectif qu'elles veulent atteindre : faire accéder leur fils au baccalauréat général. « *Qu'il le rate parce qu'il n'aura pas assez travaillé, mais pas à cause de son handicap* » (Isabelle). Refuser les sorties de route ne suffit pas, car l'état de leur enfant se dégrade dans le circuit général, notamment physique comme nous avons pu le voir précédemment (perte de poids, malaises à répétition...). Elles mettent alors en application ce que les autres mères auraient fait (selon leurs termes) en cas de conflit avec l'école : elles vont changer leurs fils d'établissement.

Après le conflit entre les parents Esposito et l'école en CM1 (qui aboutit à la déscolarisation temporaire d'Émilio et la venue des services sociaux dans la famille), Valérie va chercher à scolariser Émilio dans le privé pour le changer d'établissement, puisqu'en plus de s'y être « *fait une sale réputation* » (selon ses mots), elle juge que l'école de secteur n'adaptait pas suffisamment la scolarité. C'est le début de plusieurs années d'« errance institutionnelle ». La famille ne trouve d'abord pas de place pour le CM2 (année qui se révèle encore difficile dans l'école de secteur), puis inscrit Émilio en 6^{ème} dans une « classe passerelle » d'un établissement privé local, classe présentée à la famille comme accueillant des enfants avec des difficultés d'apprentissages, notamment « dys » et enfants précoces – comme plusieurs établissements privés de l'agglomération en proposent. L'année se passe mal avec des enfants jugés « *avec des troubles du comportement* » et une charge de travail trop intense et pas adaptée au handicap d'Émilio selon sa mère. Il est à nouveau déscolarisé en mai et intègre le collège public de secteur en 5^{ème} jusqu'en 3^{ème}. Finalement, c'est dans cet établissement que Valérie parviendra le mieux à faire valoir sa cause, malgré les rappels fréquents adressés aux enseignants pour faire appliquer les dispositifs.

Au lycée (public de secteur) son niveau chute (« 8 en français, 4 en mathématiques et en physique/chimie⁷⁶⁷ ») et la famille ne parvient pas à obtenir les aides requises, notamment les tiers-temps et photocopies des cours, malgré les quatre équipes éducatives tenues entre septembre et mars. Émilio est « en dépression » (d'après les termes d'un pédopsychiatre qu'il consulte alors) et conjure ses parents de « le sortir de là ». Ne voyant pas d'issue à cette situation scolaire défavorable, Valérie cherche à le scolariser dans un établissement privé hors contrat de la ville voisine, dans lequel avait été scolarisé son fils aîné les mois précédant le bac. L'établissement « hésite » (au vu des mauvais résultats scolaires d'Émilio) mais décide finalement de leur faire confiance, Émilio manifestant un très vif désir de fournir les efforts nécessaires pour obtenir au plus vite un bac scientifique⁷⁶⁸. Il rentre en 1^{ère} S malgré son très bas niveau et obtient son bac deux années plus tard⁷⁶⁹.

Adrien, qui n'a que 7 ans lors du deuxième entretien réalisé avec Valérie, emprunte la même voie que son frère, puisqu'il est dès le CP sorti de l'école publique. Valérie ne parvient pas à faire reconnaître les diagnostics médico-psychologiques (la MDPH rejette les diagnostics successifs de précocité et de dyspraxie, ainsi que d'autisme, émis par deux neurologues de l'agglomération) ni à négocier les aménagements pour cet enfant qui est selon elle incapable d'écrire et de se rendre à l'école tous les jours. Valérie se sent « punie » des désaccords survenus autour de la scolarité d'Émilio, l'école lui reprochant, de plus, de « voir des troubles partout » du fait de son investissement associatif. La scolarité se passe tout aussi mal dans le privé, Valérie déscolarise alors Adrien en CE1 et l'inscrit au CNED. Elle souhaite toutefois le voir réintégrer une école avec des horaires aménagés – elle ne veut notamment pas gérer seule le travail scolaire et estime préférable qu'il se sociabilise. Elle était en 2016 en négociation avec le rectorat, l'école privée et la MDPH, pour une réintégration à temps partiel dans une école (publique ou privée) jusqu'à ce qu'il ait l'âge d'intégrer le Cours Molière (9 ans), seul établissement qu'elle considère adapté.

C'est un autre type de mobilité originale qu'a connu Sofiane. Toujours scolarisé dans l'établissement de secteur, ses difficultés (et sa santé) vont en s'empirant avec les années, les retours dépréciatifs de certains professeurs perdurent et les rapports entre Isabelle et l'établissement se dégradent. Isabelle craint plus encore l'intégration au lycée de secteur, particulièrement « gros et surchargé ». Elle se tourne alors vers l'ASEI, institut local de prise en charge du handicap, traditionnellement des enfants et jeunes handicapés moteurs, malvoyants et malentendants, mais qui s'ouvre depuis peu à la question des « dys » – nous avons vu au chapitre 2 qu'il était devenu un Centre de compétences des troubles spécifiques

⁷⁶⁷ Je n'ai pas moi-même eu accès aux bulletins scolaires d'Émilio.

⁷⁶⁸ Pauline Blum montre dans sa thèse que ces établissements opèrent une sélection à l'entrée, désirant avant tout des élèves scolaires, respectant les règles de l'école et notamment l'autorité enseignante (plus que de bons élèves au niveau des notes). Ils s'ouvrent peu à peu à des profils sociaux moins dotés (au départ ils ne reçoivent que des enfants des milieux favorisés) pourvu qu'ils offrent des garanties. P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit. Dans le cas de la famille Esposito, la réussite scolaire du fils aîné dans cet établissement (il y a passé les trois derniers mois avant l'obtention du baccalauréat) a certainement joué en la faveur d'Émilio.

⁷⁶⁹ Dans cet établissement les élèves sont une dizaine à peine par niveau (ils sont par exemple deux seulement à passer le bac scientifique l'année où Émilio y est), ils disposent chacun d'un ordinateur et les apprentissages sont ciblés sur les « fondamentaux », en fait sur les prérequis des différents examens (brevet des collèges, baccalauréat).

des apprentissages (CCTA) depuis 2017. Elle ne se souvient plus par quel biais elle a entendu parler de cette possibilité, non encore saisie par les familles de « dys » puisque Sofiane est le premier à y être scolarisé⁷⁷⁰.

La décision d'y inscrire Sofiane est compliquée, car l'établissement comporte pour une part une lourde stigmatisation du fait des profils des pensionnaires, lourdement atteints physiquement, souvent en fauteuil, très dépendants dans leur vie quotidienne (pour manger, s'habiller...). Dans le même temps, le directeur leur promet des cours exigeants et adaptés, qui permettront l'accès au baccalauréat général, et même le retour de Sofiane en milieu ordinaire s'ils le souhaitent. Sofiane, d'abord peu enthousiaste à l'idée d'intégrer l'établissement, accepte d'y suivre sa seconde.

Son expérience à l'ASEI sera contrastée. Pour une part, ce pas de côté le valorise et le réconcilie avec les apprentissages. Ses notes s'améliorent considérablement (il dit lui-même « mieux comprendre » les enseignements), ses enseignants le valorisent sur ses compétences et lui parlent d'études supérieures (sciences politiques au vu de ses intérêts). Les conditions de scolarisation y sont très confortables, avec des classes de 6 élèves, un travail personnalisé, emploi du temps adapté, ordinateur et tablettes à dispositions, aménagements sur-mesure... Sofiane est également apprécié pour son comportement, car il se montre très aidant envers ses camarades de classe et d'internat, bien plus limités que lui physiquement : il les aide lors des repas, pour se préparer le matin, etc... Isabelle le voit reprendre confiance en lui et pour cela elle ne regrettera jamais ce détour par l'ASEI, malgré les reproches de son fils. Reproches, car Sofiane se sent mal à l'aise dans ce lycée entouré de jeunes qu'il trouve lourdement handicapés, et dans lesquels il ne se reconnaît pas. Après réflexion, la famille décide de réintégrer Sofiane au lycée de secteur à Coulanges, en 1^{ère} ES/L.

Son inscription au lycée est laborieuse (le lycée accepte finalement de l'intégrer au bénéfice du handicap), ainsi que les deux années scolaires qui suivront, au cours desquelles ses notes se dégradent vite (moyenne générale inférieure à 10), hormis dans quelques disciplines comme l'histoire ou la philosophie. Il n'aura aucun aménagement de scolarité, mis à part lors du passage de l'examen final, qu'il obtient malgré tout au terme des deux ans, « avec 10 ou 11 de moyenne ».

J'ai eu du mal à qualifier ces types de mobilité en ce qu'elles semblaient à la fois de second choix (les familles auraient préféré rester à l'école de secteur), parfois insatisfaisantes ou stigmatisantes, et, à la fois, elles constituaient une ressource intéressante pour la famille à un moment donné : Sofiane a repris confiance, récupéré physiquement et mentalement, Émilio a fini par trouver un lycée dans lequel la scolarité se passait bien à tous les points de vue (il travaille moins et mieux, les rapports entre sa famille et l'établissement sont pacifiques...). Le choix des établissements s'insère dans une « stratégie de

⁷⁷⁰ Le Directeur de l'ASEI dit à la famille vouloir ouvrir son établissement au public des dyspraxiques et décide de prendre Sofiane comme un « test ».

management des risques en fonction du profil psychologique de l'enfant »⁷⁷¹ (sensibilité, maturité, autonomie...) davantage qu'à une recherche de l'excellence, à laquelle ces familles ne prétendent pas. Elles ont cherché à assortir l'offre locale à la personnalité de l'enfant, sauf que cette quête s'est révélée bien plus difficile dans leur cas, car contrainte par leurs plus faibles ressources, leurs caractéristiques sociales, et les logiques d'établissements qui sélectionnent leurs publics ; surtout pour la famille Haddad qui ne dispose que de faibles revenus : elle se retrouve « logiquement » dans un établissement dont la prise en charge financière est à charge de la collectivité, à contre-courant des autres familles qui ont choisi des établissements privés payants, non référencés « handicap ».

Les scolarités de ces deux enfants apparaissent bien plus accidentées et douloureuses que celles des enfants du groupe précédent, et les stratégies des mères plus coûteuses et moins efficaces. Mais leurs stratégies sont difficiles à comparer à celles des familles du groupe précédent, car elles ne jouent pas dans les mêmes conditions, étant davantage contraintes, l'école ne reconnaissant pas le trouble cognitif et apparaissant moins disposée à négocier les aménagements scolaires avec les mères – certainement car ces dernières ne maîtrisent pas aussi bien les codes institutionnels du partenariat, aussi parce qu'elles sont de milieux perçus comme peu dotés culturellement, voire instables psychiquement. On se rappelle que le lycée – privé – de Franck accepte qu'il passe son bac en deux ans, avec une scolarité à mi-temps pour qu'il tienne le rythme – exigeant – des apprentissages (il passe alors la moitié des matières à l'examen du bac chaque année) ; pour Sofiane, le lycée public de secteur refuse de mettre en place des aménagements, et même qu'il redouble, rappelant aux parents ce que coûte un élève chaque année au lycée. « *En gros il avait droit à ses deux ans [années de 1^{ère} et de Terminale] et si il avait pas le bac au premier coup il irait voir ailleurs. (...) Nous, l'intérêt pédagogique de l'enfant, on n'a pas connu !* »

En revanche, si l'on se réfère aux trajectoires des familles de milieu social semblable dont l'école veut sortir les enfants du circuit ordinaire, ces mères font montre de ressources certaines, par leur combativité, leur capacité à tenir à distance les jugements professionnels et à trouver des alternatives au projet défini par l'institution. Leurs stratégies sont à terme payantes en ce qu'elles atteignent leur but, le baccalauréat général. On peut alors parler, aux côtés de Michel de Certeau, d'un « art du faible »⁷⁷² pour qualifier ces pratiques ordinaires d'ajustement des dominés aux circonstances, et leur capacité à trouver des marges de manœuvre pour arriver sous la contrainte à maintenir des objectifs propres.

Conclusion intermédiaire

Au terme de leur scolarité, Émilio et Sofiane obtiennent leur bac général (S pour l'un, L pour l'autre), et s'inscrivent l'année suivante à l'université. Émilio obtient sa licence de biologie 3 ans plus tard

⁷⁷¹ A. Van Zanten, *Choisir son école*, op. cit.

⁷⁷² M. de Certeau, *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990.

et Sofiane, après avoir réalisé trois Licence 1 non abouties (théologie, droit, histoire), se lance dans la vie active comme chauffeur-livreur indépendant.

P. Périer avait déjà observé que « l'offre de partenariat [de l'école envers les familles] semble surtout conforter les logiques d'appropriation par les familles les mieux dotées qui en tirent les plus gros bénéfices, redoublant de la sorte les inégalités des chances scolaires ». Les présupposés du partenariat construisent selon lui l'impossibilité pour les parents de milieux populaires de se constituer en partenaires. Les récits d'expérience de Valérie et Isabelle, au regard de ceux des mères du groupe précédent, abondent en ce sens au regard de leur grande difficulté à se faire reconnaître comme partenaire par les agents scolaires. Les tentatives d'imposition aboutissent lorsqu'il s'agit de familles des classes moyennes et supérieures, et sont sanctionnées négativement dans les cas de familles moins dotées, sur qui règne suspicion de maltraitance ou de carences culturelles.

Cependant, ces mères sont loin d'adopter les stratégies défensives de retrait, ou remise de soi à l'institution, que le sociologue observe fréquemment chez les milieux populaires : elles résistent à l'institution, ce qui aura des effets contrastés sur l'expérience scolaire familiale, entre multiplication des conflits et maintien de l'enfant en scolarité jusqu'au baccalauréat. Le diagnostic et le discours neurocognitifs ont, là encore, été déterminants dans les opportunités qu'ils offrent aux familles, bien qu'elles soient davantage contraintes que celles qui s'ouvrent aux autres familles : le diagnostic devient un outil de lutte et de résistance face à l'institution pour des familles à l'origine peu armées, et non un outil du partenariat comme c'est le cas pour les familles mieux dotées du groupe précédent.

Dans ces deux groupes, on a observé une appropriation forte et immédiate du diagnostic, ce qui n'est pas le cas de toutes les familles enquêtées. Le dernier groupe est plus hétérogène quant à ses appropriations – quant aux réactions de l'institution également –, ce qui me permettra d'aborder les raisons d'une appropriation faible ou en demi-teinte du diagnostic, jusqu'alors peu traitées. Il sera dans ces cas – au nombre de 15, soit plus de la moitié des enfants de l'enquête – difficile de parler du diagnostic comme d'une ressource, contrairement aux travaux sociologiques sur le thème⁷⁷³, puisqu'il semble avoir une incidence faible, voire nulle, sur la trajectoire scolaire des enfants à moyen et long terme.

3. DES DIAGNOSTICS PEU EFFECTIFS POUR DES SCOLARITÉS MÉDIOGRES

Ce groupe est hétérogène⁷⁷⁴ en ce que les raisons et formes parentales de l'appropriation diagnostique sont diverses, ainsi que leurs ressources et leur rapport à l'école. Plus que d'établir une liste

⁷⁷³ J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; A. Béliard et al., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », art cit.

⁷⁷⁴ C'est en lien avec le faible nombre de familles interrogées : certainement qu'un plus grand nombre d'entretiens aurait permis de dégager deux ou trois groupes aux caractéristiques plus homogènes au sein de ce troisième groupe. C'est aussi en

de caractéristiques du groupe, il s'agit ici d'élaborer des pistes pour comprendre pourquoi les familles ne s'engagent pas dans ce diagnostic, pourtant scolairement prometteur.

3.1. Appropriations restreintes ou partielles : l'importance du moment d'accès au diagnostic de dyspraxie

Toutes les mères de l'enquête reconnaissent le diagnostic de dyspraxie comme étant le diagnostic juste (les pères sont parfois présentés comme sceptiques par leur femme) et engagent l'enfant dans les modalités de prise en charge qui leur sont présentées par les émetteurs du diagnostic : réaliser des rééducations, demander des aménagements scolaires afin de compenser ses difficultés. Cependant, leur appropriation du diagnostic et des dispositifs qui y sont associés n'est pas extensive comme celle des familles présentées précédemment. Elles ne vont pas chercher au-delà des propositions de remédiation des professionnels, et lorsqu'elles rencontrent des obstacles, elles ne vont pas « tout faire » pour les abattre (insister, chercher des alliés, déscolariser, solliciter la hiérarchie, changer d'établissement...). Par ailleurs, elles recalibrent le projet scolaire au fur et à mesure de la scolarité effective de l'enfant.

Plusieurs registres de justifications permettent de comprendre les postures parentales, et je traiterai d'abord de la question des temporalités d'accès au diagnostic : accéder au diagnostic tardivement, vers la fin de la scolarité, rend la saisie des dispositifs difficile pour l'élève et sa famille⁷⁷⁵. *A contrario*, être diagnostiqué dyspraxique jeune maximise les chances d'évoluer au sein d'un dispositif élaboré. Cependant, les mois suivant l'obtention du diagnostic sont des temps de réflexion et de recherche prudente durant lesquels les usages du diagnostic sont encore balbutiants.

3.1.1. Diagnostics récents : appropriations en construction

C'est là peut-être une des limites de ce travail de thèse : il est difficile de comparer des trajectoires scolaires et des usages du diagnostic chez des familles où les enfants ont des âges très divers ainsi que des âges d'accès au diagnostic différents. Quelques familles de l'enquête ont obtenu le diagnostic dans les mois qui précèdent mon entretien avec les parents : celles d'Antoine (12 ans) et Mia (9 ans, sœur d'Antoine), Mathis (8 ans) et Nathan (8 ans). Alice et Lucas, tous deux en CE2 lors de l'enquête, ont également été diagnostiqués récemment, à la fin de l'année scolaire du CP.

raison des trajectoires scolaires parfois peu avancées d'enfants qui sont scolarisés en primaire (CE2, CM1) et viennent d'obtenir le diagnostic de dyspraxie.

⁷⁷⁵ On retrouve dans d'autres travaux l'importance des temporalités dans les usages des dispositifs pour comprendre les parcours des personnes concernées. Voir par exemple les travaux d'I. Frechon et de N. Robette sur les trajectoires des jeunes pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance. I. Frechon et N. Robette, « Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », *Revue française des affaires sociales*, 2013, n° 1-2, 1, p. 122-143.

Toutes s'approprient le diagnostic de dyspraxie, mais l'incertitude n'est pas tout à fait dissipée quant à la nature des difficultés de leur enfant. Les mères de Lucas et d'Alice (qui sont voisines et avec qui j'ai mené un entretien commun) s'étonnent par exemple que leur enfant « *ne coche pas toutes les cases de la dyspraxie* » – ils ne présentent par exemple pas de problèmes de graphisme, et Lucas « *dessine même très bien* ». L'enfant peut s'éloigner de la figure médiatique du dyspraxique : un enfant beau parleur et créatif qui se révèle incapable de transcrire manuellement son intelligence. Ce sont aussi les parents qui nécessitent plusieurs semaines ou mois pour comprendre le sens du discours neurocognitif, et reconnaître leur enfant dans les troubles décrits – ce qui nous renvoie aux rapports différents entretenus aux savoirs psychologiques dépeints au chapitre 3. Ils se trouvent encore dans une situation de flottement, durant laquelle ils essayent de comprendre autrement leur enfant, et font le choix d'attendre encore quelques mois afin de voir si des « signes » plus convaincants émergent : recul de certaines difficultés, comportement qui se calme, nouveau bilan psychométrique... L'absence d'évolution positive constatée peut les faire douter de l'expertise proposée, au-delà de la cohérence qu'ils lui prêtent.

Enquêtrice : *Vous avez un doute sur le diagnostic même de dyspraxie ? Ou sur les rééducations mises en place ?*

Philippe : Non maintenant je n'ai plus de doute sur la dyspraxie. D'avoir fait les groupes de paroles [organisés par Claire Costes] ça m'a conforté, ça a un sens. (...) Je la [Claire Costes] trouve plus positive que ce qu'est la situation. Que son bilan est plus positif que ce que je vois. Je trouve qu'Antoine a encore beaucoup de difficultés d'élocution, il écrit rien, il lit pas... il est pas curieux. Il investit pas grand-chose. Bon, j'ai toujours ce souci, enfin cette méfiance naturelle, envers ce type de professionnels, parce qu'ils sont juges et parties. Alors comment leur faire confiance ? Si le bilan est positif, est-ce que c'est pas pour montrer que son travail est efficace ? Je ne sais pas. C'est juste pas vérifiable en fait. Du coup, moi qui ai une démarche scientifique, de formation, ben ce qu'elle me dit je ne sais pas... comme je le constate pas dans la réalité ce qu'elle me dit, pourquoi pas, mais enfin... (...) L'orthophonie, pfff c'est pareil quoi. Quel est le bénéfice de ces séances-là ? Je suis pas convaincu.

Christelle : Mais en fait tout ce qu'on lit [sur le trouble de dyspraxie], avec du recul ça correspond pas forcément à ce que vit notre enfant au quotidien, j'arrive pas à le voir dans ce qui est écrit. Ni les outils et conseils proposés, je les sens pas... utiles quoi. Alors ça m'a quand même ouvert les yeux sur les difficultés qu'il pouvait rencontrer, mais...

Cela nous rappelle l'expérience d'Élise qui rapportait avoir mis « des années » à comprendre la dyspraxie et regarder son fils autrement, et au moins un an et demi afin d'observer les bénéfices des rééducations. Il n'est pas dit que ces familles suivront le même processus, et encore moins qu'elles seront satisfaites des nouvelles prises en charge, mais l'adhésion au diagnostic en demi-teinte, ou encore l'usage faible du diagnostic, sont des caractéristiques récurrentes dans les mois qui suivent son annonce – plus encore lorsque la quête diagnostique a été longue (Nathan), ou que les parents ont longtemps pensé à un problème d'ordre psychologique (Antoine). Ils pourront dans le futur en faire un usage plus fort, en particulier si les carrières scolaires de l'enfant se dégradent ; carrières qui apparaissent encore incertaines, correctes mais « à risques » en fonction des années et des enseignants.

3.1.2. Diagnostics tardifs : une appropriation coûteuse voire impossible pour le jeune

C'est aussi lorsque l'accès au diagnostic est tardif que sa mobilisation par les parents est limitée. Léa, Gaël et Lucie ont tous trois été diagnostiqués dyspraxiques alors que leur scolarité était déjà bien avancée dans le secondaire : Léa à 14 ans (en 3^{ème}) avec confirmation à 17 ans, Gaël à 14 ans entre la 4^{ème} et la 3^{ème} (temps du processus diagnostique depuis le bilan de la psychomotricienne jusqu'à ceux de la neuropsychologue puis de la neuropédiatre), et Lucie à 17 ans alors qu'elle est en 2^{ème} année de CAP. Ce diagnostic apparaît tout de suite cohérent aux parents et peut même faire l'effet d'une révélation pour ces familles dont les enfants sont en difficulté depuis plusieurs années sans que les remèdes ne se soient montrés convaincants. Leurs parents comprennent autrement et « mieux » les difficultés, comme nous l'avions vu au chapitre 3. Cependant, le diagnostic arrive trop tard pour qu'ils s'en saisissent pleinement, les opportunités scolaires s'étant restreintes avec le temps.

Joëlle, famille d'accueil de Lucie « [s]'étonne qu'il n'y ait pas eu le diagnostic plus tôt » (au vu des nombreux suivis de l'enfant, et en particulier ses années de suivi en CMPP) et le regrette, « parce qu'on s'en serait saisi évidemment ». Agnès, la mère de Léa observe des améliorations lorsque le diagnostic est posé par la psychomotricienne en 3^{ème} et des rééducations mises en place ciblées sur les apprentissages scolaires. Seulement Léa chute en 2nd générale, dans la filière sélective (option théâtre) qu'elle avait réussi à obtenir. Les échecs répétés lors de sa scolarité – elle présente comme d'autres des résultats très inégaux, avec une grosse faiblesse constante en mathématiques – l'ont psychologiquement atteinte, elle a très peu confiance en elle face à la tâche scolaire et s'effondre vite devant les difficultés. « A chaque fois, dans les trucs sélectifs où elle sentait de la concurrence, ça passait pas. On est dans une société où y a beaucoup la notion de performance, et ça ça la tue complètement. Elle baisse les bras. (...) Lorsque Léa est dans un état d'esprit négatif, l'impact sur les performances est très prégnant » (Agnès).

La confrontation à la classe de 2nde et ses exigences nouvelles l'abat, et elle s'effondre aussi mentalement : elle connaît alors deux redoublements consécutifs et finit par se diriger par défaut dans une filière professionnelle option « accueil, relation clients et usagers ». Les rééducations ne suffisent plus à la soutenir mentalement et scolairement, malgré l'enthousiasme des débuts. Les jeunes développent des compétences, mais aussi un rapport au travail scolaire, aux apprentissages et à l'école année après année, et les échecs répétés, ainsi que les jugements dépréciatifs, génèrent un manque de confiance en soi et parfois une défiance à l'égard de la chose scolaire qu'il devient difficile à retravailler à partir d'un certain âge, même avec un diagnostic médical.

De plus, les aménagements scolaires leur apparaissent difficiles à prendre en main du fait d'habitudes de travail déjà prises, bien que pas forcément efficaces. Ces jeunes diagnostiqués au collège ou au lycée n'envisagent pas de se faire épauler par une AVS, et les autres aménagements demandent un apprentissage coûteux pour ces élèves proches de la fin de la scolarité, qu'il s'agisse de prendre des notes sur un ordinateur, passer les évaluations à l'oral en dictant les réponses à un scripteur (secrétaire scripteur,

AVS, enseignant...), avoir les cours sur clé USB... Ces aménagements leur paraissent aussi stigmatisants comparativement aux enfants plus jeunes qui s'en accommodent plus facilement.

Les parents ont aussi des difficultés à négocier le changement de statut de l'enfant, d'élève médiocre à élève handicapé, et devant le refus de leur enfant de se saisir des dispositifs, ils ne trouvent pas intéressant d'aller se confronter avec l'établissement au risque de dégrader les relations avec celui-ci. Corinne va se débattre une année avec l'école pour voir appliquer les aménagements scolaires recommandés par la médecin et la neuropsychologue, mais Gaël n'étant plus motivé pour continuer les études (il veut aller en professionnel pour « finir au plus vite avec l'école »), elle met un terme au bras de fer engagé.

3.2. Le coût de l'engagement dans les dispositifs de la dyspraxie

Si ces parents ne se sont pas totalement saisis du diagnostic de dyspraxie et de ses opportunités, c'est aussi qu'ils ne « jouent » pas sur le marché scolaire à la manière de ceux des deux groupes précédents. S'ils occupent des positions sociales proches des familles du premier groupe (mères diplômées, pères aux deux extrémités de la classe moyenne), ils donnent à voir un rapport autre à l'école qui permet de comprendre le peu d'investissement dans les dispositifs de la dyspraxie – et, par ricochet, l'influence moindre des diagnostics sur les scolarités des enfants. Ce rapport autre à l'école s'exprime dans plusieurs dimensions : finalités accordées à l'école, prise en charge du travail scolaire en famille, propensions et capacités à choisir son école, relation aux enseignants...

3.2.1. Des enfants aux scolarités laborieuses

Lors des entretiens réalisés avec leurs parents, huit enfants de ce groupe sont scolarisés au lycée ou dans les études supérieures. Ils ont connu des scolarités heurtées et souvent médiocres, et sont aujourd'hui dans des filières dominées du secondaire, celles professionnelles – mis à part Paul qui suit un cursus général sans avoir redoublé une seule classe.

Enfant	Age lors de l'entretien	Redoublement	Sortie du cursus ordinaire	Niveau de scolarisation	Projections scolaires et professionnelles
Paul	15 ans	Non	Non	2nde générale	Bac général. Pas de projection. Saturation de l'école
Gaël	15 ans	4ème	Non	Seconde lycée générale	Part en filière professionnelle et veut travailler au plus vite pour arrêter l'école
Martin	15 ans	Proposition (CE1) refusée	Non	1ère professionnelle	?
Rémi	17 ans	Non	ULIS (2nde)	1ère professionnelle spécialité mécanique	Arrêter la scolarité au plus vite
Lucie	17 ans	CP	CLIS (CE2-CM2), SEGPA (tout le collège)	CAP	Bac pro Vente, et études d'assistante vétérinaire
Matéo	17 ans	Non	Non	Terminale professionnelle vente et commerce	Veut faire des études de commerce
Justine	19 ans	CE2	SEGPA tout le collège, EREA 2nd (2 mois)	1ère filière professionnelle « gestion des administrations »	Pas de projection. « n'aime pas travailler »
Léa	21 ans	CM2, puis deux fois la 2nde	Non	A obtenu un bac professionnel ARCU. BTS tourisme arrêté, et aujourd'hui en école d'art	Dans l'art

Cinq d'entre eux ont redoublé ou se sont vu proposer un redoublement et trois sont passés par l'éducation spéciale, en CLIS, SEGPA et/ou ULIS. Ce capital scolaire institutionnalisé peu qualifiant s'est accompagné de notes très inégales et souvent mauvaises, ainsi que de retours enseignants dépréciatifs et peu encourageants – bien que là aussi très inégaux en fonction des années et des disciplines.

Mise à part Lucie (17 ans, CAP) qui reste enthousiaste vis-à-vis de la scolarité et du travail scolaire, les autres sont décrits comme « dégoûtés » par l'école, et adoptent pour la plupart des postures de rejet ou d'opposition, au moins dans les discours, puisqu'ils affirment régulièrement à leurs parents vouloir en sortir au plus vite.

Pour les enfants plus jeunes du groupe, le rapport à la scolarité apparaît encore ambivalent, entre envie d'y réussir et déception souvent de ne pas y arriver. On peut à leur propos reprendre le terme de « scolarité à risques », le domaine des possibles étant ouvert, avec l'ombre toutefois des difficultés qui rend les différents membres de la familles anxieux – enfants et mères en tout cas, n'ayant pas toujours d'information sur les jugements du père. Par exemple, après une proposition de redoublement refusée par leurs parents, Antoine et Mathis se maintiennent aujourd'hui à niveau mais leur scolarité montre des fragilités, et ils affichent déjà un rapport contrarié, voire douloureux, à la chose scolaire. Alice, Lucas et Nathan sont en CE2 des élèves bons ou moyens, mais montrent des signes d'anxiété, voire d'agressivité, en rapport aux attentes et au travail scolaires : eczéma, énurésie, crises de colère, verbalisation du non-

désir d'école, etc... Il faudra voir si les usages du diagnostic (obtenu récemment) faits par leurs parents introduiront des changements à ce niveau-là, via par exemple l'évolution des conditions de scolarisation (allègement de la tâche, autre regard enseignant...).

Ces scolarités sont globalement moins encadrées que les autres par les protocoles prévus pour les élèves dyspraxiques : six sur les quinze font l'objet d'un PPS (sur les treize enfants des deux premières catégories, seul Sofiane n'a pas connu de PPS), et seulement quatre sont, ou ont été suivis par une AVS (contre dix pour les treize autres) ; les cinq enfants qui n'ont pas de reconnaissance de handicap à la MDPH sont dans ce groupe. Soit les enfants refusaient ces modalités de scolarisation (comme vu plus haut), soit les parents n'étaient pas prêts à en payer le prix : les négociations récurrentes avec l'école, la dégradation des relations avec certains enseignants, le changement d'école, etc.

3.2.2. Célya, où le refus de mettre l'école au centre de la vie

Célya n'est pas alarmée lors des premières alertes enseignantes en grande section de maternelle sur le mauvais graphisme de Justine. « *Je fais pas partie de ces parents qui veulent que leurs enfants apprennent à lire avant d'entrer en CP. Pour moi c'était un processus, elle finissait... elle finit par faire les choses* ». Elle entame tout de même des rééducations courant CP-CE1 voyant que ses performances scolaires sont faibles (parfois très mauvaises). Elle accède de fil en aiguille au diagnostic de dyspraxie et, bien que les difficultés persistent et que les retours des enseignants soient fluctuants, elle n'en fera pas un usage contre-scolaire : elle ne s'oppose pas au redoublement proposé en CE2 ni à l'orientation en SEGPA à la fin du CM2, et ne va pas brandir le diagnostic au nez des enseignants qui jugent Justine « fainéante » et ne mettent pas en place les aménagements indiqués. « *Il y a plein de profs qui refusent de comprendre ça [les problématiques "dys"]. Comme les enfants "dys" sont divers et variés, ils disent "c'est du pipeau", "ils sont juste fainéants", "ils ont pas envie"... (...) Mais moi je n'ai pas eu de mauvais rapports avec eux, je suis d'un naturel pacifiste* ».

Elle « comprend » la proposition de redoublement et même l'orientation en SEGPA, observant sa fille en réel décalage avec les autres enfants de sa classe sur les apprentissages. « *La SEGPA je ne connaissais pas. Pourtant je suis du métier [Célya est enseignante en lycée professionnel] mais... sur le papier c'est très bien la SEGPA, c'est des petits effectifs, avec des instits spécialisés qui ont une approche de la pédagogie différenciée, etc.* » Avec le recul, Célya regrette ces décisions scolaires qui n'auraient « pas eu les effets escomptés » (rattrapage du retard scolaire, meilleure intégration dans le groupe classe) et auraient déstabilisé mentalement sa fille. Pour autant, malgré sa « détestation » pour certains orientateurs scolaires, elle n'a jamais cherché à demander réparation ou à s'opposer à leurs propositions.

Célya ne va pas chercher à devancer les attentes de l'institution, là où dès la maternelle, d'autres mères préparent le terrain aux apprentissages pour lesquels l'enfant montre des faiblesses (le graphisme en particulier). Dans son cas, l'investissement restreint dans le diagnostic de dyspraxie semble tenir à sa

volonté de ne pas focaliser la vie de famille autour du trouble, ni même autour de la scolarité. Elle amène Justine chaque semaine chez des rééducatrices (orthophoniste puis psychomotricienne), mais lorsqu'elle perçoit des limites au travail réalisé en séance, elle ne va pas vouloir élargir le périmètre géographique pour en essayer d'autres, car cela compliquerait l'organisation de la vie familiale : « *De toute façon, nous on habite en banlieue, donc avec le boulot tout ça [elle et le père de Justine travaillent sur l'agglomération], il est hors de questions d'aller en ville, c'était pas possible. Donc on a pris ceux qui étaient autour* ». Célya tient à maîtriser son temps, son temps en famille comme son temps libre, et ne veut pas le dépenser tout entier à prendre en charge les soins de sa fille. Elle n'a pas la rhétorique sacrificielle de la mère pour son enfant observée chez plusieurs autres mères de l'enquête, et trouve toujours aujourd'hui l'enfant et son problème durs à gérer, « *parce qu'on a une vie à mener aussi. (...) On fait pas des enfants pour les avoir tout le temps sur le dos, mais pour qu'ils quittent le nid à un moment aussi. J'ai plus envie d'avoir un bébé à la maison [Justine a 19 ans lors de l'entretien].* » Elle met ainsi à distance la figure de la « mère manager du parcours »⁷⁷⁶ de l'enfant qu'endossent assez naturellement de nombreuses mères de l'enquête, non sans répercussion sur leur carrière professionnelle et vie propres.

C'est aussi le travail scolaire qu'elle tient à distance de la sphère domestique, délaissant peu à peu l'aide aux devoirs lorsque ses enfants grandissent ; elle se montre satisfaite qu'en SEGPA les enseignants ne donnent pas de travail à réaliser à la maison. Les devoirs réalisés au domicile tendent les rapports familiaux dans cette famille qui ne présente que peu d'appétence pour l'école. « *Puis c'est trop compliqué, moi je peux pas, j'ai jamais su faire bosser mes gosses. J'ai jamais voulu faire plus que ce qu'il faudrait... non c'est compliqué. Puis comme j'ai pas eu des enfants qui avaient de l'appétence pour l'école, c'était conflictuel donc voilà* ». D'ailleurs, lorsque je raconte le quotidien de la famille Andrieu après l'obtention du diagnostic (focalisé sur le travail scolaire et les rééducations, une mère qui ne travaille pas...), elle me répond : « *Ah non mais moi je ne sais pas faire ça !* » Célya elle-même n'a jamais été intéressée par la chose scolaire (« *c'était pas fait pour moi* »), arrêtant même de se rendre à l'école quelques mois durant son adolescence. Elle dit avoir « *toujours mieux appris par [elle]-même* », et a le sentiment de « *ne jamais avoir rien appris à l'école* ».

Même si Célya a finalement obtenu des diplômes (un BTS, sa mère l'ayant ramenée de force sur les bancs de l'école, d'abord en lycée professionnel puis pour réaliser le BTS⁷⁷⁷), la réussite scolaire ne représente pas pour elle la voie ultime d'accession à une situation, valorisant plutôt la débrouillardise et autres qualités mentales et intellectuelles pas toujours perceptibles dans le travail scolaire. Célya apparaît

⁷⁷⁶ M. Delmas et S. Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », art cit. Dans cet article nous montrions la diversité et la lourdeur (ainsi que la complexité) du travail dévolu aux mères dans la gestion du parcours de l'enfant dyspraxique, puisqu'elles doivent coordonner les actions de chacun et contrôler le bon déroulement de la prise en charge. La charge du travail récupérée par les femmes n'est pas le revers d'un mauvais fonctionnement du système reposant sur le paradigme pluridisciplinaire, mais bien la conséquence d'une division du travail instituée, construite par les professionnels y participant.

⁷⁷⁷ Elle passe ensuite le CAPEPS pour être enseignante en Gestion/administration en lycée professionnel lorsque sa fille Justine est en maternelle.

alors moins stratège que les mères des groupes précédents, mais aussi moins désireuse d'école⁷⁷⁸, ne faisant pas de cette dernière le préalable à une vie heureuse car choisie, comme les autres parents. Elle met en avant le parcours de son fils aîné, qui n'a jamais été un grand scolaire, mais qui est « *le roi de l'autonomie* », « *très débrouillard* », et a aujourd'hui, à 21 ans, une situation professionnelle.

3.2.3. Une moindre intervention des parents dans les scolarités des enfants

3.2.3.1. Des scolarités enfantines peu dépendantes des choix parentaux

Célya présente un profil singulier parmi les autres parents de l'enquête par sa mise à distance de l'enjeu scolaire. Les autres mères du groupe mettent davantage en avant leur désir d'école : elles valorisent la culture scolaire tout en souhaitant voir leur enfant décrocher des diplômes afin qu'ils aient le futur désiré. Cependant, elles apparaissent moins proactives que les mères des groupes précédents dans la construction des scolarités des enfants (s'éloignant des attitudes des *choosers* observées dans la première partie), laissant davantage fonctionner les mécanismes institutionnels.

La plupart de ces enfants ont réalisé leur scolarité dans le public, y compris au secondaire⁷⁷⁹, et leurs parents n'ont souvent pas envisagé le secteur privé, même lorsque les difficultés scolaires sont apparues. Face aux obstacles rencontrés (non application des aménagements scolaires, refus de l'AVS...), ils n'activent pas les leviers institutionnels à la manière des autres familles : solliciter la hiérarchie de l'Education Nationale ou de la MDPH (ou menacer de le faire), faire intervenir une association en équipe de suivi de scolarisation, changer l'enfant d'établissement ou encore le déscolariser. Ces parents ont également moins que les autres familles contesté les propositions scolaires de redoublement et d'orientation hors cursus général, dans l'éducation spécialisée ou les filières professionnelles. Comme les autres mères de l'enquête, elles vont aller à la rencontre des enseignants (et des chefs d'établissement) pour transmettre des informations autour de la dyspraxie de l'enfant : le diagnostic, la documentation et les listes d'outils et de recommandations pédagogiques parmi lesquels ils peuvent piocher. Elles vont même intervenir à plusieurs reprises lorsque les aménagements demandés ne sont pas mis en place. Seulement, contrairement à nombre d'autres mères dont nous avons décrits plus haut les pratiques, face aux réticences enseignantes (refus du diagnostic ou difficultés à se saisir des outils proposés), elles vont finir par se mettre en retrait.

⁷⁷⁸ D. Glasman et F. Oeuvarard, *La déscolarisation*, *op. cit.* Les auteurs montrent dans cet ouvrage qu'avec le déclin du monde ouvrier, ce ne sont plus les classes populaires qui désirent le moins l'école, mais plutôt les familles qui envisagent d'autres ressources que les diplômes pour acquérir une situation sociale satisfaisante, qui ne comptent de fait pas parmi les plus démunies. Et ce parce que leur situation professionnelle (du moins celle de l'un des deux parents) ne résulte pas de leurs succès scolaires. Je remarque dans cette enquête que le peu de désir envers l'institution, voire la défiance exprimée à son endroit, est le fait de parents (mères surtout) qui n'ont pas su faire fructifier leurs diplômes sur le marché du travail.

⁷⁷⁹ Seuls quatre enfants sur les quinze sont scolarisés dans le privé quelques années au collège. Matéo revient en établissement public dès la 5^{ème}, les trois autres au lycée.

Sans que l'on puisse affirmer une moindre connaissance des enjeux scolaires dans ces familles, ces mères ne vont pas adopter comme les autres des pratiques d'imposition envers l'institution. Elles vont également moins que les mères du premier groupe chercher à construire chez l'enfant un ethos du labeur et du dépassement de soi.

3.2.3.2. *Un rapport peu instrumental à l'institution*

Les pratiques scolaires familiales sont liées aux idéaux scolaires des familles et aux finalités qu'elles accordent à l'école⁷⁸⁰. Dans son ouvrage sur les mécanismes des choix scolaires dans les classes moyennes, A. Van Zanten distingue trois finalités (différemment revendiquées dans chaque famille) : celle du « développement réflexif », qui confère à l'école une mission émancipatrice (on attend d'elle qu'elle élargisse l'horizon culturel des adolescents et développe leur curiosité), celle « instrumentale », où l'on veut qu'elle prépare l'enfant à la compétition à l'œuvre dans la vie professionnelle (on s'intéresse davantage aux résultats et aux performances des enfants et au développement d'un esprit de compétition et dépassement de soi), et, enfin une finalité « expressive », pour laquelle l'école doit d'abord veiller à l'épanouissement des enfants, à leur développement et à l'expression de leur singularité.

Les mères de ce troisième groupe mettent davantage en avant cette troisième finalité (articulée à la première d'une ouverture d'intellectuelle), et vont chercher à assurer le bien-être psychologique de l'enfant, davantage qu'à développer ses performances scolaires par un travail de tous les instants, comme on a pu l'observer dans les familles du premier groupe. Les devoirs sont souvent décrits comme conflictuels, et ils prendront peu à peu moins de place dans la sphère domestique, et les activités extra-scolaires seront choisies en vue de distraire l'enfant et lui octroyer un espace de répit, davantage que dans une optique de travail et de renforcement des capacités. Si plusieurs de ces mères regrettent que leur enfant n'ait pas ce désir d'école et de savoir, et cette curiosité envers le travail intellectuel académique, elles ne semblent pas user des mêmes modes de transmission des visées parentales : elles ne relatent pas ce travail de persuasion qui permet de transmettre de façon plus directe à ses enfants ses propres valeurs et idéaux – à l'inverse du premier groupe où la valeur « dépassement de soi » semble avoir été incorporée par les enfants. De la même manière qu'elles ne vont pas s'imposer à tout prix à l'institution, elles vont moins encadrer les pratiques et les volontés de leur enfant. D'ailleurs, elles témoignent laisser bien plus de place à leurs enfants dans les décisions scolaires et de soins (et de façon croissante avec l'avancée en âge de ces derniers)

Ces familles donnent finalement à voir un style culturel et éducatif différent, dont le rapport à l'école dans toutes ses dimensions apparaît comme marqueur fort. A regarder de plus près les propriétés sociales des familles, on peut les mettre en lien avec leur position dans l'espace social proche mais décalée par

⁷⁸⁰ Qui sont eux-mêmes liés aux expériences scolaires des parents, à leur position professionnelle, et à la manière dont la qualification scolaire a déterminé, ou non, l'insertion dans la vie professionnelle.

rapport aux familles du premier groupe. Celles observées dans cette dernière partie du chapitre se rapprochent davantage du groupe des médiateurs, avec des mères appartenant aux classes moyennes intermédiaires, plus proches du pôle culturel et public de l'espace social – elles sont enseignantes, infirmières, agent de bibliothèque⁷⁸¹. Elles décrivent davantage de heurts dans leur scolarité, ainsi que dans celles des fratries des enfants dyspraxiques.

3.2.3.3. Éviter le conflit avec l'institution

Elles vont chercher à éviter le conflit avec l'institution scolaire, en partie parce qu'elles craignent des retombées négatives du conflit sur le traitement que pourrait connaître l'enfant à l'école. C'est le cas d'Édith, qui n'arrive pas à convaincre la directrice de l'école privée où est scolarisé Martin en 6^{ème} de le laisser apporter son ordinateur en classe : « *Moi je n'ai pas voulu faire d'esclandres, parce qu'après les casseroles nous suivent, quand on est dans le privé... donc on ferme notre gueule pour pas que notre enfant morfle* ». Là où Isabelle ou encore Élise (chapitre précédent) ont découvert avec les années l'existence d'un dossier scolaire implicite qui les suit année après année, et qui les dépeint comme des mères inadaptées (vindicatives ou malades), ces mères-là semblent anticiper les effets négatifs d'un bras de fer avec l'école, et préfèrent maintenir une certaine qualité de relation plutôt que de passer en force. Elles n'imaginent pas comme un bénéfice des aménagements qui seraient imposés aux enseignants sans leur consentement.

C'est l'organisation institutionnelle même autour de ces dispositifs et des parcours d'enfants dyspraxiques qui multiplie les possibilités de conflits entre familles et école, en mettant les mères en position de messagères de prescriptions médicales qui rognent le mandat enseignant. Nous avons vu précédemment que les aménagements scolaires, prescrits par des médecins ou des psychologues, étaient souvent peu appréciés des enseignants en ce qu'ils ne leur apparaissaient pas toujours pertinents pour gérer ou remédier au problème de l'enfant. Les enseignants ont parfois le sentiment de voir ces professionnels du soin, récemment convertis à la pédagogie au moyen des sciences neurocognitives, empiéter sur leurs propres prérogatives du travail pédagogique en classe. Les dispositifs prévus pour les élèves « dys » redistribuent en effet la « licence » et le « mandat »⁷⁸² pédagogique entre soignants et enseignants à la défaveur de ces derniers, et ce sont les parents qui ont généralement la charge de le leur indiquer.

Dans ce contexte générateur de tensions, certaines mères vont favoriser le relationnel avec les enseignants, et interrompre les négociations avant que les rapports ne s'enveniment. Si elles mettent un terme aux négociations, c'est aussi parce qu'elles se découragent : en cas de désaccord sur la définition du

⁷⁸¹ Les pères sont comme dans le premier groupe aux deux extrémités des classes moyennes occupant des emplois de techniciens, parfois peu diplômés, comme d'ingénieur, enseignant-chercheur et même haut fonctionnaire à l'ONU.

⁷⁸² Ces notions sont d'Everett Hughes et désignent pour une profession le droit d'exercer (la licence) ainsi que les missions qui lui sont reconnues (le mandat). E.C. Hughes et J.-M. Chapoulie, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

problème de l'enfant entre l'école et sa famille (ce qui advient de façon récurrente dans leur parcours), le maintien de l'enfant dans une scolarité ordinaire et en réussite est une charge particulièrement élevée pour la famille, et les mères ne parviennent pas à l'assumer tout au long des années.

3.2.4. Le découragement

Béatrice : Pour les enseignants, c'était : « ok il est dyspraxique, mais il doit faire comme tout le monde », y avait pas de remise en question de leur part. Ils n'ont jamais allégé le travail, ils l'ont jamais laissé écrire plus gros. (...)

Patrick : Une année au collège ça c'était pas bien passé avec les profs, ils comprenaient pas tous ces aménagements. Son AVS nous a dit : « ils acceptent qu'il ait un handicap neurologique, mais dans le même temps il doit faire exactement comme tout le monde ! C'est pas normal, c'est ça qui va pas ». Elle avait très bien résumé la situation.

Corinne : Eh bien il n'y a absolument rien qui a été fait pour mon enfant à l'école. Enfin y a eu une réunion d'équipe pédagogique en début d'année, avec moi, la prof de math, le prof principal et la coordinatrice pédagogique et la nouvelle orthophoniste. Et une représentante de l'APEDYS aussi, Mme Détroit. C'est que moi on ne m'écoute pas, tout ce que je dis c'est zéro. Alors avec tout ce que j'ai payé pour faire les bilans, ça enrichit des gens et... bon c'est mon point de vue aujourd'hui. Ça m'a certes permis de savoir des choses sur la dyspraxie, qui heureusement est pas lourde mais qui peut l'entraver sur son évolution scolaire. Mais j'ai l'impression que y a un paquet de gens qui se sont fait un paquet de pognon et tout ça pour une non prise en compte de la difficulté.

Comme nous l'avions vu pour Valérie et Isabelle, le rapport de ces mères à l'institution scolaire va évoluer tout au long de la scolarité de l'enfant dyspraxique. Alors qu'elles avaient pour la plupart un rapport heureux à l'institution et une pleine confiance dans la scolarisation de leur enfant, cette vision positive va peu à peu se dégrader en même temps que la scolarité de l'enfant et du non-aboutissement de leur entreprise pour aménager ses conditions de scolarisation. Plusieurs d'entre elles disent alors découvrir « l'autre face de l'école », celle que ne connaissent que les « mauvais élèves ».

Virginie : [après que Rémi eut fait un discours sur son désamour et désintérêt pour l'école] C'est-à-dire que les notes ont jamais reflété ses compétences. Donc au bout d'un moment c'est lourd quand même ! Y a des choses qui à l'oral, il sait extrêmement bien les faire, et à l'écrit ça veut pas.

Enquêtrice : *C'est pour ça que normalement y a des dispositifs spéciaux pour [me coupe]*

Virginie : non mais c'est du leurre ça ! Pfff c'est des leures. Attendez, moi j'y crois plus à ça. Les enseignements sont pas du tout adaptés. Non mais il faudrait que Rémi n'ait que de l'oralité. Il est excellent là-dedans. Il intègre tout à fait bien la matière, il a pas de difficultés, de souci de compréhension, rien. (...) Le collège, et le lycée n'en parlons pas, c'est tout à l'écrit. Moi je suis derrière en permanence en train de le pousser vers le haut, et au lycée au contraire ils poussent vers le bas. C'est toujours négatif, c'est jamais mis en valeur, les efforts ils ne s'en rendent même pas compte, rien !! Et ça, ça plombe. (...) Et en fait ils sont arrivés à le dégoûter. C'est malheureux quand même. C'est pas l'objectif de l'enseignement.

Enquêtrice : *Et vous à la base vous aviez des bons rapports avec l'école ? Votre parcours scolaire ?*

Virginie : Ah oui oui, moi j'aimais ça. Je serais encore étudiante si je pouvais (sourire). Ah mais moi je ne connaissais absolument pas ce côté-là de l'école. Je dis pas que j'étais toujours première, mais pas loin, puis j'ai fait deux troisièmes cycles parce que j'aimais ça : en droit j'ai deux DESS. Parce que ça me plaisait bien. Je n'ai pas du tout ce rapport-là à l'école. C'est pour ça qu'au début, pour moi, c'était pas possible.

Les mères se montrent désabusées face au traitement scolaire de leur enfant, trouvant que l'école « dévalorise », « tire vers le bas », « décourage ». Malgré le diagnostic, les conseils des rééducateurs et les outils proposés, elles ne parviennent pas à faire changer le regard de l'institution sur leur enfant ; avec les années, elles se fatiguent et désinvestissent les pourparlers avec l'école.

Enquêtrice : *Et vous allez voir les professeurs en début d'année ?*

Virginie : Je suis fatiguée d'y aller... Ah oui j'y suis allée ! Tous les trois mois.

Rémi : Ca sert à rien.

Virginie : Voilà ça sert à rien. Comme ça se voit pas... C'est : « il s'agit parce que ça lui plaît, il fait l'imbécile parce que ça lui plaît », alors qu'en fait ça ne lui correspond pas du tout. Rémi est quelqu'un de sérieux et de posé. Au bout d'une demi-heure il doit juste faire une pause, parce qu'il a besoin de déconnecter.

Le découragement parental suit souvent celui de l'enfant qui le premier montre des signes de rejet de l'école, en adoptant des discours critiques et en formulant le souhait de vite rentrer dans la vie active lorsqu'ils sont au lycée. Constatant les difficultés de l'enfant, son manque d'estime de lui-même et son désamour des études, les parents peuvent avoir l'impression d'un immense gâchis, eux qui pour la plupart ont aimé apprendre, et associaient jusqu'alors des valeurs positives à l'école.

Christelle : Oui bien sûr que du coup j'en veux à l'école. Parce que y a un manque de moyen... Y a rien de mis en place pour les enfants qui sont en difficulté tout simplement. Je le vois qu'il est fatigué [Mathis, 8 ans], l'organisation scolaire est mal foutue, ça lui correspond pas. Ces enfants se fatiguent vite dans les apprentissages, ils ont pas l'endurance des enfants qui captent normalement. Ces journées de 8h à 16h, plus le soutien scolaire, plus l'étude... plus les suivis...

Ils en viennent parfois à trouver les aménagements scolaires pour « dys » dérisoires, tant le cadre de base des études est inadapté au profil psychologique et cognitif de leur enfant – toujours pensé lui comme une donnée irréductible. Ils rejoignent ici la critique radicale des parents de jeunes connaissant un trouble psychique à l'adolescence et se retirant du cadre scolaire (tout en continuant parfois de suivre les apprentissages par ailleurs : les « phobies scolaires », ceux qui « décompensent brutalement » et se « déscolarisent d'un coup »⁷⁸³) : le cadre trop scolaire est jugé trop contraignant, pressurant, indifférent aux différences et ainsi déstabilisant pour des élèves qui ont pourtant les capacités intellectuelles de réussir dans les apprentissages. Pour Pauline Blum, « ces cas révèlent en fait l'incapacité de l'Éducation nationale à les prendre en charge car ils mettent en exergue la violence qu'elle peut comporter et ébranlent les contraintes scolaires »⁷⁸⁴. Les mères de ce groupe aimeraient une école bienveillante (sans propos décourageants), moins compétitive et aussi sans nécessité de savoir écrire

⁷⁸³ P. Blum, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, op. cit.

⁷⁸⁴ *Ibid.*, p. 62.

(apprentissage jugé vain pour leur enfant). Sans cela, elles ont la sensation de s'agiter en tous sens pour des résultats médiocres.

De façon plus marginale, si certains parents ne défendent pas becs et ongles les dispositifs pour enfants « dys » c'est parce qu'ils observent des « *effets pervers* » à certaines de ses différentes modalités. Philippe et Sophie ont par exemple l'impression qu'Antoine « a relâché ses efforts » depuis la mise en place du PPRE (suivant l'annonce du diagnostic de dyspraxie en 6^{ème}). Il dispose d'un tiers-temps pour les examens dans la plupart des matières et bénéficie d'une largesse enseignante dans la notation. Parfois même, les enseignants ne pouvant pas mettre en place le tiers-temps (sinon Antoine serait en retard pour le cours suivant), ils remontent sa note finale d'un tiers. « *Avant [la mise en place du PPRE] il était moyen faible à 8 ou 9 de moyenne, maintenant c'est plutôt 10 ou 11. Ce qui d'ailleurs peut faire penser qu'il a relâché ses efforts.* – Sophie : *Oui il a relâché ses efforts.* – Philippe : *Comme maintenant il voit que c'est plus facile pour lui d'avoir de bonnes notes, maintenant il relâche* ».

3.3. Des trajectoires scolaires de classe ?

Les enfants de ce groupe ont des scolarités laborieuses et paraissent emprunter des voies scolaires plus dominées que les enfants des groupes précédents. Wilfried Lignier montrait dans son étude sur les enfants précoces que le diagnostic médico-psychologique ne gomme pas les effets sociaux ordinaires⁷⁸⁵ : les enfants aux QI les plus élevés, qui étaient également ceux aux scolarités les plus réussies, étaient les enfants les plus dotés socialement de l'enquête. Ainsi, « les (relativement faibles) variations du niveau scolaire au sein de la population d'enfants précoces continuent de dépendre des variables classiques mises en avant par la sociologie de l'éducation la plus classique, comme la profession et le diplôme des parents »⁷⁸⁶. De la même manière, Sandrine Garcia observe que les enfants dyslexiques qui sont scolarisés en classes spéciales (CLIS, ULIS) sont parmi les plus défavorisés socialement du groupe plus général des dyslexiques. Trouve-t-on les mêmes résultats à l'analyse des trajectoires scolaires des enfants dyspraxiques ? Ceux qui ont les scolarités les plus qualifiantes sont-ils ceux qui avaient sociologiquement le plus de chances d'y réussir ?

Il faut d'emblée remarquer que tous les enfants en âge d'avoir obtenu le bac l'ont obtenu, et que les autres enfants de l'enquête, plus jeunes, s'y dirigent. Bien qu'un arrêt des études avant son obtention soit toujours possible, il semble pour eux peu probable, ce qui éliminerait de l'enquête les 20% de la population d'une classe d'âge n'obtenant pas le baccalauréat⁷⁸⁷. Ces 20%-là de la population scolaire se recrutent parmi les milieux les plus précaires dont les familles ont les capitaux scolaires et économiques les plus bas, et les

⁷⁸⁵ W. Lignier, *Une noblesse psychologique*, op. cit.

⁷⁸⁶ *Ibid.*, p. 242.

⁷⁸⁷ 79,7% pour l'année 2019. Source DEPP sur le site du ministère de l'éducation nationale. <https://www.education.gouv.fr/cid132806/le-baccalauréat-2018-session-de-juin.html>

capitaux culturels les plus éloignés de ceux circulant à l'école. Cette double absence de l'enquête (scolarité les moins qualifiées/familles les plus précaires) abonderait dans le sens des résultats de W. Lignier.

Ce sont ensuite quelques scolarités atypiques qui ont attiré mon attention. Léa, fille d'un père polytechnicien et d'une mère consultante en communication scientifique connaît trois redoublements avant d'obtenir péniblement un baccalauréat professionnel, scolarité présentée comme atypique au sein de cette famille qui cumule du capital scolaire – sa sœur aînée est dite « brillante », et commence une thèse en droit après l'obtention d'un Master international prestigieux. On peut mettre en comparaison la trajectoire de Sofiane, fils d'ouvrier et petit-fils d'immigrés dans les deux lignées parentales, dont la mère refuse l'orientation vers la filière professionnelle empruntée par Léa et qui obtient finalement un baccalauréat général. Le parcours scolaire de Justine est lui aussi atypique, puisqu'elle réalise sa scolarité de collégienne en SEGPA, ce qui est statistiquement étonnant au regard de la profession de ses parents, mère enseignante dans le secondaire et père « dans les transports » (Bac+2).

A l'inverse, on observe des trajectoires d'enfants plus propres à leur classe, avec des enfants dyspraxiques en réussite scolaire qui présentent tous les indicateurs sociologiques favorables sur le marché scolaire (parents diplômés, des classes moyennes supérieures, fratrie ayant comme les parents une scolarité réussie...). Que représentent ces trajectoires atypiques dans l'ensemble de la population des enfants dyspraxiques, et même « dys » ? Observe-t-on davantage de scolarités socialement atypiques chez les élèves « dys » que dans la population générale ? Il est difficile de répondre à cette question avec la méthodologie employée, le nombre de trajectoires scolaires observées étant réduit, contrairement à W. Lignier qui a travaillé sur un corpus de quelques cinq cents questionnaires. De plus, un nombre important d'enfants de l'enquête est scolarisé en primaire et au collège, ce qui rend difficile la comparaison de leur trajectoire à celle des jeunes scolarisés en lycée ou dans les études supérieures.

Sans vue d'ensemble possible quant aux trajectoires scolaires des enfants dyspraxiques, il était alors question dans cette thèse de regarder les scolarités en elles-mêmes, et d'observer les incidences du diagnostic sur la gestion de la scolarité et sur son déroulé. On peut ici affirmer sans trop de risques que le diagnostic permet, non pas à chacun de se maintenir dans les filières nobles du secondaire ou d'avoir de bonnes notes, mais bien de suivre une scolarité plus qualifiante que celle qui serait advenue sans. Et les résultats qualitatifs retranscrits dans ce chapitre m'amènent à faire l'hypothèse que ces diagnostics de « dys » sont davantage rentables dans les familles du haut des classes moyennes, qui peuvent activer les potentialités du diagnostic du fait des capitaux divers dont elles disposent, sans revoir à la baisse leurs aspirations. Le diagnostic paraît entraîner des effets scolaires positifs lorsqu'il s'accompagne d'un accroissement du travail scolaire, d'un suivi scolaire personnalisé délégué à un tiers compétent (financièrement coûteux), d'aménagements scolaires favorables négociés avec l'école, de la mise en place d'activités de loisirs à haut rendement développemental, de pratiques éducatives contraignantes, d'une organisation de la vie quotidienne encadrée, etc...

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Dans ce chapitre, je voulais traiter de la question des effets des diagnostics médico-psychologiques « dys » sur les scolarités des enfants, comme l'analyse de la trajectoire de Simon nous y invitait. Pour avancer sur cette question, il s'est révélé pertinent d'étudier la mise en place des dispositifs de prise en charge, à la croisée des pratiques des agents scolaires, familiaux et de soin, puisque c'est bien par les dispositifs que les classifications ont une incidence sur le public ciblé.

Après avoir vu qu'il pouvait être une invitation à réinvestir autrement la question scolaire (Chapitre 4), les implications scolaires du diagnostic se révèlent très diverses d'un enfant à un autre. Tout d'abord, lorsque le diagnostic est établi, les enfants n'en sont pas tous au même stade de la scolarité (certains étant encore en maternelle quand d'autres sont déjà au collège voire au lycée), et il n'ouvre pour cela pas sur les mêmes possibilités en termes de (re)définition de la difficulté scolaire – les adolescents ont par exemple déjà acquis des habitudes de travail et un certain rapport à l'école qu'il est difficile de faire évoluer. Les enfants sont aussi dans des situations scolaires très différentes lorsqu'on annonce à la famille la dyspraxie, certains étant scolarisés en CLIS ou en SEGPA, d'autres suivant plus ou moins laborieusement une scolarité ordinaire (avec ou sans redoublement). Les questions et les enjeux scolaires ne sont donc pas les mêmes pour les enfants et leur famille à l'heure où est annoncé le diagnostic neurocognitif.

Un des apports centraux de ce chapitre est de montrer que le diagnostic de dyspraxie, et au travers lui, l'explication neurocognitive des difficultés scolaires, produit des effets variés sur les trajectoires enfantines car, pour une part, les dispositifs sont protéiformes et contiennent en eux plusieurs logiques potentiellement contradictoires (agir sur l'enfant, agir sur le cadre scolaire), et, pour une autre part, ils s'inscrivent dans un ensemble de rapports sociaux qui les précèdent – et qu'ils contribuent à reconstruire par la suite. Les dispositifs de la dyspraxie sont articulés autour des enjeux scolaires, et contiennent une composante rééducative proposant d'optimiser les performances des enfants (agilité motrice, facultés attentionnelle, compétences organisationnelles...), ainsi qu'une dimension plus « contextuelle » visant à aménager le cadre scolaire et en assouplir les exigences, selon l'idée de s'adapter à une « intelligence empêchée » ou alternative. La première va résonner de façons différentes avec les modes de vie, et les styles culturels et éducatifs familiaux ; et la deuxième, parce qu'elle s'accorde au principe du « sur-mesure », et met en interaction familles, école et spécialistes, dans un contexte où les savoirs sur les difficultés des enfants (et les conceptions de l'école) ne sont pas unifiés, apparaît dépendante des rapports (inégalitaires) qu'ils entretiennent entre eux.

Si les séances effectuées chez les neuropsychologues et rééducateurs peuvent être considérées comme une offre pédagogique, le travail sur les compétences cognitives et scolaires ne va pourtant pas être le même d'un enfant à l'autre. Pour certains, les séances effectuées chez les rééducateurs forment l'essentiel du travail d'entraînement scolaire, quand pour d'autres, c'est la presque totalité de leur quotidien qui est

tourné vers l'objectif de maximisation des performances : par le biais d'activités extrascolaires, choisies par les parents pour leurs bienfaits (au moins supposés) développementaux, ainsi que par un encadrement serré du travail scolaire dans la sphère domestique (par les parents ou un prestataire de service), et une incitation constante au dépassement de soi. La proposition rééducative est inégalement appropriée par les familles en ce qu'elle s'inscrit dans des socialisations familiales différentes, et l'efficacité (scolaire) d'une rééducation ne peut être appréhendée sans tenir compte de la manière dont le temps de l'enfant est occupé par ailleurs. Les dispositifs de la dyspraxie ici n'homogénéisent jamais vraiment les expériences de remédiations scolaires enfantines, qui restent encore très dépendantes des socialisations familiales – goût de l'effort, compétences pédagogiques des parents, activités proposées aux enfants... Si tous les parents veulent voir leur enfant progresser, cette conception pédagogique par « compétences » et par « projets » (portée par les experts en sciences neurocognitifs et par l'institution scolaire depuis les années 2000⁷⁸⁸) ne fait pas également sens pour tous, et suscite surtout l'adhésion de certains parents : ceux dont l'univers professionnel manipule ces notions, ceux qui ont une conception utilitariste de l'enseignement, ceux qui exercent un contrôle serré des enfants (du travail scolaire, mais aussi des activités extra-scolaires, du temps, du corps...), comparativement à d'autres parents qui conçoivent davantage d'autonomie dans l'éducation infantine. Au-delà d'un style culturel, ce sont aussi des parents qui disposent des ressources nécessaires (financières, pédagogiques, temporelles ; les unes pouvant être compensées par les autres dans une certaine mesure) pour soutenir leur projet qui vont faire un usage extensif de la proposition rééducative. On les retrouve conséquemment de façon surreprésentée dans certaines fractions de l'espace social : le pôle économique et privé des classes moyennes.

Quelle que soit leur action sur l'enfant, les parents vont par ailleurs négocier les conditions de sa scolarisation (aide humaine et technique...), comme le permettent les dispositifs pour enfants « dys », en conformité avec les nouvelles définitions du handicap dites sociales ou situationnelles – qui préconisent d'agir sur le contexte discriminant davantage que sur la personne concernée par le handicap. Or, les aménagements de la scolarité préconisés s'inscrivent dans un ensemble de rapports sociaux qui vont rendre leur mise en application très contrastée d'un enfant à l'autre. D'abord, ces aménagements scolaires spécifiques ne sont pas élaborés par les enseignants eux-mêmes, mais par des acteurs extérieurs à l'école (médecins, psychologues, rééducateurs), et signent de ce fait l'empiètement de concurrents sur leur mandat pédagogique. Les demandes d'aménagements de la part des parents peuvent alors être perçues comme invasives, et parfois difficilement applicables (car représentant un accroissement de la charge de travail, difficilement conciliables avec la gestion du reste du groupe...), et peuvent être discutées par les enseignants. Ensuite, si les parents, en tant qu'usagers d'un service public, ont un pouvoir décisionnaire de plus en plus important, leur capacité à s'imposer comme partenaire légitime à l'école – qui reste une institution dominante – reste dépendante de leur maîtrise des enjeux et des codes de la négociation scolaire. Les dispositifs tels qu'ils sont construits reposent sur la qualité des relations famille/école et exacerbent leur structure inégalitaire car ils multiplient les occasions de négociations entre les deux

⁷⁸⁸ P. Clément, *Réformer les programmes pour changer l'école?*, op. cit.

parties : il ne s'agit pas seulement de négocier une orientation à des étapes stratégiques de la scolarité mais bien de discuter des conditions de la scolarisation tout au long de l'année (supports de cours spécifiques, adaptation des rythmes scolaires, place dans la classe, aménagements d'examen, souplesse de notation...). Dans ce contexte sujet à tensions, les parents ne sont pas également armés pour négocier les aménagements désirés, et, si pour les plus dotés, le diagnostic neurocognitif constitue un levier supplémentaire pour s'imposer à l'institution (il s'intègre dans un ensemble de comportements volontaristes et stratégiques, comme le choix de l'établissement, visant à faire valoir leurs intérêts), il est pour d'autres plus difficile à faire valoir. Le diagnostic sera dans d'autres configurations un outil de résistance davantage que d'imposition, visant à limiter « le pire » (la sortie de l'école ordinaire), au prix souvent d'une dégradation des relations à l'institution et de parcours scolaires décousus, nécessitant un travail familial pour assurer une continuité qui demande un certain nombre de compétences plus ou moins maîtrisées par ces familles peu dotées en capital scolaire (assumer les périodes de déscolarisation, prospecter d'autres établissements scolaires, connaître les dispositifs et les droits associés...).

Les tensions et différends qui entourent les dispositifs scolaires pour enfants « dys » ont aussi pour effet de décourager des familles par ailleurs loin d'être démunies, mais qui ne peuvent assumer le coût que représente la mise en place des aménagements, lorsque les enseignants n'y adhèrent pas spontanément. Certains parents privilégient les bonnes relations à l'institution au détriment des aménagements (parce qu'ils anticipent les retombées négatives sur le traitement de l'enfant des pratiques d'imposition parentales), et ne conçoivent pas de dédier plus de temps qu'ils n'y consacrent déjà à la gestion de ce problème – parce qu'ils ont moins conscience des enjeux liés à leur implication, parce qu'ils privilégient d'autres activités, que l'enjeu d'un bac général est moins aigu que dans d'autres familles...

Les dispositifs pour enfants avec un trouble des apprentissages véhiculent un modèle de justice scolaire (donner à chacun selon ses potentialités) qui n'est pas consensuel, et promeuvent une organisation du travail dans la gestion de la difficulté scolaire qui suscite des tensions, et met à l'honneur le rôle des parents. De ce fait, l'accès au diagnostic ne laisse pas présumer d'une scolarité type, et ces dernières continuent de dépendre des ressources parentales, de leur capacité à préparer l'enfant au travail scolaire ainsi qu'à susciter l'adhésion et à coordonner les différents acteurs de la prise en charge. La rentabilité scolaire des diagnostics de dyspraxie est donc très variable (parfois nulle) et ne peut être comprise comme le fruit de seules pratiques rééducatives qui seraient particulièrement efficaces, sinon comme attachée à une configuration où un ensemble d'acteurs scolaires, familiaux et rééducatifs organisent leur action de façon coordonnée et rationnelle en vue d'améliorer les performances et chances scolaires de l'enfant.

Ces analyses invitent à questionner, outre les politiques scolaires individualisantes, la division du travail entre les différents partenaires, et en particulier le rôle dévolu aux familles. Alors que leur rôle est déjà important dans les réussites scolaires ordinaires, les dispositifs pour enfants « dys » élargissent le domaine de leurs prérogatives puisqu'elles doivent, en plus d'assurer un certain travail développemental de l'enfant (par des pratiques éducatives rationnelles, une gestion optimale de son emploi du temps, des

propositions d'activités rentables...), assurer la coordination des différents acteurs de la prise en charge (après les avoir choisis) et contrôler l'instauration des bonnes conditions de scolarisation. Ce rôle dessiné par les politiques scolaires et du handicap suppose un ensemble de compétences et de ressources qui sont très inégalement réparties dans les différentes familles, et qui ne peuvent qu'entraîner de fortes divergences dans le traitement d'enfants pour qui a pourtant été établi un diagnostic commun.

Ce chapitre a aussi été l'occasion de voir que dans les prises en charge des enfants avec un trouble cognitif, les spécialistes occupaient une posture originale auprès de l'école et des familles, distincte de celle de collaborateur institutionnel régulièrement mise au jour⁷⁸⁹. Du fait de leur mode d'exercice en libéral qui éloigne la connivence culturelle institutionnelle, et des attributs sociaux de leur clients qui leur sont parfois proches (femmes, mères, classes moyennes et supérieures, ayant des modes de vie proches, installées parfois à leur compte...) ces spécialistes peuvent nouer une alliance avec les familles contre l'école, et se situent à une place stratégique pour appuyer les familles dans leurs projets scolaires – voire, les élaborer avec elles. Cependant, leur rôle et leur implication apparaissent variés d'un cas à l'autre, et dépendants de leurs caractéristiques personnelles comme de celles des familles. Finalement, leur intervention participe un peu plus à différencier les parcours des enfants, sur des bases économiques, sociales et culturelles.

⁷⁸⁹ Ce qui est en fait surtout le cas dans les établissements situés dans les quartiers populaires. J.-P. Payet et al., « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes », art cit. Encore aujourd'hui dans l'enseignement prioritaire, « la collaboration interinstitutionnelle supplante la collaboration avec les parents ».

CONCLUSION GÉNÉRALE

1. RETOUR SUR LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE : UNE COMPLEXIFICATION DES INÉGALITÉS SOCIALES FACE À L'ÉCOLE

Dès le commencement de cette recherche, j'ai pris le parti de m'intéresser aux troubles spécifiques des apprentissages en tant que nouvelles grilles de lecture de la difficulté scolaire. Ils ne sont jamais que cela – les familles relatent un ensemble de problématiques embrassant les questions d'autonomie, de participation et d'intégration sociale de l'enfant –, mais la centralité des enjeux scolaires dans les prises en charge des enfants m'a décidée à observer de près les scolarités des enfants concernés, leur gestion comme leur déroulé. Aujourd'hui, prendre en charge la dyspraxie, c'est avant tout mettre sur pied des dispositifs permettant aux enfants de suivre une scolarité ordinaire à hauteur de leur intelligence dite « normale ». Les dispositifs créés pour les enfants avec des troubles des apprentissages se distinguent en cela d'une certaine tradition scolaire visant à regrouper les enfants en proie à des problématiques semblables (ou supposées telles) dans des classes distinctes, telles que celles pour les élèves décrocheurs, avec des troubles du comportements ou encore en grande difficulté scolaire (ULIS, SEGPA, classe-relais...).

S'ils peuvent paraître innovants par certains aspects – on pense à certains aménagements scolaires, tels que la non-confrontation de l'élève à l'activité difficile –, ces dispositifs s'inscrivent à plusieurs égards dans le prolongement de dynamiques scolaires plus anciennes – et, à leur tour, les renforcent. On peut en citer deux en particulier : les politiques scolaires d'individualisation des prises en charge et de différenciation des scolarités (selon l'idée d'une nécessaire adaptation de l'offre scolaire aux particularismes individuels), et le processus d'externalisation de la prise en charge de la difficulté scolaire à des spécialistes du champ médico-psychologique initié dans les années 1970, avec plus spécifiquement la venue des orthophonistes sur le terrain scolaire (mais aussi de psychiatres et psychologues). Si ces dynamiques sociales se construisent au croisement des actions de l'Education nationale, des experts médico-psychologiques et des familles regroupées en associations, cette thèse a été l'occasion de mieux cerner ce phénomène du point de vue des réorganisations du marché de la difficulté scolaire, et en particulier des pratiques et des stratégies des agents du secteur médico-psychologique.

Si l'externalisation du traitement de l'échec scolaire n'est pas un phénomène nouveau, les troubles des apprentissages révèlent en revanche l'émergence d'une nouvelle expertise dans le marché extérieur de la difficulté scolaire : l'approche neurocognitive, qui induit une certaine rupture dans la compréhension des difficultés scolaires, en les imputant à des mécanismes cérébraux singuliers. Jusqu'alors, c'était l'expertise psychodynamique inspirée de la psychanalyse qui dominait le champ, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'école, au travers des RASED et des CMPP principalement – et de façon plus diffuse par la pénétration générale des professions de l'enfance. Dans cette optique, les difficultés scolaires sont considérées comme le symptôme d'un mal plus profond et d'ordre psychoaffectif, qui mérite un travail d'ordre thérapeutique à mener avec l'enfant. Il faut comprendre le sens que revêt le problème pour l'enfant, ce qu'il veut exprimer – souvent de façon inconsciente – au travers de ses difficultés. La définition du problème en termes

cognitifs par la suite implique un tout autre type de travail d'aide auprès des enfants : des rééducations fonctionnelles, durant lesquelles les professionnels font travailler l'enfant sur ses compétences faibles (capacités d'attention, mémoire de travail, trace graphique, déchiffrage...) afin de le rendre plus performant. Et lorsque la progression s'avère nulle, ils lui proposent des stratégies lui permettant de contourner ses difficultés, afin que sa participation à la vie sociale ne soit que peu impactée (suivant la logique des référentiels handicap) : lui apprendre à utiliser l'ordinateur lorsque le tracé graphique est trop coûteux, développer sa mémoire auditive lorsque le travail par écrit s'avère peu efficace, etc. Les apprentissages réalisés lors de ces séances étant organisés autour des apprentissages scolaires, on a défini les rééducations manipulant les référentiels neurocognitifs comme une propédeutique aux apprentissages scolaires⁷⁹⁰, cherchant à produire un enfant suffisamment performant pour suivre le rythme d'une classe ordinaire, moyennant quelques aménagements. A ce titre, la notion de pédagogisation ou scolarisation des métiers de la rééducation a été préférée à celle de médicalisation de l'échec scolaire, puisqu'il ne s'agit pas tant de traiter médicalement les enfants, que de faire exécuter un travail pédagogique à des professions issues de la santé. On peut aussi considérer, sous cet angle, que les rééducateurs prennent en charge le travail de socialisation à l'école et au travail scolaire que les enseignants attendent implicitement des parents : que l'enfant ait une motricité suffisamment agile pour maîtriser les outils scolaires, qu'il soit autonome au travail, qu'il présente une tenue corporelle, attentionnelle et cognitive lui permettant de répondre aux exigences scolaires, etc.

Ce déplacement d'une partie du travail scolaire de l'école, service public, aux acteurs du soin et de la rééducation, acteurs privés, s'est joué en deux temps. C'est d'abord l'institution scolaire qui, à travers une rénovation pédagogique d'ampleur (celle impulsée par l'Education Nouvelle à partir des années 1970), a discrédité un ensemble d'apprentissages techniques (tels que le déchiffrage alphabétique ou l'acte graphique) au profit d'activités jugées plus nobles et nourrissantes, plus savantes aussi, centrées sur l'exercice de la réflexivité, de la compréhension du monde et de l'expression de soi⁷⁹¹. Ces méthodes pédagogiques se sont révélées fortement différenciatrices en défaveur des élèves les plus faibles, et, ajoutées à des moyens toujours moindres accordés aux écoles primaires et maternelles, les inégalités face à l'école n'ont cessé de croître depuis les années 1990. Ensuite, ce sont des médecins (parmi lesquels des psychiatres mais plus encore des neurologues et des neuropédiatres) et des professionnels de la rééducation qui ont investi le terrain scolaire, en remettant les notions de performance, de techniques et d'entraînement (par répétition d'activités) au cœur des apprentissages. Cette appropriation des enjeux scolaires s'est effectuée au moyen des sciences neurocognitives et dans une optique d'avancement professionnel, cette nouvelle proposition de prise en charge leur permettant de s'inscrire dans un champ où ils auraient légitimité et autorité, face aux enseignants auxquels ils opposent une expertise scientifique. Concernant les rééducateurs paramédicaux, la captation massive de ce public en difficulté scolaire leur a

⁷⁹⁰ Faisant ainsi écho aux travaux de S. Morel qui décrit les rééducations psychodynamiques comme une propédeutique à la psychothérapie.

⁷⁹¹ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit.

permis d'étendre leur territoire d'action, d'améliorer leurs conditions de travail tout en éloignant la domination du médecin sur l'exercice de leur travail par l'installation en libéral.

Ce sont aussi les familles des enfants en difficultés scolaires qui ont appuyé cette dynamique, intéressées par l'objectif de remettre l'enjeu scolaire au centre là où les remédiations psychologiques, alors dominantes, leur proposaient un travail sur soi, jugé par une certaine frange d'entre eux peu bénéfique et culpabilisant. Seulement, du fait du développement de cette offre par des circuits privés, en libéral, méconnus des familles et coûteux, et du fait de concurrences vives sur ce terrain (avec l'offre psychodynamique), l'accès aux diagnostics neurocognitifs et aux aides rééducatives fonctionnelles pose question.

La mise au jour de ces dynamiques sociales plus ou moins récentes a permis de préciser la question des effets scolaires des diagnostics neurocognitifs – puisque, faut-il le rappeler, ils émergent avec la promesse de permettre aux enfants le suivi d'une scolarité ordinaire, et donc de maximiser les chances scolaires des enfants en difficultés, tout en soulageant une expérience scolaire douloureuse (du moins pour ceux dont on aurait attesté qu'elles résultent d'un appareil cognitif différent). S'interroger sur les effets scolaires des méthodes de prise en charge neurocognitives, c'est actuellement se poser la question des effets de la sous-traitance d'une partie du service scolaire à des acteurs privés issus du secteur de la santé. C'est aussi soupeser les carrières et les vécus scolaires des enfants comparativement aux périodes où ils sont pris en charge dans un circuit psychologique (cherchant à resocialiser les enfants et à leur faire opérer un « travail sur soi »⁷⁹² davantage qu'à instruire), puisque l'appropriation familiale de ces nouveaux référentiels est autant le marqueur d'une volonté de contrer l'expertise psychologique, jugée peu bénéfique et culpabilisante, qu'une véritable adhésion au projet neurocognitif. En analysant les trajectoires d'enfants concernés par la dyspraxie, il est apparu qu'il y avait plusieurs niveaux de réponses à cette question, en fonction de l'échelle d'analyse à laquelle on plaçait le regard : il ne s'agissait en effet pas seulement de décrire des scolarités enfantines au regard des prises en charge successives, mais aussi d'observer de façon plus générale la manière dont cette nouvelle gestion de l'échec scolaire reconfigurait les inégalités scolaires. C'est bien la question des inégalités sociales face à l'école qui est le fil rouge de ce travail, et elles sont abordées selon trois niveaux d'analyse : celui micro-social des trajectoires individuelles, au niveau intermédiaire du groupe social des enfants dyspraxiques, et, enfin, celui plus général de la population en difficulté scolaire et des rapports sociaux qui la traversent.

Analysant les trajectoires individuelles des enfants dyspraxiques, dont une large part a connu successivement différentes formes de remédiation, il est apparu que l'intégration des enfants dans les dispositifs de la dyspraxie a entraîné pour plusieurs d'entre eux l'optimisation de leurs chances scolaires, par le maintien en classe ordinaire (qui pouvait être discuté avant l'accès au diagnostic) autant que par le travail de renforcement scolaire réalisé par les rééducateurs et dans la famille qui a permis une montée en

⁷⁹² A.-E. Vêlu, Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire, op. cit.

compétence de l'enfant. L'analyse fine des trajectoires a montré que cette amélioration des positions scolaires n'était pas directement explicable par les méthodes pédagogiques des psychologues et les rééducateurs « neuros » qui seraient plus efficaces que celles employées par d'autres acteurs (comme les enseignants⁷⁹³), mais plutôt par la proposition générale d'un réinvestissement du travail scolaire à des enfants pour qui cette question avait été reléguée au second plan, au profit d'un travail davantage thérapeutique ou éducatif. Les spécialistes « neuros » proposent eux-mêmes un travail pédagogique de type scolaire à l'enfant lors des séances, et, au-delà, refocalisent l'attention des parents sur les capacités des enfants (son potentiel qui doit pouvoir s'exprimer) et sur les enjeux scolaires qui avaient pu être délaissés derrière une inquiétude plus vive concernant la santé mentale ou le bien-être de l'enfant.

Cependant, l'analyse de 28 trajectoires enfantines donne à voir une certaine diversité dans la gestion du problème autant que dans les devenir scolaires des enfants, et il apparaît que, comme avaient pu l'observer S. Garcia chez les dyslexiques ou encore W. Lignier chez les enfants avec une précocité intellectuelle, le diagnostic médico-psychologique ne gomme pas les effets sociaux ordinaires : à l'échelle du groupe des enfants dyspraxiques, les inégalités sociales se reproduisent. On peut le comprendre principalement par les formes de l'investissement parental dans la scolarité de l'enfant, puisque les diagnostics ne produisent des effets scolaires positifs que s'ils s'accompagnent d'une mise au travail scolaire de l'enfant intensive, et soutenue par les parents (mais aussi par l'ensemble des acteurs en présence). Ainsi, la place accordée au travail scolaire par les familles, mais aussi leurs capacités à négocier avec l'école le statut de l'enfant (intelligent mais « empêché ») et des aménagements scolaires « favorables », réduisant leur mise en difficulté, vont être des éléments différenciateurs forts des scolarités. Toutes les familles ne sont pas à égalité pour se saisir de ces enjeux, et ce sont ici leurs caractéristiques sociales⁷⁹⁴ qui vont permettre d'expliquer la diversité des parcours : leur rapport à l'école, les ambitions scolaires qu'elles s'autorisent à formuler, leurs compétences pédagogiques pour aider scolairement l'enfant, leur capacité à s'imposer comme partenaire légitime auprès des enseignants (légitimes à définir les enjeux de la scolarité autant que les conditions de sa mise en œuvre) mais aussi à coordonner tous les acteurs et à produire de la cohérence dans le dispositif, à faire travailler tout le monde autour d'un projet commun... La gestion familiale de la scolarité des enfants dyspraxiques requiert un ensemble de ressources et compétences, et ce sont les mères les mieux dotées qui en tireront les plus grands bénéfices. Pour les autres, le diagnostic neurocognitif se révèle une ressource paradoxale dont les effets dépendent des configurations particulières. Ces inégalités de dotation familiale sont renforcées par la structuration des rapports sociaux famille/école et familles/spécialistes, puisqu'on a constaté que l'école, autant que les professionnelles de la rééducation,

⁷⁹³ Il apparaît d'ailleurs que plusieurs outils et méthodes pédagogiques sont communs aux neuropsychologues, rééducateurs et enseignants. C. Dorison, *Les métiers de l'échec*, op. cit. ; S. Morel, *L'échec scolaire en France (1960-2010)*. Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle., op. cit.

⁷⁹⁴ Celle des mères avant tout puisque ce sont elles qui sont socialement désignées pour se charger de cette entreprise, du fait d'une division sexuelle du travail au sein de la famille, autant que d'une division du travail entre professionnels et familles comme nous le verrons ci-après.

étaient plus enclines à sceller une alliance avec des mères envers lesquelles elles éprouvaient une certaine connivence, sur la base du genre et de la classe.

Enfin, à l'échelle de la population plus générale des élèves en difficultés scolaires, il est impossible de conclure que la diffusion de ces diagnostics médico-psychologiques induise davantage de justice sociale dans les réussites scolaires. Non seulement les parcours scolaires et de soins des enfants dyspraxiques sont perméables aux inégalités sociales, mais c'est même en amont que les parcours et prises en charge des enfants vont se différencier sur la base de déterminants sociaux, puisqu'ils n'ont pas tous les mêmes chances d'être confrontés au diagnostic de trouble des apprentissages. Ce sont les enfants des classes moyennes et supérieures qui sont diagnostiqués dyspraxiques, soit les fractions les plus dotées des élèves en difficulté scolaire. La diffusion de ces diagnostics au sein d'un marché privé, méconnu et financièrement à charge des familles est un frein fort à ce que les familles de milieux populaires soient confrontées à l'expertise neurocognitive, quand bien même leurs enfants sont surreprésentés parmi la population en échec scolaire. De plus, les enfants des milieux populaires font rapidement l'objet d'une lecture de leurs difficultés en termes de handicap socioculturel, et se retrouvent pour cela pris en charge dans les dispositifs psychologiques concurrents aux dispositifs neurocognitifs – desquels les familles se retrouvent davantage captives, n'ayant pas les ressources nécessaires pour contester le suivi et moins encore en imposer un autre. Ainsi, si les dispositifs à destination des enfants « dys » incarnent – sous certaines conditions – une opportunité d'optimiser leurs chances scolaires, les enfants des classes populaires en sont pour le moment exclus.

L'ensemble de ces résultats amènent à la conclusion que la survenue des experts et expertises neurocognitifs dans le champ de l'échec scolaire n'apparaît pas œuvrer dans le sens d'une réduction des inégalités sociales face à l'école, puisqu'au contraire elle les complexifie, rajoutant des différenciations supplémentaires entre enfants sur la base de déterminants sociaux. Les expertises neurocognitives ne réorganisent pas la lutte contre les inégalités scolaires mais vont, parmi les élèves en difficulté, distinguer un nouveau public dont seulement les plus dotés tireront leur épingle du jeu. Elles n'enrayent donc pas la mécanique scolaire de reproduction sociale mais la complexifient un peu plus, en créant de nouveaux parcours scolaires possibles pour les enfants, et donc en segmentant toujours un peu plus l'institution scolaire – mais sans distendre le lien, fort en France, qui associe les carrières scolaires aux appartenances de classe.

2. AU-DELÀ DES INÉGALITÉS SOCIALES FACE À L'ÉCOLE : DES MÈRES ET DES ENSEIGNANTS FORTEMENT IMPACTÉS PAR CES NOUVELLES EXPERTISES

Le thème des inégalités sociales face à l'école a été le fil rouge du manuscrit, pour son intérêt sociologique – les troubles cognitifs n'avaient jusqu'alors pas été abordés par les sociologues dans leur incidence sur les destins scolaires des enfants et des groupes sociaux – autant que social et politique, par la mise au jour de mécanismes sociaux peu visibles à première vue, qui se produisent malgré les volontés et intentions des acteurs. Dans le cas des expertises cognitives, il était instructif de révéler la contradiction entre la volonté affichée des experts et des politiques publiques d'œuvrer pour le bien de l'élève et pour plus de justice scolaire, et l'examen des faits qui vont dans le sens d'un maintien et d'une complexification des inégalités scolaires.

Au-delà de cet angle principal d'approche, ce travail a été l'occasion d'explorer d'autres facettes du phénomène social de diffusion des troubles des apprentissages, et je voudrais dans cette conclusion en souligner deux, qui ont été évoqués à plusieurs reprises au fil du manuscrit sans faire l'objet d'une discussion explicite. Cette nouvelle définition de l'échec scolaire – et la division du travail qu'elle implique – génère d'autres effets sociaux que ceux observés sur les destins scolaires des enfants, dont des incidences fortes sur les carrières professionnelles des mères des enfants concernés, ainsi que sur le groupe professionnel des enseignants qui se voient dépossédés un peu plus de leur expertise en terrain pédagogique.

Le coût des diagnostics pour les mères d'enfants « dys »

Si l'avènement des troubles des apprentissages s'accompagne d'une réorganisation des places et des rôles entre groupes professionnels autour du traitement de la difficulté scolaire (avec un déplacement du travail pédagogique des enseignants vers des rééducateurs paramédicaux hors école), ce sont aussi les mères qui se voient confier de nouvelles tâches lors la mise en place de ces nouveaux dispositifs⁷⁹⁵.

C'est d'abord la coexistence de savoirs non-unifiés dans le champ des difficultés scolaires qui appelle à un travail de la part des familles, afin de se repérer et faire des choix. Alors que depuis les années 1970, la psychanalyse exerçait un quasi-monopole dans la prise en charge de l'enfance dite inadaptée, l'arrivée des experts neurocognitifs sur le marché dans les années 2000 permet aux parents de mettre en concurrence les expertises. Si cette diversité d'offre de prise en charge permet de tenir à distance la

⁷⁹⁵ Cette question du travail des mères dans la gestion des troubles des apprentissages a été l'objet d'un article co-écrit avec Sandrine Garcia en 2018. M. Delmas et S. Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », art cit.

contrainte institutionnelle (par la possibilité pour les usagers de faire jouer une offre contre une autre), l'enquête empirique auprès des familles montre que cette liberté nouvelle de choix est coûteuse, puisqu'elle implique tout un travail de recherche pour connaître l'offre disponible et en maîtriser les enjeux, afin de prendre des décisions éclairées. Ce sont les mères qui assument ce travail au sein de la famille, qui se décline en un ensemble d'actions et de charges mentales⁷⁹⁶ : chercher les informations (sur internet, dans des magazines ou des émissions TV, auprès des proches...), amener l'enfant réaliser différents bilans (ce qui est également coûteux financièrement), faire le tri entre les discours professionnels discordants, maintenir une veille réflexive afin de capter toute nouvelle information qui pourrait les appuyer dans leur quête diagnostique... Par la suite, l'accès au diagnostic va également assigner les mères à un rôle qui leur demandera des sacrifices sur le plan personnel.

En effet, nous avons vu que les mères participent activement au suivi scolaire et de soin des enfants dyspraxiques – cette réalité n'est pas propre à la dyspraxie, elle a pu être décrite dans la gestion des autres troubles des apprentissages ou encore de l'autisme⁷⁹⁷ – jusqu'à se convertir en véritables *managers* des parcours⁷⁹⁸. En plus de réaliser le travail domestique ordinaire alourdi par les difficultés de l'enfant⁷⁹⁹, elles participent à l'élaboration du projet scolaire et de soin de l'enfant, coordonnent les parcours entre les différents acteurs de la prise en charge⁸⁰⁰, et contrôlent la bonne application des dispositifs. Elles font circuler l'information entre les différents professionnels (l'information scolaire vers les soignants et réciproquement), prennent du temps pour regrouper de la documentation et la transmettre aux enseignants... Les réticences des agents scolaires à l'application des dispositifs, leurs difficultés à s'en saisir, ou encore les désaccords entre les différents acteurs de la prise en charge impliquent un travail supplémentaire pour les mères, qui vont entreprendre des démarches (administratives notamment) pour s'assurer de la mise en place des aménagements demandés et validés par l'administration du handicap. Le diagnostic a été envisagé comme une ressource pour contrer l'autorité « psy » ou scolaire, mais l'investissement des mères déployé pour soutenir le projet n'est pas sans conséquence sur leur vie propre et en particulier leur carrière professionnelle. Nous avons constaté avec Sandrine Garcia qu'un nombre important de mère d'enfants « dys » réduisaient leur activité professionnelle, voire qu'elles quittaient leur emploi afin de se consacrer à la prise en charge de l'enfant et de ses difficultés⁸⁰¹. D'après une enquête de

⁷⁹⁶ M. Haicault, « La gestion ordinaire de la vie en deux », art cit ; D. Kergoat et al., *Les infirmières et leur coordination*, op. cit.

⁷⁹⁷ S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; J. Jupille, *L'hyperactivité infantile*, op. cit. ; B. Chamak et B. Bonniau, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », art cit.

⁷⁹⁸ De façon évocatrice, lors d'une enquête auprès des parents d'enfants autistes, une mère parle son fils comme d'une « entreprise » dont elles auraient la gestion. B. Chamak et B. Bonniau, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », art cit.

⁷⁹⁹ Préparer l'enfant pour aller à l'école, l'aider à faire ses devoirs, gérer l'organisation domestique...

⁸⁰⁰ Bien davantage que les référents de scolarité auxquels ce travail est normalement assigné. Ces derniers organisent une équipe de suivi de scolarisation réunissant les différents partenaires une fois l'an, mais rarement plus, alors qu'on observe un travail de coordination quotidien de la part des mères. Les référents de scolarité ayant plus d'une centaine de parcours à gérer, ils ne peuvent guère proposer davantage que l'organisation de réunions collectives.

⁸⁰¹ M. Delmas et S. Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », art cit.

la DEPP (Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance) parue en 2015, entre 35 % et 40 % des mères d'enfants et adolescents en situation de handicap et scolarisés déclarent « avoir réduit leur activité ou arrêté de travailler pour les besoins particuliers de l'enfant », contre 6 % des pères. « Les mères des enfants présentant un trouble cognitif sont les plus nombreuses à être inactives au moment de l'enquête (42 %) »⁸⁰².

C'est par ailleurs les autres sphères de leur vie personnelle et familiale qui se trouvent impactées par le soin accordé à l'enfant : arrêt des activités de loisirs, restriction des sorties et des relations sociales amicales, report des projets du couple, choix du lieu de résidence... De ce point de vue, les intérêts de la mère et de l'enfant apparaissent en concurrence, puisque pour optimiser les chances scolaires de l'un, l'autre doit sacrifier une partie de ses projets personnels, l'investissement maternel étant une condition nécessaire au maintien de l'enfant dans une situation scolaire qualifiante⁸⁰³.

Cette charge de travail récupérée par les mères a bien sûr tout à voir avec la division sexuelle du travail au sein de la famille⁸⁰⁴ (ces sacrifices n'étant pas observés chez les pères), mais elle est aussi la conséquence d'une division du travail instituée au travers des dispositifs des troubles des apprentissages, construite par les professionnels y participant. Qualifiées de « partenaires », elles sont responsabilisées quant à l'évolution de l'état de l'enfant⁸⁰⁵, doivent repérer les obstacles à sa progression et chercher des solutions pour améliorer les conditions de sa prise en charge. Les conséquences de ce travail sur leur carrière professionnelle n'apparaissent pas discutées, ni en famille ni avec les autres partenaires des prises en charge, tant ce travail de gestion est considéré comme une extension « naturelle » du rôle maternel⁸⁰⁶.

⁸⁰² S. Le Laidier, À l'école et au collège, les enfants en situation de handicap constituent une population fortement différenciée scolairement et socialement, Paris, DEPP, 2015, p.3-4.

⁸⁰³ Les sociologues avaient déjà mis en avant l'importance du rôle des mères dans la scolarité de l'enfant et le fait que la réussite scolaire était toujours le pendant d'un travail maternel invisible. P. Bourdieu, « L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture », art cit ; M. Gouyon, « L'aide aux devoirs apportée par les parents : années scolaires 1991-1992 et 2002-2003 », 2004 ; G. Henri-Panabière, Des « héritiers » en échec scolaire, op. cit. Lorsque des difficultés surviennent (comme dans le cas des enfants dyspraxiques), la charge de travail maternelle n'en est qu'alourdie.

⁸⁰⁴ Les femmes se voyant attribuées autant les charges liées au suivi scolaire des enfants que les activités de care envers les autres membres de la famille. F. Weber, S. Gojard et A. Gramain, Charges de famille : dépendance et parenté dans la France contemporaine, Paris, La Découverte, 2003 ; S. Gojard, Le métier de mère, op. cit. ; Jeanne Bisilliat et Christine Verschuur, Genre et économie : un premier éclairage, Genève, Graduate Institute Publications, 2017.

⁸⁰⁵ Céline Borelle observe à ce titre que si dans les approches neurocognitives des troubles les mères ne sont plus considérées comme étant responsables de la survenue des troubles de l'enfant, le principe de la responsabilisation maternelle n'a pas disparu, sinon s'est transformé. C. Borelle, Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical., op. cit.

⁸⁰⁶ S. Garcia, Mères sous influence, op. cit. ; S. Gojard, Le métier de mère, op. cit. Au début du 20^{ème} siècle dans les écrits des psychopédagogues, les définitions de la bonne mère dépeignent une mère « intelligente et dévouée », qui développe le corps de l'enfant, « surveille l'éveil de chaque faculté », est présente « sans étouffer par son intervention », « distribue chaque jour de la nourriture intellectuelle et morale »... ce sont ainsi les compétences des psychopédagogues eux-mêmes qu'il souhaitent observer chez les mères et qu'ils estiment nécessaires au bon développement de l'enfant. F. Montmasson-Michel, Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée, op. cit. Les experts des sciences neurocognitives ont eux moins d'attentes envers les qualités pédagogiques des mères, mais attendent d'elles avec le naturel de l'évidence qu'elles soient de bonnes gestionnaires de projet, invisibilisant les compétences et ressources que ce rôle suppose, ainsi que les rapports sociaux de classe qui rendent difficile à tenir cette position pour les mères de milieux populaires.

Les enseignants : une profession empêchée

A côté des mères, et dans un autre registre, c'est le groupe professionnel des enseignants qui se trouve impacté par la diffusion des troubles des apprentissages et des dispositifs qui y sont associés. Le ministère et la haute administration de l'Education Nationale ont été moteurs dans l'intégration de ces nouveaux référentiels savants, car ils pouvaient produire des dispositifs en adéquation avec les politiques scolaires d'individualisation des remédiations et de gestion des différences mises en place à partir des années 1980⁸⁰⁷, et qui répondaient aux exigences de contrôle et d'implication des usagers au service de la Nouvelle Gestion Publique⁸⁰⁸. Les enseignants n'ont eux, en tant que groupe professionnel, pas participé activement à faire reconnaître ces nouvelles catégories comme un problème public, mais ils se sont davantage vu imposer par leur hiérarchie ces nouveaux dispositifs qui, dans un contexte de dégradation de leurs conditions d'exercice⁸⁰⁹, participent d'un déclassement professionnel autant que d'un alourdissement de leur charge de travail, sans qu'ils en constatent les effets positifs chez leurs élèves.

Nous l'avons vu, les troubles des apprentissages véhiculent des enjeux distincts pour chaque groupe social concerné, au-delà du bien-être de l'enfant présenté comme valeur commune. Les familles s'en saisissent pour éloigner les propos culpabilisants, requalifier une expérience scolaire, contrer une orientation non souhaitée, les rééducateurs se sont appropriés ces catégories dans un objectif d'extension de territoire et d'avancement professionnel... pour les enseignants aussi la prise en charge de ces nouveaux troubles s'inscrit au cœur d'enjeux spécifiques. Ils n'ont pas été mis en valeur dans ce travail de thèse puisque je n'ai pas effectué de terrain auprès de ces acteurs, sinon abordé leur rôle de façon indirecte, au travers des discours des parents (pas toujours valorisants) et des professionnels. Tout au long des chapitres de la thèse, les enseignants sont présentés comme régulièrement réfractaires à l'instauration des dispositifs de la dyspraxie, et ce sont davantage leurs pratiques de tri et de classement des enfants qui sont discutées, ce qui ne constitue pas l'activité la plus noble de leur métier. Les travaux empiriques récents sur les conditions de travail des enseignants nous donnent à voir les problématiques au sein desquelles émergent

⁸⁰⁷ S. Morel, La médicalisation de l'échec scolaire, op. cit. ; S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit. Il faut certainement rappeler là à quel point ce phénomène comme toute tentative d'attribution de l'échec scolaire aux spécificités enfantines ou familiales permet à l'école de ne pas questionner les fondements institutionnels de l'échec et des inégalités scolaires, qui sont pourtant mis en avant de façon consensuelle par les travaux scientifiques empiriques sur l'école. L. Graham, « Drugs, labels and (p)ill-fitting boxes : ADHD and children who are hard to teach », *Discourse Studies in The Cultural Politics of Education*, 2008, 29, p. 85-106 ; B. Chamak et D. Cohen, « Les classifications en pédopsychiatrie : controverses et conflits d'intérêts », *Hermès, La Revue*, 2013, 66, p. 93-101.

⁸⁰⁸ C. De Visscher et F. Varone, « La Nouvelle Gestion Publique "en action" », art cit ; P. Bezès, Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008), op. cit. ; S. Garcia, « Intensification du travail enseignant et bureaucratisation : l'exemple des PPRE », *Swiss journal of sociology*, 2019, 45, 3, p. 409-426. Les dispositifs pour enfants « dys » (les PPS ou PAP) se présentent en effet sous la forme d'une contractualisation entre l'institution et ses usagers (les parents), ils sont évalués et réajustés en continu, et sont observables par les Inspecteurs et l'administration de l'Education nationale puisque tout est consigné par écrit.

⁸⁰⁹ J.-D. Lévy, M. Gérard et M. Rey, Les préoccupations des enseignants de primaire. Comment perçoivent-ils leur métier aujourd'hui ? Quels enjeux émergent au centre de leurs préoccupations ?, Harris interactive, 2016 ; S. Broccolichi, C. Joigneaux et S. Mierzejewski, Le parcours du débutant : Enquêtes sur les premières années d'enseignement à l'école primaire, Artois, Artois Presses Université, 2018 ; S. Garcia, « Intensification du travail enseignant et bureaucratisation : l'exemple des PPRE », art cit.

ces nouveaux dispositifs pour les enseignants, et, ce faisant, nous aident à comprendre les difficultés que rencontrent ces professionnels pour se saisir pleinement des outils qui leur sont proposés – imposés.

Tout d’abord, en attribuant le travail de remédiation à des rééducateurs paramédicaux extérieurs à l’institution, ces dispositifs renforcent un peu plus une dynamique de dépossession de leur mandat pédagogique au profit des professions de la santé. Dans les recommandations des politiques publiques concernant les troubles des apprentissages, il est demandé aux enseignants de repérer des difficultés et d’orienter les enfants vers les « bons » spécialistes, et non d’agir directement sur la difficulté : « [c]e processus de délégation du traitement de la difficulté scolaire à des spécialistes modifie en profondeur la professionnalité enseignante, le repérage précoce conduisant à faire des enseignant-e-s des pourvoyeurs d’informations plutôt que des professionnel-le-s capables d’élaborer des réponses pédagogiques aux difficultés observées »⁸¹⁰. Les enseignants se voient dicter les bonnes pratiques pédagogiques, et doivent appliquer des aménagements scolaires qui sont conçus en dehors d’eux, par des médecins et des psychologues principalement. Ils sont de la sorte dépossédés des tâches nobles de leur métier (la mission d’instruction) et placés dans une position subalterne (d’exécutant et non de concepteur) face aux spécialistes des sciences neurocognitives qui s’imposent comme les plus légitimes à remédier aux difficultés d’apprentissage. Leur mise à l’écart du travail pédagogique participe d’un déclasserement professionnel, dans la mesure où la valeur sociale d’une profession est étroitement liée à sa capacité à maîtriser la production du savoir expert sur lequel elle fonde sa pratique. C’est par les dispositifs de traitement de la difficulté scolaire (dont ceux pour enfants « dys ») que ces experts ont acquis leur autorité dans le champ de la pédagogie, mais aujourd’hui ils s’imposent plus largement comme les plus légitimes en matière d’apprentissage et de transmission des savoirs scolaires, ce qui peut par exemple s’observer avec leur domination dans la composition du Conseil scientifique de l’Education nationale (CSEN)⁸¹¹.

A côté des enjeux sur le statut de la profession enseignante et ses rapports de force avec les professions de santé, ces dispositifs semblent marquer une dégradation de leurs conditions de travail, en alourdissant leur charge sans représenter une aide significative dans les missions qu’ils doivent accomplir au quotidien. Les aménagements demandés représentent une charge de travail supplémentaire, par la production de supports pédagogiques individualisés (textes surlignés, réagencement des fiches, cours déposés sur clé USB...) ainsi que par l’organisation de réunions régulières, et la rédaction de notes administratives à destination des autres partenaires de la prise en charge comme des inspecteurs de l’Education Nationale. En cela, ces dispositifs pour enfants « dys » n’innovent pas, mais rajoutent à une dynamique d’intensification et de bureaucratisation de la profession enseignante observée depuis le début des années 2000⁸¹², où les enseignants sont sommés de consigner toujours davantage les actions

⁸¹⁰ J.-P. Payet et al., « L’enseignant-e, les parents, les spécialistes », art cit, p. 49.

⁸¹¹ S. Morel, « Troubles dans les apprentissages », art cit.

⁸¹² S. Garcia, « Intensification du travail enseignant et bureaucratisation : l’exemple des PPRE », art cit ; M. Danner et al., « Quitter l’enseignement : un révélateur des transformations du métier dans le premier degré », *Education et sociétés*, 2019, n° 43, 1, p. 119-136 ; J.-D. Lévy, M. Gérard et M. Rey, *Les préoccupations des enseignants de primaire. Comment*

pédagogiques initiées en classe – parfois au détriment des actions pédagogiques elles-mêmes. Sandrine Garcia observe que cette bureaucratisation provoque un sentiment d'inutilité et signe une perte de sens du métier car elle dénature le contenu de l'activité et ne parvient pas à démontrer son efficacité dans la lutte contre l'échec scolaire. En effet, il faut comprendre que pour les enseignants, l'efficacité d'un dispositif ne peut se mesurer seulement à travers l'évolution des performances de l'enfant traité, mais doit tenir compte de l'évolution générale du groupe classe. Le temps consacré à l'enfant « dys » est un temps pris ailleurs, et cet arbitrage ne leur paraît pas toujours pertinent, d'autant que les enfants avec un trouble des apprentissages ne sont pas forcément les élèves les plus en difficultés dans leur classe⁸¹³, et assurément, ils ne sont pas les seuls. Pourquoi alors consacrer ce temps à cet enfant au détriment des autres qui ne sont pas en situation scolaire plus favorable (ils ne peuvent pas techniquement multiplier les suivis personnalisés) ? Ce choix n'est pas évident en termes de justice scolaire. De plus, les enseignants n'ont pas seulement les enfants en difficulté à gérer mais bien plus généralement la progression de tout un groupe classe. Les dispositifs personnalisés – dont ceux pour les « dys » – peuvent représenter un obstacle à l'accomplissement de cette mission, en déduisant du temps consacré au groupe dans son ensemble par l'enseignant. La confiscation de la maîtrise symbolique de leur activité, et l'impossibilité à résoudre les difficultés pratiques dans l'exercice quotidien de leur fonction (avec la persistance des difficultés d'apprentissage chez un nombre important d'enfants) fait de l'enseignement un « métier empêché »⁸¹⁴.

Pour connaître et comprendre les formes de l'appropriation enseignante des dispositifs pour enfants « dys » autant que les résistances qu'ils leur opposent, on ne peut se passer d'une enquête empirique et compréhensive auprès des enseignants. Au-delà de cet intérêt sociologique, redonner leur fonction pédagogique aux enseignants et les moyens de l'exercer apparaît un préalable indispensable à un plan de lutte ambitieux contre les inégalités scolaires, car toutes les recherches concourent à démontrer que les inégalités scolaires produites au sein de la classe ne parviennent jamais à être réduites par les

perçoivent-ils leur métier aujourd'hui ? Quels enjeux émergent au centre de leurs préoccupations ?, op. cit. ; Yves Dutercq et Eric Maleyrot, *Le dispositif « Plus de maîtres que de classes » : un outil de responsabilisation et de remise en cause du professionnalisme enseignant*, in Y. Dutercq et C. Maroy, *Professionnalisme enseignant et politiques de responsabilisation*, Louvain-La-Neuve, De Boeck Supérieur, 2017, p.159-179.

⁸¹³ D'ailleurs, distinguer les élèves en difficulté du fait d'un trouble cognitif ne leur paraît pas si évident en termes de productions et de comportements scolaires – elles ne sont ni forcément plus fortes, ni plus persistantes. Pourquoi alors distinguer les remèdes ? Cela n'est pas sans rappeler la dynamique d'importation des catégories médico-psychologiques des aliénistes au début du 20^{ème} siècle, comme celles d'arriération ou de débilité. Jacqueline Gâteaux-Mennecier observe que les enseignants se montrent imperméables à ces concepts pour lesquels ils ne trouvent pas de traduction (le cadre conceptuel n'est pas le leur, le travail demandé ne correspond pas à leur façon de voir les choses). Alors que ces catégories leur échappent, ils vont les intérioriser en attribuant à ces concepts les manifestations qui les dérangent dans la vie scolaire quotidienne. Dans le cas des « dys », on a pu montrer que les enseignants définissaient des inadaptations scolaires sans préjuger qu'elles découlaient de troubles cognitifs. Les catégorisations médico-psychologiques suite à leurs signalements ne semblent pas apporter les réponses et l'aide dont ils ont besoin ensuite pour assurer l'intégration de l'enfant dans la classe comme la bonne tenue de la classe plus généralement.

⁸¹⁴ F. Montmasson-Michel, « Contraindre sans contraindre : du « client idéal » de l'école maternelle aux difficultés professionnelles enseignantes », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2019, 54. Pour la sociologue, ce sont les prescripteurs de normes pédagogiques au sein de l'Education Nationale qui les premiers confisquent l'expertise pédagogique aux enseignants et les empêchent de penser et de mettre en place une pédagogie plus égalisatrice, du fait d'une conception sociale élitiste du jeune enfant (elle enquête dans les écoles maternelles). Si la montée en puissance des experts des sciences neurocognitives prolonge cette dynamique, il est indispensable de comprendre qu'elle ne fait qu'appuyer une dynamique interne à l'Education Nationale, qui est souvent invisibilisée par ses agents.

dispositifs de remédiation⁸¹⁵. Les travaux empiriques dans les classes montrent aussi que les enseignants se saisissent des marges de manœuvre dont ils disposent pour adapter des méthodes pédagogiques inefficaces et inventer des outils pédagogiques, quand les consignes transmises ne leur permettent pas de résoudre les problèmes⁸¹⁶. Pour peu qu'on leur en laisse la latitude, les enseignants sont sans doute les mieux placés pour élaborer des méthodes pédagogiques plus égalitaristes (et donc plus efficaces envers un public éloigné des normes culturelles scolaires) puisqu'ils sont les seuls professionnels à avoir l'expérience de la transmission pédagogique en collectif, avec un public socialement hétérogène et parfois particulièrement loin des exigences scolaires.

3. QUID DES PERSONNES CONCERNÉES ? APPROCHER LES PERSONNES « DYS », RÉFLÉCHIR À LA QUESTION DE LA PRODUCTION D'INDIVIDU

Enfin, il faut sûrement clore ce travail en insistant sur le fait qu'une bonne connaissance de ce nouveau phénomène social ne pourra faire l'économie des points de vue des personnes concernées : les personnes « dys » elles-mêmes. Si tous les acteurs autour de l'enfant se revendiquent d'œuvrer pour son bien-être (familles comme professionnels), les aides proposées ne peuvent être appréhendées totalement sans recueillir les vécus des enfants (et adolescents), la façon dont ils se saisissent des dispositifs et la réflexivité dont ils font preuve à son égard. Les travaux autour de l'autisme notamment, montrent à quel point leurs regards et leurs discours sont singuliers, et ne se recourent jamais totalement (voire divergent fortement) avec ceux des autres membres de la famille, là où mon enquête, comme de nombreuses autres, peut laisser penser que la « famille » est une entité aux intérêts communs. C'est aussi en observant l'espace militant que l'on se rend compte des spécificités des positions et positionnements des personnes concernées : en France comme aux Etats-Unis, le militantisme des personnes autistes, mais aussi celui de plusieurs collectifs des personnes handicapées psychiques développent des postures et revendications bien distinctes des associations de familles et de proches⁸¹⁷.

De façon plus étroitement liée à la problématique de la recherche, il serait intéressant de savoir ce que deviennent les jeunes « dys » à l'âge adulte, et notamment les emplois et les positions sociales qu'ils occupent. Occupent-ils des positions sociales propres à leur classe ? Le trouble cognitif est-il corrélé à un

⁸¹⁵ C. Joigneaux, « La construction de l'inégalité scolaire dès l'école maternelle », art cit ; J.-Y. Rochex et J. Crinon, *La construction des inégalités scolaires : au cœur des pratiques et des dispositifs d'enseignement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011 ; É. Bautier et P. Rayou, *Les inégalités d'apprentissage*, op. cit. ; S. Garcia, *A l'école des dyslexiques*, op. cit. ; S. Garcia et A.-C. Oller, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, op. cit.

⁸¹⁶ F. Montmasson-Michel, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, op. cit.

⁸¹⁷ B. Chamak, « Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge », art cit ; B. Chamak, « Autism and social movements : French parents' associations and international autistic individuals' organisations », *Sociology of Health & Illness*, 2008, 30, 1, p. 76-96 ; B. Chamak, « Autisme et militantisme : de la maladie à la différence », *Quaderni*, 2009, n° 68, 1, p. 61-70 ; Pierre Turpin, *Les mouvements radicaux de personnes handicapées en France pendant les années 1970*, in F. Paterson et al., *L'institution du handicap. Le rôle des associations*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2000, p.315-324 ; E. Auerbacher, Babette, « handicapée méchante », Stock, 1981.

déclassement, et pour qui ? La grande enquête de 2011 autour de l'insertion professionnelle des personnes handicapées décrit une population handicapée moins diplômée que leurs pairs sans handicap, plus souvent sans activité professionnelle et dans des emplois davantage subalternes⁸¹⁸. Plus spécifiquement parmi les individus ayant un handicap cognitif, c'est l'accès aux diplômes qui est bien moindre, comparativement à la population sans handicap⁸¹⁹. L'enquête qualitative ici menée auprès des enfants dyspraxiques laisse penser à un taux d'accès aux diplômes relativement élevé (quand on sait que 30% des personnes handicapées sortent de l'école sans aucun diplôme), autant qu'à une disparité attribuable aux déterminants sociaux ordinaires (origine sociale, sexe...). Cependant, la réussite scolaire et l'insertion professionnelle sont deux problématiques qui, quoique fortement interdépendantes, sont distinctes, et qui mériteraient un examen spécifique dans le cas des « dys ». En effet, une inconnue persiste quant au devenir du handicap à l'âge adulte. Alors que nous avons vu, aux côtés d'autres sociologues, que ces troubles pouvaient être décrits comme des pathologies scolaires (car étroitement dépendantes des exigences scolaires), que deviennent-ils à l'âge adulte lorsque les jeunes concernés quittent le système d'enseignement ? Cette interrogation pourrait se décliner en deux questionnements distincts, l'un autour du devenir des difficultés éprouvées par les individus en contexte professionnel, l'autre autour de la saisie des diagnostics et des dispositifs handicap.

Tout d'abord, les difficultés pour lesquelles les individus ont été signalés et pris en charge perdurent-elles à l'âge adulte ? Sont-ils, en contexte professionnel, confrontés à des tâches pour lesquels ils éprouvent des difficultés, comme cela a pu être le cas en contexte scolaire ? Leurs capacités graphiques par exemple, ou encore la désorganisation dans leur méthode de travail sont-elles un frein à l'activité professionnelle ? Ou bien perdent-elles leur caractère spécifique et pathologique à la sortie de l'école ? Il est probable que les réponses divergent en fonction des milieux professionnels investis par les jeunes dyspraxiques, et il serait intéressant d'en mesurer et d'en comprendre la diversité. C'est également la question de la persistance des diagnostics et du handicap qui est inconnue à ce jour. Alors que ce sont les parents qui se saisissent et œuvrent à la reconnaissance de ces troubles, que deviennent ces diagnostics à la majorité des enfants, quand les parents n'ont plus à gérer leur suivi ? Ces derniers reprennent-ils ce travail à leur compte ? Ont-ils un intérêt – social, symbolique ou matériel – à faire vivre ces diagnostics une fois adultes ? Luttent-ils pour leur reconnaissance et l'élaboration de dispositifs adaptés en contexte professionnel ? Investissent-ils les associations dédiées ? Ces individus continuent-ils d'évoluer dans le champ du handicap une fois adulte ? Wilfried Lignier a observé que la précocité intellectuelle disparaissait à la sortie de l'école (puisque seuls les parents s'en saisissaient pour un usage scolaire), et la question reste

⁸¹⁸ C. Bouchet, « Handicaps et inégalités professionnelles en France : des disparités qui se creusent au fil des parcours de vie », LIEPP Working paper, 2019, 84, p. 62. « Cette recherche exploite la vague 2011 de l'Enquête Emploi en Continu et son module ad-hoc Insertion professionnelle des personnes handicapées pour quantifier les inégalités (pré)professionnelles rencontrées par des personnes ayant grandi avec des handicaps, en distinguant les situations des personnes selon la nature de leurs limitations (motrices, visuelles, auditives, cognitives, multiples) et de leurs problèmes de santé (maladies chroniques, troubles psychiques) » (p.1).

⁸¹⁹ Malheureusement la statistique englobe aussi bien le retard mental que les troubles cognitifs dans cette catégorie. Il est probable qu'une distinction plus fine des catégories de handicap donne des résultats différents.

ouverte quant au devenir des diagnostics de « dys ». S'ils se diffusent au sein de la population adulte, il faudra voir, comme nous l'avons fait avec l'institution scolaire, en regard de quelles normes et exigences professionnelles ils sont saisis (accroissement des exigences de performances ?), ou encore de quelles caractéristiques du marché du travail (contrer la précarisation grimpante ou le risque de chômage...).

Enfin, le devenir des enfants dyspraxiques serait également intéressant à raccrocher à la thématique de la production d'individu⁸²⁰, en tentant de dégager quels types d'individus participent à produire ces nouvelles définitions et ce traitement des difficultés scolaires. Les expertises neurocognitives proposent une définition essentialisante des difficultés, et les entrepreneurs de la cause construisent le portrait d'un enfant méritant, intelligent mais empêché, qui doit fournir deux fois plus d'efforts que les autres pour parvenir à un même résultat. On l'a vu, c'est un modèle de la performance (plus que de l'adaptation) que promeut ce modèle neurocognitif, cherchant à maximiser le potentiel des individus et les rendre le plus efficace possible dans les actions qu'ils entreprennent. Les traitements proposés sont ainsi orientés vers le « travail » et l'accroissement des capacités, ce qui contraste avec un ensemble de remédiations à visées thérapeutique ou normalisatrice dans le champ de l'enfance anormale. Les prises en charge dont les individus sont l'objet (et les diagnostics qui les définissent) marquent les individus et influent sur la façon dont ils se présentent et se pensent, comme l'a par exemple montré M. Darmon en observant des socialisations différentes au statut d'anorexique dans un hôpital d'orientation comportementale et dans une clinique tournée vers la psychanalyse⁸²¹. Comment les enfants qui ont grandi avec un diagnostic de trouble spécifique des apprentissages sont-ils marqués par ce dernier ? Prend-il une place centrale dans la présentation de soi ? Quels rapports au travail et à la performance individuelle ont-ils construit, à l'école, à leurs échecs et à l'avenir ?

Cette morale du dépassement de soi et de la performance est apparue plus ou moins incarnée par les parents d'enfants dyspraxiques durant l'enquête, et certainement que les enfants à leur tour donneront à voir des profils différents, plus ou moins en phase avec les projets parentaux, plus ou moins intéressés par le programme neurocognitif de maximisation de soi. Il est à n'en pas douter que la réflexivité qu'ils développeront sur leur expérience d'enfant « dys » et sur les traitements dont ils ont fait l'objet, participera du devenir de ces expertises dans les différentes sphères du monde social.

⁸²⁰ M. Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Laval, Presses universitaires de Laval, 2003 ; I. Hacking, *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Le Seuil, 2006 ; M. Gauchet, « Essai de psychologie contemporaine », *Le Debat*, 1998, n° 99, 2, p. 164-181 ; A. Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000.

⁸²¹ M. Darmon, *Devenir anorexique*, op. cit.

Bibliographie

Littérature en sciences sociales

ABBOTT Andrew, *Time matters. On theory and method*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

ABBOTT Andrew Delano, *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago London, The University of Chicago Press, 1988.

AEBISCHER Sylvie, « Réinventer l'école, réinventer l'administration », *Politix*, 2012, 98, p. 57-83.

ATKINSON Paul, REID Margaret et SHELDRAKE Peter, « Medical Mystique », *Sociology of Work and Occupations*, 1977, 4, 3, p. 243-280.

AUBERT Nicole et DE GAULEJAC Vincent, *Le coût de l'excellence*, Paris, Éditions du Seuil, 1991.

AUERBACHER Elisabeth, *Babette, « handicapée méchante »*, Stock, 1981.

AUTHIER Jean-Yves, BONVALET Catherine et LEVY Jean-Pierre, *Élire domicile. La construction sociale des choix résidentiels*, 2010.

BALLAND Ludivine, « La crise de l'école comme problème public », *Idées économiques et sociales*, 2017, 190, 4, p. 37-45.

BARRETT Robert J., *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Nouvelle édition., Le Plessis-Robinson, Synthélabo (coll. « Les empêcheurs de penser en rond »), 1999.

BAUTIER Élisabeth, « Quand le discours pédagogique entrave la construction des usages littéraciés du langage », *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, 2009, 143-144, p. 11-26.

BAUTIER Elisabeth, *Apprendre à l'école, apprendre l'école. Des risques de construction d'inégalités dès la maternelle*, Lyon, Editions de la Chronique sociale (coll. « Pédagogie formation »), 2005.

BAUTIER Elisabeth et GOIGOUX Roland, « Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes : une hypothèse relationnelle », *Revue française de pédagogie*, 2004, 148, 1, p. 89-100.

BAUTIER Élisabeth et RAYOU Patrick, *Les inégalités d'apprentissage : programmes, pratiques et malentendus scolaires*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Éducation et société »), 2013.

BEAUD Stéphane, *80 % au bac... et après ?*, La Découverte, 2003.

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, 1996, 9, 35, p. 226-257.

BEAUD Stéphane et PIALOUX Michel, *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Monbéliard*, Paris, Fayard, 1999.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Nouvelle édition., Paris, La Découverte (coll. « Grands Repères Guides »), 2003.

BECKER Howard S., *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte (coll. « Grands Repères »), 2002.

BECKER Howard S., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié (coll. « Collection Leçons de choses »), 1985.

BECKER Howard S., « Social-class variations in the teacher-pupil relationship », *The Journal of Educational Sociology*, 1952, 25, 8, p. 451-465.

BECQUEMIN Michèle, « Pour une critique de la prévention », *Informations sociales*, 2007, n° 140, 4, p. 74-87.

BELIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue française de sociologie*, 2014, Vol. 55, 3, p. 507-536.

BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FANSTEN Maïa, MOUGEL Sarra, PLANCHE Maëlle et VAUMORON Sébastien, « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et sante*, 2019, Vol. 37, 1, p. 5-29.

BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FANSTEN Maïa, JIMENEZ-MOLINA Álvaro, MOUGEL Sarra et PLANCHE Maëlle, « Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

BELIARD Aude, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FANSTEN Maïa, JIMENEZ-MOLINA Álvaro, MOUGEL Sarra et PLANCHE Maëlle, « Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

BENOIT Hervé, « Société inclusive et accessibilité universelle : de la " handicapisation " à la situation capacitante », Vittel, France, Centre Hospitalier Ravenel en partenariat avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), 2017.

BERNSTEIN Basil, *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, les Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1975.

BERTRAND Lisa, *Mutation actuelle d'un groupe paramédical méconnu. Les psychomotriciens et l'essor de la pratique libérale*, Article rédigé dans le cadre du Master PDI, ENS-EHESS, Paris, 2013.

BERTRAND Lisa, *Exercer une profession en quête de légitimité : les psychomotriciens*, Mémoire de Master « Pratique de l'interdisciplinarité », ENS-EHESS, Paris, 2012.

BESSIERE Sabine, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2005, 1, p. 17-33.

BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), 2009.

BEZES Philippe, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Le Lien Social., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

BISILLIAT Jeanne et VERSCHUUR Christine, *Genre et économie : un premier éclairage*, Genève, Graduate Institute Publications (coll. « Cahiers genre et développement »), 2017.

BLANCHARD Marianne et CAYOUILLE-REMBLIÈRE Joanie, « Penser les choix scolaires », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 2011, 175, p. 5-14.

- BLOCH Marie-Aline et HENAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod (coll. « Santé Social »), 2014.
- BLUM Pauline, *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*, Thèse de doctorat en sociologie, ENS-PSL, Paris, 2017.
- BODIN Romuald, *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*, Paris, La Dispute, 2018.
- BOLTANSKI Luc et CHIAPPELLO Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard (coll. « NRF essais »), 1999.
- BONELLI LAURENT et CARRIE FABIEN, *La fabrique de la radicalité. Une sociologie des jeunes djihadistes français*, Paris, Éditions du Seuil, 2018.
- BONNARD Claire, GIRET Jean-François et SAUVAGEOT Céline, « Quels effets du passage en Rased sur le parcours scolaire des élèves ? », 2017, p. 16.
- BONNERY Stéphane, *Comprendre l'échec scolaire : élèves en difficultés et dispositifs pédagogiques*, Paris, La Dispute, 2007.
- BONNERY Stéphane et MARTIN Elisabeth, « Les classes relais, un dispositif pour les élèves en rupture avec l'école », *Agora débats/jeunesses*, 2002, 29, 1, p. 145-146.
- BORELLE Céline, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical.*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Grenoble, Grenoble, 2013.
- BOUCHET Célia, « Handicaps et inégalités professionnelles en France : des disparités qui se creusent au fil des parcours de vie », *LIEPP Working paper*, 2019, 84, p. 62.
- BOURDIEU Pierre, « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1994, 105, 1, p. 3-12.
- BOURDIEU Pierre, *La noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*, Les Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun. »), 1989.
- BOURDIEU Pierre, *Choses dites*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1987.
- BOURDIEU Pierre, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1984, 52, 1, p. 3-14.
- BOURDIEU Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1979.
- BOURDIEU Pierre, « L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture », *Revue française de sociologie*, 1966, 7, 3, p. 325-347.
- BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude, *Les héritiers : les étudiants et la culture*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1964.
- BOURDIEU Pierre, ACCARDO Alain, BALAZS Gabrielle et BEAUD Stéphane, *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Libre examen Documents »), 1993.
- BROCCOLICHI Sylvain, JOIGNEAUX Christophe et MIERZEJEWSKI Stéphan, *Le parcours du débutant : Enquêtes sur les premières années d'enseignement à l'école primaire*, Artois, Artois Presses Université (coll. « Education, formation et lien social »), 2018.

CAILLE Jean-Paul, « Scolarisation à deux ans et réussite de la carrière scolaire au début de l'école élémentaire », *Education et Formations*, 2001, 60, p. 7-18.

CALLON Michel, *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Édition révisée., Paris, Éditions Points (coll. « Points Essais 734 »), 2014.

CARIO Erwan, « Stanislas Morel : “Les neurosciences illustrent la dépolitisation actuelle de la question scolaire” », *Libération.fr*, 2018.

CARPENTIER Normand, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 2001, 19, 1, p. 79-106.

CASES Chantal et SALINES Emmanuelle, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2004, 1, p. 181-204.

CASTEL Robert, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, les Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 1981.

CASTEL Robert et LE CERF Jean-François, « Le phénomène “psy” et la société française », *Le Débat*, 1980, 3, p. 22-30.

CAYOUILLE-REMBLIÈRE Joanie, « Mathias Millet, Jean-Claude Croizet, L'école des incapables ? », *Lectures*, 2016.

CAYOUILLE-REMBLIÈRE Joanie, *L'école qui classe : 530 élèves du primaire au bac*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Le lien social »), 2016.

CERTEAU Michel de, *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*, Paris, Gallimard (coll. « Folio essais »), 1990.

CHAMAK Brigitte, « Le militantisme des associations d'usagers et de familles : l'exemple de l'autisme », *Sud/Nord*, 2010, 25, p. 71-80.

CHAMAK Brigitte, « Autisme et militantisme : de la maladie à la différence », *Quaderni*, 2009, n° 68, 1, p. 61-70.

CHAMAK Brigitte, « Autism and social movements : French parents' associations and international autistic individuals' organisations », *Sociology of Health & Illness*, 2008, 30, 1, p. 76-96.

CHAMAK Brigitte, « Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge : le rôle des associations en France », *Cahiers de recherche sociologique*, 2005, 41-42, p. 169-190.

CHAMAK Brigitte et BONNIAU Béatrice, « « Mon fils, c'est ma petite entreprise ! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

CHAMAK Brigitte et COHEN David, « Les classifications en pédopsychiatrie : controverses et conflits d'intérêts », *Hermès, La Revue*, 2013, 66, p. 93-101.

CHAMAK Brigitte et MOUTAUD Baptiste, *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, Paris, Armand Colin (coll. « Recherches »), 2014.

CHAMBOREDON Jean-Claude, *Jeunesse et classes sociales*, Rue d'Ulm, 2015.

CHAMBOREDON Jean-Claude, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue Française de Sociologie*, 1971, 12, 3, p. 335-377.

- CHAMBOREDON Jean-Claude et PREVOT Jean, « Le “métier d’enfant”. Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l’école maternelle », *Revue Française de Sociologie*, 1973, 14, 3, p. 295.
- CHAMPION Françoise, *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin (coll. « Sociétales »), 2008.
- CHAPIREAU François, *Les recours aux soins spécialisés en santé mentale*, DREES (coll. « Etudes & Résultats »), 2006.
- CHAUVEL Louis, *Les classes moyennes à la dérive*, Paris, Seuil (coll. « La République des idées »), 2006.
- CHAUVIÈRE Michel, *Enfance inadaptée. L’héritage de Vichy*, Paris, Les Editions Ouvrières, 1980.
- CHEVILLARD Guillaume et MOUSQUES Julien, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d’une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo*, 2018, 2018.
- CLEMENT Pierre, *Réformer les programmes pour changer l’école ? Une sociologie historique du champ du pouvoir scolaire*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Picardie, Amiens, 2013.
- DA-COSTA LASNE Annie, *La singulière réussite scolaire des enfants d’enseignants : des pratiques éducatives parentales spécifiques ?*, Thèse de doctorat en sciences de l’éducation, Université de Bourgogne, Dijon, 2012.
- DANNEPOND Geneviève, « Pratique pédagogique et classes sociales. Étude comparée de 3 écoles maternelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, 30, 1, p. 31-45.
- DANNER Magali, FARGES Géraldine, FRADKINE Héloïse et GARCIA Sandrine, « Quitter l’enseignement : un révélateur des transformations du métier dans le premier degré », *Education et sociétés*, 2019, n° 43, 1, p. 119-136.
- DARMON Muriel, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d’objectivation », *Politix*, 2008, n° 82, 2, p. 149-167.
- DARMON Muriel, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris, la Découverte, 2007.
- DARMON Muriel, *La socialisation*, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »), 2007.
- DARMON Muriel, « La socialisation, entre famille et école. Observation d’une classe de première année de maternelle », *Sociétés & Représentations*, 2001, 11, p. 515-538.
- DASSIEU Lise, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d’un politique publique*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, 2015.
- DE CONINCK Frédéric et GODARD Francis, « L’approche biographique à l’épreuve de l’interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie*, 1990, 31, 1, p. 23-53.
- DE SAINT MARTIN Monique et BOURDIEU Pierre, « Les catégories de l’entendement professoral », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, 1, 3, p. 68-93.
- DE VISSCHER Christian et VARONE Frédéric, « La Nouvelle Gestion Publique “en action” », *Revue internationale de politique comparée*, 2004, 11, 2, p. 177.
- DELAUBIER Jean-Pierre et SAURAT Gérard, *Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire*, Ministère de l’Education nationale, 2013.
- DELAY Christophe, « L’impératif scolaire du partenariat et son appropriation partielle au sein des familles populaires : un exemple genevois », *Education et sociétés*, 2013, 32, p. 139-153.

DELMAS Morgane et GARCIA Sandrine, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, 17.

DEPOILLY Séverine et KAKPO Séverine, *La différenciation sociale des enfants. Enquêter sur et dans les familles*, Paris, Presses universitaires de Vincennes (coll. « Culture et sociétés »), 2019.

DESHAYES Fabien, PAYET Jean-Paul, PELHATE Julie et RUFIN Diane, « Pour le bien de l'élève. La production du consentement parental dans l'entretien enseignants-parents en milieu défavorisé », *Education et sociétés*, 2018, n° 41, 1, p. 105-120.

DESLANDES Rollande et CLOUTIER Richard, « Pratiques parentales et réussite scolaire en fonction de la structure familiale et du genre des adolescents », *Revue française de pédagogie*, 2005, 151, 1, p. 61-74.

DORISON Catherine, « La place de la pédagogie dans les relations entre enseignants spécialisés et enseignants des classes ordinaires : du tabou à la collaboration », *Les Sciences de l'éducation*, 2006, Vol. 39, 4, p. 63-79.

DORISON Catherine, *Les métiers de l'échec. Face à l'échec scolaire la construction de nouvelles spécialités chez les enseignants de l'école primaire, en France : 1960-1990*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris 5, Paris, 2005.

DOUAT Étienne, *L'école buissonnière*, Paris, La Dispute (coll. « L'Enjeu scolaire »), 2011.

DUBET François et ALLOUCHE Jean-Luc, *École, familles le malentendu*, Paris, Textuel (coll. « Le penser-vivre »), 1996.

DUBET FRANÇOIS et MARTUCCELLI DANILO, *A l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « L'épreuve des faits »), 1996.

DUPANLOUP Anne, *L'hyperactivité infantile : analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, 2004.

DUPONT Hugo, *Ni fou, ni gogol ! orientation et vie en ITEP*, Fontaine [Isère], Presses universitaires de Grenoble (coll. « Handicap, vieillissement, société »), 2016.

DUPONT Hugo, « Ni fou, ni gogol ! » *Ségrégation scolaire et réaction aux stigmates des jeunes orientés en Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique*, Thèse de doctorat de sociologie, Bordeaux 2, Bordeaux, 2013.

DUQUESNE Jean-Luc, « Comment et à qui, mais surtout pourquoi et quoi signaler ? », *Empan*, 2006, 62, 2, p. 76-83.

DURKHEIM Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige Grands textes »), 2004.

DURLER Héloïse, *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Peideia »), 2015.

DURNING Paul et POURTOIS Jean-Pierre, *Education et famille*, Bruxelles, De Boeck Université, 1994.

DURU-BELLAT Marie, *Les inégalités sociales à l'école. Genèse et mythes*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Recherches scientifique »), 2003.

DURU-BELLAT Marie, « Note de synthèse : filles et garçons à l'école, approches sociologiques et psychosociales », *Revue française de pédagogie*, 1995, 110, 1, p. 75-109.

DURU-BELLAT Marie et HENRIOT-VAN ZANTEN Agnès, *Sociologie de l'école*, 4e édition., Paris, Armand Colin (coll. « Collection U »), 2012.

DURU-BELLAT Marie et JAROUSSE Jean-Pierre, « Le masculin et le féminin dans les modèles éducatifs des parents », *Economie et Statistique*, 1996, 293, 1, p. 77-93.

DURU-BELLAT Marie et KIEFFER Annick, « La démocratisation de l'enseignement en France : polémiques autour d'une question d'actualité », *Population*, 2000, 55, 1, p. 51-79.

DUTERCQ Yves et MAROY Christian, *Professionnalisme enseignant et politiques de responsabilisation*, Louvain-La-Neuve, De Boeck Supérieur (coll. « Perspectives en éducation et formation »), 2017.

EBERSOLD Serge, *Education inclusive : privilège ou droit ?*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble (coll. « Handicap, vieillissement, société »), 2017.

ÉBERSOLD Serge, « Inclusif. Vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap », *Vie sociale*, 2015, 11, 3, p. 57-70.

EBERSOLD Serge, *Parents, professionnels face au dévoilement du handicap : Dires et regards*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2007.

ÉBERSOLD Serge, « L'inclusion : du modèle médical au modèle managérial ? », *Reliance*, 2005, 16, 2, p. 43-50.

EHRENBERG Alain, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000.

EIDELIMAN Jean-Sébastien, « *Spécialistes par obligation* » : des parents face au handicap mental théories diagnostiques et arrangements pratiques, Thèse de doctorat de sociologie, EHESP, Lille, 2014.

EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Aux origines sociales de la culpabilité maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2011, 27, p. 81-98.

EYAL Gil, « For a sociology of expertise : the social origins of the autism epidemic », *American journal of sociology*, 2013, 118, 4, p. 863-907.

FAINZANG Sylvie, « La maladie de Lucie », *Ethnologie française*, 1988, 18, 1, p. 55-63.

FANSTEN Maïa et FIGUEIREDO Cristina, « Parcours de hikikomori et typologie du retrait », *Adolescence*, 2015, T.33 n° 3, 3, p. 603-612.

FANSTEN Maïa et GARNOUSSI Nadia, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2014, 9.

FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

FORQUIN Jean-Claude, *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques. Présentation et choix de textes*, DB-INRP, 1997.

FRANDJI Daniel et ROCHEX Jean-Yves, « De la lutte contre les inégalités à l'adaptation aux "besoins spécifiques" », *Education et Formations*, 2011, 80, p. 95-108.

FRECHON Isabelle et ROBETTE Nicolas, « Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », *Revue française des affaires sociales*, 2013, n° 1-2, 1, p. 122-143.

GARCIA Sandrine, « Intensification du travail enseignant et bureaucratisation : l'exemple des PPRE », *Swiss journal of sociology*, 2019, 45, 3, p. 409-426.

- GARCIA Sandrine, *Le goût de l'effort. La construction familiale des dispositions scolaires*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Education et société »), 2018.
- GARCIA Sandrine, *A l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?*, Paris, La Découverte, 2013.
- GARCIA Sandrine, *Mères sous influence : de la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 2011.
- GARCIA Sandrine et OLLER Anne-Claudine, *Réapprendre à lire. De la querelle des méthodes à l'action pédagogique*, Paris, Le Seuil, 2015.
- GARNIER Juliette, « « Le collège c'est une prison, ici c'est le cachot ». Un apprentissage de la déviance scolaire sous surveillance », *Espaces et sociétés*, 2016, n° 166, 3, p. 47-62.
- GARNIER Pascale, *Faire la classe à plusieurs. Maîtres et partenariats à l'école élémentaire*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Le sens social »), 2003.
- GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère : une construction idéologique*, Paris, Éditions du CNRS, 2001.
- GAUCHET Marcel, « Essai de psychologie contemporaine », *Le Debat*, 1998, n° 99, 2, p. 164-181.
- GLASMAN Dominique, *Effets familiaux et usages parentaux des offres d'aide à la scolarité*, Dunod, 2013.
- GLASMAN Dominique, *L'école hors de l'école. Soutien scolaire et quartiers*, Paris, ESF Éditeur (coll. « Pédagogies »), 1992.
- GLASMAN Dominique et OEUVRARD Françoise, *La déscolarisation*, Édition 2011., Paris, La Dispute, 2011.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 1975.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 1968.
- GOJARD Séverine, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute (coll. « Corps, santé, société »), 2010.
- GOMBERT Philippe et ZANTEN Agnès van, « Le modèle éducatif du pôle "privé" des classes moyennes : ancrages et traductions dans la banlieue parisienne », *Education et sociétés*, 2004, vol. 14, 2, p. 67-83.
- GOURGUES Guillaume, « Les personnes handicapées font-elles de « gentils » participants ? », *Terrains & travaux*, 2013, vol. 23, 2, p. 179-195.
- GOUX Dominique et MAURIN Éric, « Démocratisation de l'école et persistance des inégalités », *Economie et Statistique*, 1997, 306, 1, p. 27-39.
- GUYON Marie, « L'aide aux devoirs apportée par les parents : années scolaires 1991-1992 et 2002-2003 », 2004.
- GUYON Marie et GUERIN Sophie, « L'implication des parents dans la scolarité des filles et des garçons : des intentions à la pratique », *Economie et statistique*, 2006, 398, 1, p. 59-84.
- GRABOT Denis, *Psychomotricien : émergence et développement d'une profession*, Marseille, France, Solal, 2004.

GRAHAM Linda, « Drugs, labels and (p)ill-fitting boxes : ADHD and children who are hard to teach », *Discourse Studies in The Cultural Politics of Education*, 2008, 29, p. 85-106.

GREMION-BUCHER Lise Madeleine, *Les coulisses de l'échec scolaire : étude sociologique de la production des décisions d'orientation de l'école enfantine et primaire vers l'enseignement spécialisé*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Genève, 2012.

GROSSETTI Michel, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2006, n° 120, 1, p. 5-28.

GUIRIMAND Nicolas, MAZEREAU Philippe et LEPLEGE Alain, *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin*, Champ social Editions, 2018.

GUSFIELD Joseph R., *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica (coll. « Études sociologiques »), 2009.

HACKING Ian, *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Le Seuil (coll. « Les empêcheurs de penser en rond »), 2006.

HAICAULT Monique, « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du Travail*, 1984, 26, 3, p. 268-277.

HAMMER Raphaël, *Expériences ordinaires de la médecine : Confiances, croyances et critiques profanes*, Zurich, Editions Seismo, 2010.

HENRI-PANABIERE Gaële, *Des « héritiers » en échec scolaire*, Paris, La Dispute (coll. « L'Enjeu scolaire »), 2010.

HENRI-PANABIERE Gaële, COURT Martine, BERTRAND Julien, BOIS Géraldine et VANHEE Olivier, « La montre et le martinet », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2019, 226-227, 1, p. 16-30.

HENRI-PANABIERE Gaële, RENARD Fanny et THIN Daniel, « Des détours pour un retour ? Pratiques pédagogiques et socialisatrices en ateliers relais », *Revue française de pédagogie*, 2014, 183, p. 71-82.

HERAN François, « École publique, école privée : qui peut choisir ? », *Économie et Statistique*, 1996, 293, 1, p. 17-39.

HUGHES Everett Cherrington et CHAPOULIE Jean-Michel, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS (coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales »), 1996.

JAMOUS Haroun et PELOILLE Bernard, « Professions or self-perpetuated systems? Changes in the French university-hospital system » dans *Professions and professionalization*, Cambridge, University of Cambridge Press., 1970, p. 109-152.

JOIGNEAUX Christophe, « La diffusion des fiches à l'école maternelle », *Spirale*, 2015, 55, 1, p. 57-66.

JOIGNEAUX Christophe, « Littératie, forme et inégalités scolaires : le cas de la « scolarisation » de l'école maternelle », *Le français aujourd'hui*, 2014, 183, p. 41-50.

JOIGNEAUX Christophe, « La construction de l'inégalité scolaire dès l'école maternelle », *Revue française de pédagogie*, 2010, 169, p. 17-28.

JUPILLE Julien, « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2014, 9.

JUPILLE Julien, « Hyperactivité et troubles des conduites : des diagnostics controversés », *L'information psychiatrique*, 2011, 87, 5, p. 409.

JUPILLE Julien, *L'hyperactivité infantile. Une enquête de sociologie empirique : « certains naissent gauchers et bien toi, tu es hyperactif »*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes, France, 2010.

KERGOAT Danièle, LE DOARE Hélène, SENOTIER Danièle et IMBERT Françoise, *Les infirmières et leur coordination*, Paris, GEDISST CNRS PIRTEM, 1990.

LACROIX Bernard, *L'utopie communautaire : histoire sociale d'une révolte*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Sociologie d'aujourd'hui »), 1981.

LAHIRE Bernard, *La raison scolaire. Ecole et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Paideia éducation, savoir, société »), 2008.

LAHIRE Bernard, « La construction de l'"autonomie" à l'école primaire : entre savoirs et pouvoirs », *Revue française de pédagogie*, 2001, 135, 1, p. 151-161.

LAHIRE Bernard, *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l'"échec scolaire" à l'école primaire*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2000.

LAHIRE Bernard, *L'invention de l'"illettrisme" : rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris, La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 1999.

LAHIRE Bernard, *Tableaux de familles : heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*, Paris, Seuil Gallimard (coll. « Hautes études »), 1995.

LAHIRE Bernard, BERTRAND Julien, BOIS Géraldine, COURT Martine, DENAVE Sophie, GIRAUD Frédérique, HENRI-PANABIÈRE Gaële, LAILLIER Joël, MENNESSON Christine, MOQUET Charlotte, NICAISE Sarah, PILUSO Claire, RAYNAUD Aurélien, RENARD Fanny, VAHNEE Olivier, WOOLLVEN Marianne et ZOLESIO Emmanuelle, *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, Seuil, 2019.

LE LAIDIER Sylvie, *À l'école et au collège, les enfants en situation de handicap constituent une population fortement différenciée scolairement et socialement*, Paris, DEPP, 2015.

LEMIEUX Cyril, *Le devoir et la grâce*, Paris, Economica (coll. « Etudes sociologiques »), 2009.

LEROY Ghislain, *Figures de l'enfant et pratiques des maîtres de l'école maternelle contemporaine*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université Paris Descartes, Paris, 2016.

LEVY Jean-Daniel, GERARD Magalie et REY Martine, *Les préoccupations des enseignants de primaire. Comment perçoivent-ils leur métier aujourd'hui ? Quels enjeux émergent au centre de leurs préoccupations ?*, Harris interactive, 2016.

LEZE Samuel, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

LIGNIER Wilfried, « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », *Sociologie*, 2015, 6, 2, p. 177-194.

LIGNIER Wilfried, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris Diderot, Paris, 2010.

LIGNIER Wilfried, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris Diderot, Paris, 2010.

LORETTI Aurore, *Les inégalités sociales face au cancer dans le Nord-Pas-de-Calais : étude du processus de mise en forme des inégalités à travers une analyse comparée des trajectoires de malades atteints du cancer*, Thèse de doctorat de sociologie, Lille 1, 2017.

LUC Jean-Noël, *L'invention du jeune enfant au XIXe siècle : de la salle d'asile à l'école maternelle*, Thèse de doctorat de sociologie, Belin, Paris, 1997.

MARMOT Michael, ALLEN Jessica et LANG Thierry, « Les inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2014, 43, p. 23-88.

MASSON Luc, « Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) en 2006 », *Dossier solidarité et santé : l'enquête auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006*, 2011, 20, p. 35-47.

MAURIN Éric, *La nouvelle question scolaire. Les bénéfices de la démocratisation*, Paris, Éditions du Seuil, 2007.

MAURIN ÉRIC, *L'égalité des possibles. La nouvelle société française*, Paris, La République des idées Seuil (coll. « La République des idées »), 2002.

MEADEL Cécile, « Le spectre « psy » réordonné par des parents d'enfant autiste », *Politix*, 2006, n° 73, 1, p. 57-82.

MERLE Pierre, *La démocratisation de l'enseignement*, La Découverte, 2002.

MILLET Mathias et CROIZET Jean-Claude, *L'école des incapables ? La maternelle, un apprentissage de la domination*, Paris, La Dispute (coll. « L'Enjeu scolaire »), 2016.

MILLET Mathias et THIN Daniel, « L'ambivalence des parents de classes populaires à l'égard des institutions de remédiation scolaire. », *Sociétés contemporaines*, 2012, 86, p. 59-83.

MILLET Mathias et THIN Daniel, « Le classement par corps. Les écarts au corps scolaire comme indice de "déviance" scolaire », *Sociétés et jeunesse en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, 2007, n°3.

MILLET Mathias et THIN Daniel, « Scolarités singulières et déterminants sociologiques », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 2007, 161, p. 41-51.

MILLET Mathias et THIN Daniel, *Ruptures scolaires : l'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Le lien social »), 2005.

MILLET Mathias et THIN Daniel, « Une déscolarisation encadrée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2003, 149, 4, p. 32-41.

MONTANDON Cléopâtre et PERRENOUD Philippe, *Entre parents et enseignants : un dialogue impossible ?*, Berne, Peter Lang (coll. « Exploration »), 1987.

MONTMASSON-MICHEL Fabienne, « Contraindre sans contraindre : du « client idéal » de l'école maternelle aux difficultés professionnelles enseignantes », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2019, 54.

MONTMASSON-MICHEL Fabienne, *Enfances du langage et langages de l'enfance. Socialisation plurielle et différenciation sociale de la petite enfance scolarisée*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Poitiers, Poitiers, 2018.

MOREL Stanislas, « Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? », *Administration Education*, 2018, 157, 1, p. 51-60.

MOREL Stanislas, « Troubles dans les apprentissages : neurosciences cognitives et difficultés scolaires », *Revue européenne des sciences sociales*, 2016, 54-1, 1, p. 221-247.

MOREL Stanislas, *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute (coll. « L'enjeu scolaire »), 2014.

- MOREL Stanislas, « Les professeurs des écoles et la psychologie », *Sociétés contemporaines*, 2012, n° 85, 1, p. 133-159.
- MOREL Stanislas, « La cause de mon enfant », *Politix*, 2012, n° 99, 3, p. 153-176.
- MOREL Stanislas, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle.*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, Paris, 2010.
- MOSCONI Nicole, « Rapport au savoir et division socio-sexuée des savoirs à l'école », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2003, 51, 1, p. 31-38.
- MUEL-DREYFUS Francine, « L'initiative privée. Le "terrain" de l'éducation spécialisée. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1980, 32, 32-33, p. 15-49.
- MUEL-DREYFUS Francine, « L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, 1, 1, p. 60-74.
- NEVEU Erik, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin (coll. « Collection U »), 2015.
- NOËL Isabelle et OGAY Tania, « Penser et gérer la tension entre les valeurs d'égalité et de diversité : point d'appui au développement d'une école plus inclusive », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2017, 78, p. 1-18.
- OLLER Anne-Claudine, COSSEE Claire, BECQUEMIN Michèle et ARGOUÏ Dominique, *Les nouvelles figures de l'usager. De la domination à l'émancipation*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2017.
- OTERO Marcelo, *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Laval, Presses universitaires de Laval (coll. « Sociologie contemporaine »), 2003.
- PALHETA Ugo, *La domination scolaire. Sociologie de l'enseignement professionnel et de son public*, Presses universitaires de France, 2012.
- PARRON Audrey, *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques : enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse, 2011.
- PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Enquête »), 2005.
- PATERSON Florence, STIKER Henri-Jacques, CHAUVIERE Michel et BARRAL Catherine, *L'institution du handicap. Le rôle des associations*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Des sociétés »), 2000.
- PAYET Jean-Paul, *Ecole et familles. Une approche sociologique*, De Boeck, 2017.
- PAYET Jean-Paul, DESHAYES Fabien, RUFIN Diane et PELHATE Julie, « L'enseignant-e, les parents, les spécialistes : diffusion des savoirs experts et altération de la collaboration avec les parents dans l'enseignement prioritaire », *Raisons éducatives*, 2018, 22, 1, p. 49-73.
- PELHATE Julie, *La mise en scène partenariale de l'échec scolaire. Approche ethnographique du traitement interinstitutionnel de la difficulté scolaire en REP (Genève)*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université de Genève, Genève, 2018.
- PERIER Pierre, *Les parents invisibles. L'école face à la précarité familiale*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Education & société »), 2019.

- PERIER Pierre, *École et familles populaires. Sociologie d'un différend*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Le sens social »), 2005.
- PETIT-BALLAGER Frédérique, « Signaler l'élève difficile : de l'aide préventive à la gestion précautionneuse », *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 2009, 8, p. 229-243.
- PETIT-BALLAGER Frédérique, *Le traitement scolaire de « l'élève difficile », de la prévention à la précaution*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Picardie Jules Vernes, Amiens, 2008.
- PHILIPPS Antoine, *Le positionnement des CMPP dans le dispositif de prise en charge du handicap et de la santé mentale en Île-de-France*, Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, EHESP, Paris, 2008.
- PIERRE Thomas et HIRLET Philippe, « Ce que la désinstitutionnalisation de l'action sociale fait au travail (du) social », 7, Rouen, 2011.
- PINELL Patrice et ZAFIROPOULOS Markos, *Un siècle d'échecs scolaires : 1882-1982*, Paris, Éditions ouvrières (coll. « Collection Politique sociale »), 1983.
- PLAISANCE Eric, « Education "spéciale" », *L'Année sociologique*, 1988, 38, p. 449-457.
- PLAISANCE Éric, *L'enfant, la maternelle, la société*, Paris, Presses universitaires de France, 1986.
- POULLAOUËC Tristan, *Le diplôme, arme des faibles. Les familles ouvrières et l'école*, Paris, La Dispute (coll. « L'Enjeu scolaire »), 2010.
- PRUD'HOMME Julien, « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Recherches sociographiques*, 2006, 47, 2, p. 253.
- QUEIROZ Jean-Manuel de, *La désorientation scolaire. Sur le rapport social des familles populaires urbaines à la scolarisation*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris 8, France, 1981.
- RAVENEAU Gilles, « Psychologisation et désobjectivation des rapports sociaux dans le travail social aujourd'hui. Le cas des Maisons d'enfants à caractère social », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 2009, 116-117, p. 443-466.
- RENARD Tristan, *Le secret professionnel dans les rapports santé et justice : normes juridiques et normes professionnelles*, Nantes, « Intervention lors de la journée d'étude "Réprimer et soigner. Logiques et pratiques des soins pénalement ordonnés" », 2013.
- ROCA Jacqueline, *De la ségrégation à l'intégration : l'éducation des enfants inadaptés de 1909 à 1975*, Vanves, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (coll. « Publications du CTNERHI »), 1992.
- ROCHEX Jean-Yves, *Le sens de l'expérience scolaire : entre activité et subjectivité*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1995.
- ROCHEX Jean-Yves et CRINON Jacques, *La construction des inégalités scolaires : au coeur des pratiques et des dispositifs d'enseignement*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Collection "Paideia" »), 2011.
- ROINE Christophe, « La fabrication de l'élève en difficulté », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2015, 37.
- ROINE Christophe, « L'élève en difficulté : retours sur une psychologisation du social », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2014, 66, p. 13-30.

ROINE Christophe, « Analyse anthropo didactique de l'aide mathématique aux « élèves en difficulté » : l'effet Pharmakéia », *Carrefours de l'éducation*, 2012, n° 33, 1, p. 131-147.

ROINE Christophe, « Les spécificités des élèves de S.E.G.P.A à l'épreuve des évaluations nationales », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 2011, 25, p. 69-87.

ROINE Christophe, *Cécité didactique et discours noosphériens dans les pratiques d'enseignement en S.E.G.P.A. Une contribution à la question des inégalités*, Thèse de doctorat de sciences de l'éducation, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, 2009.

ROPE Françoise, « Sociologie du curriculum et didactique du français en France », *Revue française de pédagogie*, 2001, 135, 1, p. 35-44.

SCHEIDEGGER Suzanne et RAYNAUD Philippe, *Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue*, DREES (coll. « Etudes & Résultats »), 2007.

SCHWARTZ Olivier, « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, 2011, Vol. 2, 4, p. 345-361.

SERRE Delphine, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31, 2, p. 49-64.

SERRE Delphine, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, 1998, 31, 1, p. 107-127.

SICART Daniel, *Les professions de santé au 1er janvier 2013*, DREES (coll. « Séries statistiques »), 2013.

SICOT François, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, 2009, 75, 3, p. 53-60.

SICOT François, *Décider d'une orientation ou d'une adaptation scolaire. Eléments pour une analyse d'un dispositif de jugement*, <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=498>, 2009, consulté le 4 octobre 2013.

SICOT François, « Déviances et déficiences juvéniles : pour une sociologie des orientations », *Alter*, 2007, 1, 1, p. 43-60.

SICOT François, « Intégration scolaire : le handicap socioculturel a-t-il disparu ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, 2, 2, p. 273-293.

SICOT François, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 2003.

SICOT François, DASSIEU Lise, DELMAS Morgane, MANUELLO Pascale et TUDOUX Benoît, *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, 2019.

SIROTA Régine, « Note de synthèse », *Revue française de pédagogie*, 1993, 104, 1, p. 85-108.

STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992.

SUCHAUT Bruno, *Le temps scolaire : allocation et effets sur les acquisitions des élèves en grande section de maternelle et au cours préparatoire*, Dijon, 1996.

TAIN Laurence, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, Rennes, Éditions de l'ENSP (coll. « Métiers santé social »), 2007.

TERRAIL Jean-Pierre, *La scolarisation de la France : critique de l'état des lieux*, Paris, La Dispute, 1997.

- TETARD Françoise, « Regards sur l'histoire des CMPP », *Réadaptation*, 2006, 534.
- THIN Daniel, « Un travail parental sous tension : les pratiques des familles populaires à l'épreuve des logiques scolaires », *Informations sociales*, 2009, 154, p. 70-76.
- THIN Daniel, *Quartiers populaires : l'école et les familles*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1998.
- THOUROUDE Laurence, « La tolérance pédagogique à l'école maternelle », *Revue française de pédagogie*, 1997, 119, 1, p. 39-46.
- TRUONG Fabien, *Des capuches et des hommes*, Paris, Buchet Chastel, 2013.
- VAN ZANTEN Agnès, *Choisir son école : stratégies familiales et médiations locales*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Le lien social »), 2009.
- VAN ZANTEN Agnès, *L'école, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « L'état des savoirs »), 2000.
- VELU Anne-Elise, *Donner moins à ceux qui ont moins. Une sociologie de dispositifs de prise en charge des difficultés scolaires d'élèves en âge primaire*, Thèse de doctorat de sociologie, Paris Dauphine, Paris, 2017.
- VIAL Monique, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, Armand Colin, 1990.
- VIAL Monique, « La création du perfectionnement en 1909 et les débiles des psychologues ou comment s'écrit l'histoire » dans *Intégration ou marginalisation ? Aspect de l'éducation spécialisée*, Paris, L'Harmattan-INRP (coll. « CRESAS »), 1984.
- VIGNERON Emmanuel, *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.
- VILLE Isabelle, RAVAUD Jean-François et LETOURMY Alain, « Les désignations du handicap », *Revue française des affaires sociales*, 2003, n° 1-2, 1, p. 31-53.
- VINCENT Guy, *L'école primaire française : étude sociologique*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris Descartes, Paris 5, 1979.
- VRANCKEN Didier, THOMSIN Laurence, BOUJASSON Laura et LEVY Michel, *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique, Editions Academia (coll. « Intellection »), 2008.
- WEBER Florence, GOJARD Séverine et GRAMAIN Agnès, *Charges de famille : dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 2003.
- WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Presses pocket (coll. « Agora »), 1992.
- Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé*, DREES (coll. « Portrait des professionnels de santé »), 2016.
- L'exercice libéral de la psychomotricité en France en 2009*, Association française des psychomotriciens libéraux, 2010.
- Elèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux : politiques, statistiques et indicateurs*, Paris, OCDE, 2008.

Littérature médico-psychologique & militante

- AJURIAGUERRA Julian de, *Le cortex cérébral. Etude neuropsychopathologique*, Paris, Masson, 1964.
- AKOUN Audrey et PAILLEAU Isabelle, *Vive les Zatypiques ! Aidons nos enfants surdoués, hypersensibles, dys- et autres zèbres de 3 à 20 ans à s'épanouir*, Paris, Leduc.s éditions, 2017.
- ALBARET Jean-Michel, « Troubles de l'acquisition de la coordination : perspectives actuelles des dyspraxies de développement », 1999, 11, p. 123-129.
- BABINGTON Isabelle, *L'enfant extra-ordinaire. Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages chez l'enfant*, Paris, Eyrolles, 2018.
- BERGES-BOUNES Marika et CALMETTES Sandrine, « Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » », *Journal français de psychiatrie*, 2002, 15, 1, p. 24-25.
- BILLARD Catherine, *Dyslexie et troubles associés, on s'en sort ! Avec une stratégie adaptée à chaque enfant combinant savoir-faire et neurosciences*, Paris, Editions Tom Pousse, 2016.
- BRAIN Walter Russell, *Speech Disorders : Aphasia, Apraxia and Agnosia*, Londres, Cambridge University Press, 1961.
- CERISIER-POUHET Michèle et POUHET Alain, *Difficultés scolaires ou troubles Dys ?*, Paris, Retz (coll. « Comprendre et aider »), 2015.
- CHAIX Yves, MEIER Nathalie, SEMET Jean-Claude et WILLIG Thiébaud-Noël, « Troubles du langage et des apprentissages : la structuration des centres de compétences en région Midi-Pyrénées », *ANAE*, 2013, 125.
- CONTE Ariel, « Handicap cognitif. Points de repère et enjeux », *Réadaptation*, 2009, 564, p. 11-14.
- CONTE Ariel, « Dans la dynamique associative », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, 26, (coll. « adsp »), p. 62-63.
- CROIX Laurence, « Du « Fais pas ci, fais pas ça » au fléau social », *Le Journal des psychologues*, 2008, 255, 2, p. 20-25.
- DAVIS Ronald D. et BRAUN Eldon-M., *Le don de dyslexie. Et si ceux qui n'arrivent pas à lire étaient en fait très intelligents ?*, Paris, Desclée De Brouwer, 2012.
- DEHAENE Stanislas, *Les neurones de la lecture*, Paris, Odile Jacob, 2007.
- DEHAENE Stanislas, *Le cerveau en action*, Paris, Presses universitaires de France, 1997.
- DEHAENE Stanislas, *La bosse des maths*, Paris, Odile Jacob (coll. « Sciences »), 1996.
- FILLEUR Fabien, FILLEUR Danaé et FILLEUR Odile, *Tout le monde n'a pas la chance d'être dys*, Manois, Editions du Parc des étangs de Mortagne, 2019.
- GORI Roland et SCHAUDER Silke, « Caution pseudo-scientifique et pratiques sécuritaires », *Le Journal des psychologues*, 2008, n° 255, 2, p. 42-46.
- HURON Caroline, *L'enfant dyspraxique : mieux l'aider, à la maison et à l'école*, Paris, Odile Jacob (coll. « Poches Odile Jacob 435 »), 2017.
- LEVY Michel S., « Hyperactivité, terreurs nocturnes, dyspraxie », *Empan*, 2016, n° 101, 1, p. 21-28.

MAZEAU Michèle, *Mieux comprendre les DYS-, de leur émergence aux neurosciences*, Paris, Éditions Tom Pousse, 2017.

MAZEAU Michèle, « La dyspraxie aujourd'hui », *Développements*, 2013, 16-17, p. 94-102.

MISSIUNA Cheryl et POLATAJKO Helene, « Developmental dyspraxia by any other name : are they all just clumsy children ? », *American journal of occupational therapy*, 1995, 49, 7, p. 619-627.

PICARD Delphine et BALDY René, « Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique, Summary », *Développements*, 2012, 10, p. 45-60.

PLANTIER Gisèle, *Les malheurs d'un enfant dyslexique*, Paris, Albin Michel, 1981.

POUHET Alain et RINGARD Jean-Charles, *S'adapter en classe à tous les élèves dys. Dyslexies, dyscalculies, dysphasies, dyspraxies, TDA/H...*, Poitiers, Canopé (coll. « Les clefs du quotidien »), 2011.

STAMBAK M., LHERITEAU D., AUZIAS M., BERGES J. et AJURIAGUERRA J. DE, « Les dyspraxies chez l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, 1964, 7, 2, p. 381-496.

VAIVRE-DOURET Laurence, « Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge », *Contraste*, 2008, 28-29, 1, p. 321-341.

VAIVRE-DOURET Laurence, « Batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant », *Le Carnet PSY*, 2007, 115, 2, p. 27-30.

VAIVRE-DOURET Laurence et TURSZ Anne, « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, 26.

VALET Carol, DELRIEU Jennifer, NELSON Carol et GARDERES Claudine, *SOS mon enfant est dys : révélez ses talents pour réussir*, Vanves, Hachette Pratique, 2017.

Rapports & guides pour l'action publique

BIZOT Catherine, GOSSOT Bernard, RAVARY Yveline, ROUSSEAU-GIRAL Catherine et STROHL Hélène, *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*, IGAS/IGEN, 2002.

BRANCHU Christine, BUCHTER Johanna, EMMANUELLI Julien et ROBINEAU François-Matthieu, *Mission relative à l'évaluation et au fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*, IGAS, 2018.

CNNSE, *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (coll. « Collection CNNSE »), 2013.

COMPAGNON Claire, CORLAY Delphine et PETREAULT Gilles, *Evaluation du 3è plan autisme au vue d'établir un 4è plan*, IGAS/IGEN, 2017.

PENTIER Patricia et GILBERT Pascale, *Troubles Dys. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages*, Paris, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2014.

RINGARD Jean-Charles, *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, Paris, Ministère de l'Education nationale, 2000.

RINGARD Jean-Charles et VEBER Florence, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, Paris, Ministère de l'Education nationale, Ministère de la Santé, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées et aux personnes handicapées, 2001.

Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques, Paris, INSERM, 2007.

Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. Synthèse et recommandations, Paris, INSERM, 2019.

Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé (coll. « Les parcours de soins »), 2017.

Dys : enquête 2015. Parcours santé en lien avec la scolarité et l'emploi, Paris, Pôle Santé de la FFDys, 2015.

16 mesures pour un « plan DYS », Neuilly, FFDys, 2012.

Table des matières

Remerciements.....	3
Sommaire	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE. Le succès tardif des « dys », à la faveur d'une évolution des politiques scolaires	13
2. MISE EN PROBLÉMATIQUE. Les troubles spécifiques des apprentissages : des pathologies scolaires ?	19
3. PROGRAMME DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE. Saisir les trajectoires d'enfants : une analyse croisée de l'offre de soin et des pratiques familiales.....	30
PARTIE I DE L'ENFANT HORS-NORME A L'ENFANT DYSPRAXIQUE	49
Chapitre 1. L'école maternelle et la désignation d'une anomalie	57
1. AVANT L'ÉCOLE : PAS DE « PROBLÈME ».....	58
2. « MOU », « ÉTRANGE » OU « SPEED » : DES ENFANTS AUX COMPORTEMENTS PEU ADAPTÉS.....	62
2.1. L'« enfant mou » ou l'autonomie impossible.....	62
2.2. L'« enfant étrange » : une participation inadaptée.....	64
2.3. Une agitation démesurée	68
Conclusion intermédiaire.....	69
3. UN GRAPHISME PAUVRE : UN NOUVEL ARGUMENT DE SIGNALLEMENT.....	71
3.1. Une attention croissante portée sur les écrits des enfants.....	71
3.2. Scolarisation de l'écrit en maternelle	72
3.3. Les raisons scolaires de l'ancrage des difficultés	75
3.4. Une dramatisation autour des comportements qui occultent les difficultés scolaires ?	77
Conclusion intermédiaire.....	79
4. LA CONSTRUCTION DES JUGEMENTS ENSEIGNANTS	80
4.1. Les interprétations enseignantes.....	81
4.1.1. Quatre régimes d'interprétations enseignantes en maternelle.....	81
4.1.2. Caractériser les enfants, juger les parents ?	84

4.2. De la prégnance des référentiels psychologiques à la diversité des pratiques enseignantes.....	87
4.2.1. Un regard sur les enfants imprégné par la vulgate psychologique.....	87
4.2.2. Diversité des références et des pratiques enseignantes.....	89
4.3. Des spécialistes consultés précocement.....	90
4.4. Des parents qui peuvent négocier le statut et la prise en charge de l'enfant	92
Conclusion intermédiaire.....	93
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	95

Chapitre 2. Structuration de l'expertise neurocognitive et différenciation des publics 99

1. 1970-2000 : CONSTRUIRE UN NOUVEAU TERRITOIRE D'INTERVENTION GRÂCE AU TROUBLE COGNITIF	101
1.1. Développement d'une expertise sur initiative privée	101
1.1.1. Les premiers spécialistes de la dyspraxie en France : des experts originaires de deux champs disciplinaires.....	101
1.1.2. Des spécialistes sur tous les fronts.....	104
1.1.2.1. <i>Des sciences neurocognitives tournées vers l'intervention thérapeutique</i>	104
1.1.2.2. <i>Des experts militants</i>	107
1.1.3. Une alliance précoce entre médecins et familles concernées : les associations de « dys »	108
1.1.3.1. <i>Une visibilité médiatique rapide de la cause en lien avec les propriétés sociales de ses membres</i>	108
1.1.3.2. <i>Le développement du militantisme associatif « dys » : toucher l'école</i>	110
1.2. Construire la cause des trouble spécifiques des apprentissages : lutter contre l'échec scolaire et social.....	111
1.2.1. Définir le trouble cognitif en insistant sur l'inadaptation du « cadre »	111
1.2.1.1. <i>Les troubles spécifiques des apprentissages : déficience ou différence ?</i>	111
1.2.1.2. <i>Un problème « technique »</i>	113
1.2.2. L'argument du « coût de la méconnaissance »	114
1.2.3. Dénicher les « dys » pour se créer une patientèle	116
1.3. Les années 2000 et la formalisation des dispositifs « dys »	117
1.3.1. Les « dys » deviennent une catégorie de l'action publique, à la fois sanitaire et scolaire.....	117
1.3.2. Reconnaissance étatique et démultiplication des dispositifs	119
1.3.3. Des transformations structurelles scolaires qui appuient l'essor de ces expertises.....	120
Conclusion intermédiaire.....	122
2. 2000-2010 : LA STRUCTURATION D'UNE OFFRE DE PRISE EN CHARGE PARALLÈLE.....	123
2.1 L'implantation historique de l'expertise psychodynamique	125
2.1.1. Les CMPP au cœur de la dynamique	125
2.1.2. L'école : le premier fournisseur de patientèle des CMPP.....	126
2.1.3. Les années 2000 : volonté des pouvoirs publics de réorienter les pratiques des CMPP	128
2.1.4. Atouts et déclin d'une expertise psychologique.....	130
2.1.4.1. <i>Une défiance réciproque entre CMPP et pouvoirs publics</i>	130
2.1.4.2. <i>Les CMPP comme frein à la diffusion des diagnostics neurocognitifs</i>	131

2.2.	Développement d'un réseau de prise en charge parallèle	133
2.2.1.	Création de pôles de compétences dans les hôpitaux publics : Les Centres référents sur les troubles du langage et des apprentissages (CRTLA)	133
2.2.1.1.	<i>Une pluralité de missions pour des « supers-spécialistes »</i>	133
2.2.1.2.	<i>Une embolie précoce des CRTLA</i>	135
2.2.2.	Développement de réseau de ville : l'expérience locale public/privé	137
2.2.2.1.	<i>S'appuyer sur les volontés du privé</i>	137
2.2.2.2.	<i>Développer l'offre publique</i>	138
2.2.3.	L'essor des rééducateurs en libéral : des acteurs-clés du dépistage et du traitement des « dys »	139
2.2.3.1.	<i>Le libéral ciblé par les politiques autour des troubles spécifiques des apprentissages</i>	139
2.2.3.2.	<i>Les rééducateurs en libéral : un atout de poids pour la diffusion des référentiels neurocognitifs</i>	141
2.2.4.	Des réseaux de soin parallèles, et hermétiques ?	142
	Conclusion intermédiaire	144
3.	DES RAPPORTS CONTRASTÉS AU TRAVAIL SCOLAIRE SELON L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE. L'EXEMPLE DES PSYCHOMOTRICIENS	145
3.1.	Faire de la « thérapie psychomotrice » : travailler le psychisme, écarter le travail scolaire	146
3.1.1.	Le présumé psychoaffectif et le travail thérapeutique	146
3.1.1.1.	<i>Présumer le trouble psychoaffectif, refuser le diagnostic médical</i>	146
3.1.1.2.	<i>La pratique de soin</i>	147
3.1.1.3.	<i>La famille, objet du soin</i>	148
3.1.2.	Mettre à distance des enjeux scolaires	149
3.1.3.	L'orthophonie et la psychomotricité comme propédeutique à la psychothérapie	151
3.2.	L'approche neurocognitive : prendre au sérieux la demande sociale (scolaire)	152
3.2.1.	Les pratiques en cabinet : une propédeutique au travail scolaire	153
3.2.1.1.	<i>Etablir et situer le profil cognitivo-moteur de l'enfant</i>	153
3.2.1.2.	<i>Entraîner l'enfant sur ses points faibles</i>	155
3.2.2.	Le parent comme « partenaire » ou « client »	157
3.3.	Repositionnement des paramédicaux dans le champ de l'échec scolaire : privatisation de l'offre de remédiation scolaire	159
3.3.1.	Une entrée des rééducateurs paramédicaux sur le terrain scolaire par l'essor de nouvelles pathologies	159
3.3.2.	Appropriation des problématiques scolaires et avancement professionnel	161
3.3.3.	Privatisation de l'offre de remédiation scolaire : vers un accroissement des inégalités sociales face à l'école ?	163
3.3.3.1.	<i>L'appropriation d'un mandat pédagogique par les orthophonistes dès les années 1980</i>	163
3.3.3.2.	<i>Scolarisation de la psychomotricité</i>	165
	CONCLUSION DU CHAPITRE 2	167

Chapitre 3. Le choix de la prise en charge171

1.	UN ACCÈS AU DIAGNOSTIC DE DYSPRAXIE PLUS OU MOINS SINUEUX	174
1.1.	Premiers recours et lieux de production des diagnostics	175
1.1.1.	Des familles à l'initiative	175
1.1.2.	Lieux de production des diagnostics de dyspraxie	177

1.2.	De la difficulté repérée au diagnostic de dyspraxie : trois types de trajectoires	178
1.2.1.	Des expertises alternatives à la « dys »	179
1.2.2.	Polysémie des discours sur l'enfant diagnostique.....	182
1.2.3.	L'accès (quasi) direct au diagnostic de dyspraxie	184
	Conclusion intermédiaire.....	185
2.	RÉDUIRE L'INCERTITUDE : POSTURES ET RESSOURCES PARENTALES	186
2.1.	Les leviers de l'expertisation parentale.....	186
2.1.1.	Les débuts : une famille dans l'expectative.....	187
2.1.2.	La conversion en manager de parcours : accumuler les informations, choisir les professionnels	188
2.1.3.	Des pratiques en lien avec des attributs de genre et de classe.....	191
2.1.4.	Histoire singulière et déterminants sociologiques	193
2.2.	Ressources économiques et situation géographique	194
2.2.1.	Des prises en charge en libéral coûteuses.....	194
2.2.2.	Habiter loin des espaces de soins.....	197
2.3.	Vigilance parentale et prises d'initiative	200
2.3.1.	Une scolarité encadrée	200
2.3.2.	S'outiller : chercher, confronter, trier l'information	201
2.4.	Les interlocuteurs décisifs : une question de réseau social ?	203
2.4.1.	Échanger avec tout le monde, choisir ses référents.....	203
2.4.2.	Le capital social : une ressource ambivalente du point de vue de l'accès au diagnostic de dyspraxie	204
2.5.	Le « capital temps », ou la mise en disponibilité des mères pour l'enfant	207
	Conclusion intermédiaire.....	209
3.	LE CHOIX DU DIAGNOSTIC ET SES IMPLICATIONS	210
3.1.	La possibilité du choix	211
3.1.1.	Une expertisation parentale favorisée par la concurrence des expertises.....	211
3.1.2.	La concurrence des expertises atténue la dissymétrie des rapports entre professionnels et usagers.....	212
3.2.	Les raisons du choix	214
3.2.1.	La critique parentale des CMPP	214
3.2.1.1.	<i>Sentiment de disqualification.....</i>	215
3.2.1.2.	<i>La souffrance de l'enfant comme moteur de l'action parentale.....</i>	217
3.2.2.	Une conversion aux approches cognitives ? Le cas de Sophie	217
3.3.	Le diagnostic dans la sphère intime	220
3.3.1.	La dyspraxie réorganise le quotidien familial	220
3.3.2.	Dissiper le spectre de la maladie mentale.....	221
3.4.	Un diagnostic requalifiant et distinctif	223
3.4.1.	Un enfant intelligent	223
3.4.2.	Un enfant de bonne moralité.....	225
3.4.3.	La qualité de l'environnement social.....	226
3.5.	(Ré)investir les enjeux scolaires	227
3.5.1.	Maintenir de bonnes chances scolaires	227

3.5.2. Transmettre un statut à l'enfant.....	228
CONCLUSION DU CHAPITRE 3.....	230

PARTIE II LES TRAJECTOIRES DE LA DYSPRAXIE 235

Chapitre 4. Le retour à l'école de Simon. Le diagnostic de dyspraxie contre l'ordre scolaire ?241

1. LES CONDITIONS DE LA RELÉGATION SCOLAIRE D'UN « HÉRITIER ».....	242
1.1. Un accès tardif au diagnostic de dyspraxie	242
1.2. L'étonnante relégation scolaire d'un enfant des classes supérieures ?.....	245
1.2.1. Une trajectoire scolaire plus typique des garçons des classes populaires	245
1.2.2. Un « méshéritier » : une famille aux capitaux hétérogènes.....	246
1.2.3. Une mère temporairement indisponible	248
1.3. Les effets d'institution sur la relégation scolaire.....	251
1.3.1. Les enjeux scolaires relégués au second plan par les institutions.....	251
1.3.2. Des dispositifs d'aides qui « accompagnent » la dégradation scolaire de l'élève	252
1.3.3. L'autorité institutionnelle et la captation des familles.....	256
2. LES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ DU RETOUR EN MILIEU ORDINAIRE.....	260
2.1. Un nouveau regard sur Simon et ses « problèmes » qui opère comme un véritable <i>turning-point</i>	260
2.2. Une psychologue qui élabore un projet scolaire ambitieux.....	262
2.2.1. Des séances axées sur le travail scolaire.....	262
2.2.2. Au-delà du cabinet de rééducation	264
2.2.3. Une neuropsychologue en croisade contre l'enseignement spécialisé pour les « dys ».....	267
2.3. Une famille qui présente des garanties sociales et morales	271
2.3.1. Une famille prête à se mettre au travail	271
2.3.2. Une famille aux qualités sociales « rassurantes »	273
3. UN RETOUR DURABLE EN MILIEU ORDINAIRE ET À L'« ESPÉRANCE RÊVEUSE ».....	275
3.1. Un problème qui se résorbe	275
3.1.1. Une montée en compétence de Simon	276
3.1.2. Le handicap cognitif comme issue à la maladie mentale	277
3.2. Un « retour » à des espérances de classe	280
3.3. Des agents « psy » qui structurent les ambitions.....	282
CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....	284

Chapitre 5. Négocier le statut de l'enfant. Appropriations, dispositifs, parcours scolaires289

1. LA DYSPRAXIE COMME MARQUEUR D'INCLUSION	291
--	-----

1.1.	Des prises en charge et des parcours idéaux	291
1.1.1.	Le cas d'Amèle	291
1.1.2.	Des parcours « fluides »	293
1.2.	Optimiser le potentiel de son enfant, manager sa vie	296
1.2.1.	Des « bons élèves en difficulté »	296
1.2.2.	Optimiser le potentiel de l'enfant	298
1.2.2.1.	<i>Faire travailler l'enfant, lui transmettre le goût de l'effort</i>	298
1.2.2.2.	<i>Des activités extra-scolaires à visée rééducative</i>	300
1.2.3.	Une rationalisation de l'emploi du temps de l'enfant	301
1.3.	Les termes d'une collaboration heureuse familles/école : de la connivence à l'imposition	304
1.3.1.	Au-delà des dispositifs pour les troubles des apprentissages. Des aménagements sur-mesure	304
1.3.2.	Être un bon partenaire : des savoir-être aux caractéristiques sociales familiales	306
1.3.3.	Négocier ou s'imposer à l'école	309
1.3.3.1.	<i>Instaurer un rapport de force favorable dans les négociations</i>	309
1.3.3.2.	<i>Anticiper : choisir son école pour choisir les conditions de scolarisation</i>	310
1.4.	Le diagnostic comme « filet de sécurité » : un levier d'action de plus pour les mieux dotés	313
1.4.1.	Des débuts de trajectoires incertains : l'importance du diagnostic précoce	313
1.4.2.	Les domaines d'intervention des agents de la psychologie et de la rééducation.....	315
1.4.2.1.	<i>Réduquer l'enfant ou le scolariser</i>	316
1.4.2.2.	<i>Désamorcer les conflits entre les familles et l'école</i>	317
1.4.3.	Une connivence de classe entre mères et rééducatrices ?	320
	Conclusion intermédiaire.....	323
2.	FAIRE RECONNAÎTRE LA DYSPRAXIE « CONTRE L'ÉCOLE ».....	324
2.1.	Des difficultés pour faire reconnaître le diagnostic à l'école	325
2.1.1.	Un accès au diagnostic pourtant rapide	325
2.1.2.	Jugements enseignants dépréciatifs envers enfant et parents	326
2.1.3.	Des enfants qui souffrent.....	328
2.2.	Des ambitions scolaires mal assurées	329
2.2.1.	Des ambitions fortes puisées dans l'histoire personnelle	330
2.2.2.	Une éducation aux effets scolaires ambivalents	332
2.3.	Une alliance famille/école impossible.....	335
2.3.1.	Des mères prises au piège de la logique partenariale	335
2.3.2.	La construction de la radicalité	338
2.3.3.	Des rééducateurs scolaires qui ne font pas médiation.....	340
2.4.	Des tactiques de résistances aux stratégies alternatives de scolarisation	343
2.4.1.	Le refus.....	343
2.4.2.	Déscolariser l'enfant pour l'amener « au bout ».....	345
2.4.3.	Une mobilité scolaire originale aux effets contrastés	346
	Conclusion intermédiaire	349
3.	DES DIAGNOSTICS PEU EFFECTIFS POUR DES SCOLARITÉS MÉDIOCRES.....	350

3.1. Appropriations restreintes ou partielles : l'importance du moment d'accès au diagnostic de dyspraxie.....	351
3.1.1. Diagnostics récents : appropriations en construction.....	351
3.1.2. Diagnostics tardifs : une appropriation coûteuse voire impossible pour le jeune	353
3.2. Le coût de l'engagement dans les dispositifs de la dyspraxie	354
3.2.1. Des enfants aux scolarités laborieuses	354
3.2.2. Célya, où le refus de mettre l'école au centre de la vie	356
3.2.3. Une moindre intervention des parents dans les scolarités des enfants	358
3.2.3.1. <i>Des scolarités enfantines peu dépendantes des choix parentaux</i>	358
3.2.3.2. <i>Un rapport peu instrumental à l'institution</i>	359
3.2.3.3. <i>Eviter le conflit avec l'institution</i>	360
3.2.4. Le découragement.....	361
3.3. Des trajectoires scolaires de classe ?	363
CONCLUSION DU CHAPITRE 5.....	365
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	371
1. RETOUR SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS DE LA THÈSE : une complexification des inégalités sociales face à l'école	373
2. AU-DELÀ DES INÉGALITÉS SOCIALES FACE À L'ÉCOLE : des mères et des enseignants fortement impactés par ces nouvelles expertises	378
3. QUID DES PERSONNES CONCERNÉES ? Approcher les personnes « dys », réfléchir à la question de la production d'individu	384
Bibliographie.....	389
Littérature en sciences sociales	389
Littérature médico-psychologique & militante.....	404
Rapports & guides pour l'action publique	405
Table des matières.....	409
Résumé.....	417

Résumé

La dyspraxie contre l'ordre scolaire ?

Une enquête sociologique sur les implications scolaires
d'un diagnostic neurocognitif

Les Troubles spécifiques des apprentissages (regroupant la galaxie de « dys » et le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) offrent une lecture nouvelle de l'enfance en difficulté scolaire. En définissant les écarts de comportements et de performances à la norme scolaire comme des conséquences de spécificités cognitives, ces diagnostics médico-psychologiques font concurrence aux grilles de lecture psychosociologisantes jusqu'alors dominantes de l'échec scolaire, en termes de troubles relationnels ou de handicap socioculturel. Un des enjeux principaux de la thèse est de saisir l'impact de cette nouvelle expertise neurocognitive sur les trajectoires scolaires des enfants concernés et sur le traitement plus général des publics en difficulté scolaire.

A ces diagnostics, parfois reconnus administrativement comme des handicaps, sont associés des dispositifs de prise en charge originaux mêlant deux approches : d'un côté une logique de maximisation des compétences de l'enfant, au moyen de rééducations fonctionnelles réalisées en dehors de l'école par des auxiliaires de santé, et de l'autre une logique compensatoire avec un aménagement des conditions de scolarisation en milieu ordinaire (allègement de tâche, aide humaine et technique), de sorte que l'enfant soit peu confronté à ses difficultés. A travers l'exemple de la dyspraxie, cette recherche propose une enquête empirique sur ces dispositifs récents et méconnus, en explorant les conditions de leur élaboration ainsi que la division du travail (notamment pédagogique) qu'ils engagent entre enseignants, spécialistes médico-psychologiques et familles. Comment cette expertise est-elle devenue disponible historiquement, et par quelles voies ? Comment se fait le choix du diagnostic en contexte concurrentiel, et comment se négocient les conditions de scolarisation des enfants quand les dispositifs impliquent une redéfinition des rôles et places de chacun ?

Davantage qu'une médicalisation des difficultés scolaires, l'enquête montre que c'est une scolarisation de certains métiers de la santé qui se joue, ainsi qu'un processus de privatisation d'un service scolaire (l'activité de remédiation) qui semble complexifier les inégalités sociales face à l'école.

Mots-clés : dyspraxie, trajectoire, expertises « psy », quête diagnostique, difficultés scolaires, handicap

Abstract

Dyspraxia against school order?

A sociological survey of the implications of a neuro-cognitive diagnosis for schooling

Specific learning disorders (which include the realm of “dys-” conditions and attention-deficit disorders with or without hyperactivity) provide a new perspective on children who experience difficulties at school. By considering deviations from the school norm – in terms of behaviour or performance – as consequences of cognitive specificities, these medical/psychological diagnoses compete with the socio-psychologizing approaches that had hitherto prevailed and that regarded poor performances in school as effects of psycho-affective suffering or socio-cultural handicaps. One of the main challenges of the thesis is to assess the impact of such a new neuro-cognitive expertise on the trajectories of the children in question throughout their education, and on the broader treatment of children with learning difficulties.

These diagnoses, sometimes administratively recognized as disabilities, are associated with original care systems, combining two approaches: on the one hand, an approach aiming to maximize children’s skills, through functional re-education carried out outside of school by medical auxiliaries, and on the other, a compensatory approach that involves adjusting schooling conditions in a regular environment (lightening the workload, providing human and technical help), so that children are not confronted with their difficulties as much. Through the case of dyspraxia, this research offers an empirical investigation of these recent and little-known strategies by exploring the conditions for their development as well as the division of labour they produce (especially when it comes to teaching) between teachers, special needs specialists, and families. How did such an expertise become available historically, and through what channels? How does the choice of a diagnosis get made in a competitive context, and how are children’s schooling conditions negotiated when educational strategies involve a redefinition of the roles and place of each player?

The survey shows that the medicalization of learning difficulties is not as prominent as the increasing involvement of health professions in schooling and as a movement towards the privatization of remediation activities – traditionally a school service, which seems to complexify social inequalities at school.

Keywords: dyspraxia, trajectory, psychological expertise, diagnostic quest, learning difficulties, disability,

