



Catherine Billard
Frédérique Barbe

Un programme progressif de prise en charge des troubles des apprentissages : l'expérience pilote Paris Santé Réussite

*Catherine Billard, neuropédiatre,
médecin des hôpitaux,
ex-responsable du CRTA
CHU Bicêtre, fondateur
de Paris Santé Réussite.*

*Frédérique Barbe,
médecin scolaire, responsable
de Paris Santé Réussite*

Plusieurs constats ont amené la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) à publier en 2013 le *Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages*¹. La nécessité d'un niveau intermédiaire de diagnostic et de soins (appelé niveau 2), entre la prise en charge de première intention (niveau 1) et la prise en charge hyperspécialisée des Centres référents sur les troubles des apprentissages (CRTA, niveau 3) a été un des principaux constats de tous les professionnels et parents. Les raisons de cette proposition sont multiples, mais elles sont dominées par l'inadéquation entre la demande et les possibilités de fonctionnement des CRTA. Le plan d'action « Langage 2 » a beaucoup apporté dans la reconnaissance et les recommandations pédagogiques, des soins et de recherche. Mais il a créé une demande légitime des familles et des professionnels entraînant l'afflux des patients vers les CRTA. La persistance de ces demandes plus 15 ans après ce Plan est liée à l'absence de structures de relais répondant aux besoins des enfants tout au long de leur parcours scolaire et de vie.

Paris Santé Réussite (PSR) est une expérience pilote d'une telle structure de relais, dédiée aux troubles des apprentissages, adaptée aux environnements défavorisés, financée par la ville de Paris. Le dispositif PSR va de pair avec le programme de « Prévention des troubles des apprentissages de la lecture » (PTAL) mis en place par l'Inspection d'Académie dans le même territoire.

Dans cet article, nous décrirons successivement les pré-alables et enjeux d'un programme cohérent pour lutter

Nous remercions le dispositif PSR qui a été financé par la Mairie de Paris. Nous rendons hommage à Michel Zorman médecin de santé publique, conseiller du recteur, chercheur à Cognisciences Grenoble, décédé en 2012 pour ses travaux et la richesse de notre collaboration.

1. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles_des_apprentissages.pdf

2. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plandysl.pdf>





contre les troubles des apprentissages, le dispositif PSR : sa philosophie, son fonctionnement, sa méthodologie, et ses premiers résultats, puis les propositions pour l'avenir.

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

Les apprentissages normaux et inhabituels

Le mécanisme de traitement du langage écrit et de son acquisition a fait l'objet des recherches les plus nombreuses ces quarante dernières années. Ce traitement du langage écrit fait référence à plusieurs compétences tant chez l'adulte expert que chez l'enfant apprenti lecteur. Sur les deux versants du langage écrit, lecture et production orthographique, il y a deux niveaux d'acquisition : d'abord l'identification (reconnaissance) et la production (orthographe) de mots, puis la compréhension et la production de textes. Ces deux niveaux mettent en jeu différentes stratégies et compétences. Le déchiffrement et la production de mots dépendent en particulier des compétences phonologiques, en revanche la fluidité de lecture, l'orthographe d'usage, et surtout la compréhension et production de textes vont mettre en jeu très largement le niveau global de langage oral (Expertise Inserm, 2007).

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

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

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

Des connaissances scientifiques qu'on ne peut plus ignorer

La dyslexie est un trouble avéré, durable et inattendu de l'identification des mots. Elle ne résume pas l'entièreté des troubles d'acquisition du



langage écrit, mais en est la forme la plus pure. La dyslexie relève de facteurs divers, souvent intriqués. Ses bases cognitives, cérébrales et génétiques sont actuellement connues ainsi que la diversité des obstacles observés chez chaque enfant dyslexique, les autres troubles qui peuvent s'y associer, et surtout les fondements d'un programme pédagogique et de soins avec pour objectif « tous lecteurs » (Billard, 2016).

En environnement défavorisé, les enfants faibles lecteurs, en difficultés dans l'identification des mots, ont les mêmes facteurs prédictifs (Billard et coll., 2009) que les dyslexiques et un fonctionnement cérébral similaire (pour revue, voir Billard, 2016). La prévalence élevée des troubles du langage écrit s'explique en partie par la conjonction d'une acquisition précaire du langage oral et de la faiblesse des compensations.

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

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

L'échec scolaire et les troubles des apprentissages relèvent de nombreuses disciplines, éducation nationale, santé, sociologie, psychologie... Devant la diversité des situations, en termes de sévérité, profil, évolution, le rôle respectif de chaque discipline est difficile à délimiter, voire impossible tant l'action conjointe et coordonnée de ces disciplines est indispensable (Billard, 2016).

Une étude sur une cohorte de 1 061 enfants de CE1 scolarisés dans les écoles parisiennes a évalué les troubles de la lecture à 12,7 % des enfants de CE1 (Billard et coll., 2009). La prévalence varie de 5 % dans les écoles situées en environnements ordinaires jusqu'à 25 % dans celles défavorisées. Les données des enquêtes régulières de PISA³ soulignent de 2003 à 2012 l'aggravation de la situation des enfants les plus en difficultés. Ils sont de plus en plus nombreux, leurs difficultés de plus en plus sévères et l'écart avec les bons lecteurs s'accroît. Les difficultés dans l'apprentissage du calcul ne sont pas moins préoccupantes.

Tout s'accumule pour faire de cette problématique un réel problème transversal de société et de santé publique. Si la reconnaissance des troubles et les possibilités de prises en charge sont mieux connues, donc plus sollicitées, il n'en est pas de même dans les populations précaires où les inégalités se creusent. La mise en évidence de troubles touchant des fonctions cognitives ou d'apprentissages non langagières, comme la coordination gestuelle et les praxies, le calcul ou les fonctions attentionnelles, isolés ou intriqués, sont difficilement accessibles dans notre système de santé. Enfin, les impacts de ces troubles du développement de l'enfant, survenant précocement et perdurant souvent tout au long de leur vie, sont plus

3. Program for International Student Assessment, OCDE 2012.

<http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results.htm>
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000658.pdf>



néfastes face aux exigences d'une société en crise, où toute précarité est facteur d'exclusion.

Et pourtant, les écueils dans l'apprentissage du langage écrit ne sont pas une fatalité ! De nombreuses études ont prouvé qu'une réponse pédagogique précoce, répondant aux critères stricts de la littérature scientifique, permet de réduire le pourcentage de faibles lecteurs sans autre action, comme le montrent en France le programme PARLER⁴ « Parler, Lire, Écrire » (Zorman et coll., 2008) et en Floride le programme pédagogique de Torgesen (Torgesen, 2006). Si l'on considère les dyslexiques sévères, il leur est également possible d'acquérir une lecture fonctionnelle au prix d'une prise en charge coordonnée, pédagogique et de soins intensifs (Coste-Zeitoun et coll., 2005).

Une démarche diagnostique continue et un suivi de l'évolution du trouble

C'est le seul moyen de tirer le meilleur parti des ressources de la collectivité affectées aux soins, en ne les attribuant qu'aux enfants pour lesquels une évolution positive en dépend.

C'est possible au moyen d'une démarche diagnostique continue encadrant les phases de soins qui, de l'école aux Centres référents en passant par la ville, suit les difficultés rencontrées, définit, met à jour les éventuelles mesures correctives nécessaires pour mesurer ensuite les progrès réalisés – ou non – par l'enfant.

Une démarche organisée, au-delà de l'école, en trois niveaux de soins, calés sur la sévérité des troubles puis leur évolution, se met en place progressivement dans notre pays :

– Niveau 1. *Les soins de ville* concernent les enfants dont les difficultés sont d'emblée nettes ou n'évoluent pas suffisamment avec la réponse pédagogique. Il s'agit d'un diagnostic et d'une prescription médicale éclairée de première intention du bilan paramédical initial, en particulier orthophonique en ce qui concerne les troubles du langage.

– Niveau 2. *Les soins plus spécialisés* concernent les cas plus complexes, sévères ou persistants malgré la rééducation définie à l'étape précédente. Il s'agit alors d'établir un diagnostic précis à l'aide d'une équipe spécialisée suffisamment experte pour orienter ou réorienter le projet de soins. Puis, après une synthèse claire rapportée à la famille, de coordonner l'action des différents intervenants, avant d'assurer un suivi de l'enfant au cours de sa vie scolaire.

– Niveau 3. *Les Centres référents* sont destinés à ne voir que la partie la plus exceptionnelle de ces troubles, nécessitant clairement une évaluation hyper-spécialisée. Ils sont aussi destinés à développer la recherche clinique et à diffuser les connaissances alimentant en savoir-faire les acteurs du niveau 2.

4. M. Zorman, P. Bressoux, PARLER : *Parler, apprendre, réfléchir, lire ensemble pour réussir*, 2009, <http://www.programme.parler.fr>



À l'issue de chaque période de rééducation, l'évaluation des bénéfices obtenus conduit à décider de la suite de l'action. Ce qui peut être une pause dans la rééducation assortie d'un suivi à quelques mois si les objectifs fixés sont acquis sans que les scores se soient forcément normalisés. On peut aussi être amené à continuer les mêmes soins si ces objectifs sont en voie d'être atteints. Enfin, une évolution insuffisante de l'enfant oblige à s'interroger sur les améliorations que l'on pourrait apporter.

La nécessité d'un parcours de santé et de soins, incluant la prévention primaire pédagogique, les soins et le suivi des enfants, parcours progressif par étapes selon la sévérité du trouble et son évolution, chaque étape étant évaluée : telles sont les raisons du dispositif PSR.

L'EXPÉRIMENTATION PSR COUPLÉE AU PROJET PTAL

La Mairie de Paris, en lien avec l'Inspection d'Académie, a souhaité engager la lutte contre l'illettrisme et les troubles des apprentissages, en finançant l'expérience pilote PSR en 2011 pour une durée de trois années, afin d'en apprécier les bénéfices pour les enfants, les obstacles à contourner et les limites à dépasser, préalables indispensables à une extension à large échelle. Au vu des résultats, le dispositif PSR a été pérennisé en 2015. Son premier objectif est destiné à diminuer le nombre de faibles lecteurs visant pour *tous* les enfants : 1. la compréhension d'un texte lu du niveau de l'enfant ; 2. une écriture lisible ; 3. dans des conditions confortables évitant le cercle vicieux de l'échec scolaire, même s'il persiste des séquelles.

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

Un fonctionnement pragmatique selon un protocole rigoureux

Les raisons de ce fonctionnement pragmatique sont multiples et résultent en grande partie des constats de l'étude parisienne sur la prévalence, les causes et l'évolution des troubles de la lecture (Billard et coll., 2009). Tout d'abord les troubles des apprentissages sont particulièrement fréquents en environnement défavorisé, imposant un dispositif palliant les inégalités pédagogiques et d'accès aux soins évidentes dans ces populations. Ensuite les critères justifiant la prescription de soins nécessitent d'être clarifiés et respectés, comme en témoigne le pourcentage d'enfants suivis en orthophonie dans l'étude citée plus haut. Seulement 30% des faibles lecteurs bénéficiaient d'une rééducation orthophonique, tandis que 18% des bons lecteurs sans trouble du langage oral avaient une telle rééducation ! La majorité des enfants suivis appartenaient aux quartiers favorisés, qu'ils soient faibles ou bons lecteurs. Pour éviter l'encombrement croissant des cabinets orthophoniques, tout en permettant une réponse précoce ne marginalisant pas les enfants, il a été choisi la succession rigoureuse d'une



étape préventive pédagogique, suivie ou accompagnée de rééducation si et seulement si la sévérité ou l'évolution des difficultés de l'enfant le justifie.

Le projet PSR comporte deux versants :

- d'une part, le plan de lutte précoce contre l'illettrisme en cycle 2 en lien avec le projet PTAL ;
- d'autre part, un versant hors protocole pour l'évaluation des troubles complexes des apprentissages afin de pallier les difficultés d'accès aux CRTA. Il concerne tous les enfants le nécessitant dans le bassin de population, quel que soit le domaine des apprentissages touché (niveau 2).

Ce programme progressif d'intervention consiste en une succession ordonnée et coordonnée de l'intervention des professionnels, d'abord de l'école, puis médicaux et paramédicaux, en fonction de la sévérité des troubles et de leur évolution, main dans la main avec les enseignants, l'enfant et ses parents. Les critères qui guident les interventions sont issus des connaissances (Peterson, Pennington, 2012 ; Billard, 2016).

Le premier temps est un repérage systématique des enfants en difficultés d'apprentissage de la lecture réalisé par les enseignants, aboutissant pour les enfants les plus faibles à la mise en place d'une réponse pédagogique préventive (PTAL).

Le second temps est un examen par les médecins scolaires pour les enfants dont le déficit est sévère, ou n'évolue pas assez avec la réponse pédagogique, pour la prescription éclairée des soins nécessaires indépendamment de sa situation socio-économique.

Le troisième temps est l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire experte de proximité, indispensable pour réorienter et/ou adapter le projet de soins lorsque les troubles sont sévères et/ou complexes.

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

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

Methodologie

Le dispositif expérimental a concerné les 11^e et 20^e arrondissements de Paris. La réponse graduée s'appuie sur les ressources locales en les coordonnant. Son fonctionnement est résumé dans la figure 1.

La phase préventive est détaillée dans un autre article (projet PTAL). Le choix du cycle 2, celui des apprentissages fondamentaux, s'impose pour



dépister les difficultés et y remédier avant que l'engrenage de l'échec scolaire ne mène au décrochage.

Elle consiste dans les évaluations et réponses pédagogiques assurées par les enseignants au sein de l'école sur la base du volontariat.

Les enfants en difficulté d'apprentissage de la lecture et orthographe en CP et CE1 sont repérés à partir d'évaluations systématiques, avec des outils étalonnés (EDA et OURA⁵, Timé2⁶).

Trois évaluations individuelles ont lieu en CP et deux évaluations collectives en CE1. Les résultats des évaluations traités par l'équipe PSR/PTAL sont échangés avec les enseignants.

La mise en place d'une réponse pédagogique préventive intensive (trois à quatre fois par semaine), ciblée, en petits groupes à besoins similaires (trois à cinq enfants), est proposée avec des critères stricts fixés en fonction des connaissances sur le développement des habiletés normales. Les entraînements à la compréhension et à la conscience phonologique sont privilégiés au premier trimestre de CP puis au décodage après Noël CP et en CE1, selon les grands principes du programme PARLER.

L'Académie de Paris a également mis en place depuis la rentrée 2012 une action pédagogique en GSM.

L'étape de diagnostic se base sur l'intervention de l'équipe médicale scolaire de la DASES (Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé, Mairie de Paris) et des professionnels libéraux ou institutionnels du territoire couvert.

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

– en CP, les enfants ayant un des critères de sévérité suivants : trouble du langage oral, moins de quatre syllabes lues ou écrites en janvier, scores de lecture et dictée déficitaires malgré la réponse pédagogique en juin, surtout s'ils sont redoublants ou ont antécédents familiaux de trouble du langage ;

– en CE1, les enfants avec des scores déficitaires en lecture et dictée en octobre ou qui n'évoluent pas assez avec la réponse pédagogique.

Un examen standardisé par la batterie clinique de première intention EDA⁵ est réalisé par le médecin. Les apprentissages de lecture et de dictée sont réalisés en premier, complétés si l'un d'entre eux est déficitaire par les fonctions verbales et non verbales. Une concertation des médecins et psychologues scolaires avec, si nécessaire, l'équipe PSR aide à définir les besoins de l'enfant en évaluations complémentaires et en soins de ville ou institutionnels. Grossièrement, une indication de bilan et soin orthophoniques est portée si les apprentissages en langage écrit restent déficitaires malgré la réponse pédagogique. Les parents sont accompagnés vers la solution la plus adaptée à l'enfant dans les ressources locales de professionnels de ville ou institutionnelles (Centre médico-psycho-pédagogique ou

5. EDA (Ortho édition : Isseberg); OURA (cognisciences : Grenoble www.cognisciences)

6. Timé 2 (ECPA : Paris).



médico-psychologique). À ce stade, l'équipe PSR ne participe pas à la réalisation des bilans diagnostiques sauf dans les situations familiales trop difficiles. Le suivi annuel de l'enfant associé aux avis de ces professionnels, des enseignants et des parents permet de repérer rapidement ceux qui ne progressent pas suffisamment et nécessitent le passage à l'étape suivante.

L'étape d'expertise est réalisée grâce à l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire PSR constituée d'un médecin spécialisé dans les troubles d'apprentissages, d'une neuropsychologue, d'orthophonistes dont une spécialisée en cognition mathématique, d'une ergothérapeute.

L'équipe PSR va établir le diagnostic et le projet thérapeutique, faire le lien, si nécessaire, avec la MDPH et suivre l'évolution de l'enfant en partenariat avec les différents intervenants. Les besoins des enfants sont ainsi assurés au plus près de leurs familles et des professionnels. La synthèse de l'évaluation médicale et des bilans de même que le projet thérapeutique sont adressés aux professionnels de ville ou institutionnels, ainsi qu'aux parents. Le recours aux Centres Référents, engorgés et difficilement accessibles aux populations défavorisées, en est limité.

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

DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

L'évaluation des bénéfices, des obstacles et des limites a été assurée par un médecin en santé publique extérieur à l'équipe à la fin de l'expérience pilote (Husson, 2015). Pour apprécier les bénéfices, les données des enfants suivis sur les trois années ont été analysées et les compétences en lecture et orthographe de tous les enfants repérés en difficultés ont été évaluées en janvier 2014. En voici les grandes lignes.

Les premiers résultats de l'étape pédagogique

En juin 2013, 3160 enfants de CP et CE1 avaient été évalués par les enseignants. En fonction des classes et des années, 15 à 20 % des enfants ont été repérés et entraînés.

Chaque année scolaire, sur les cohortes de plus de 400 enfants de CP, ce dispositif a permis à la moitié des faibles ou très faibles lecteurs en janvier de se normaliser (fig.1). Sur les cohortes de plus de 400 enfants de CE1, un tiers des faibles ou très faibles lecteurs se sont normalisés (fig. 2).

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

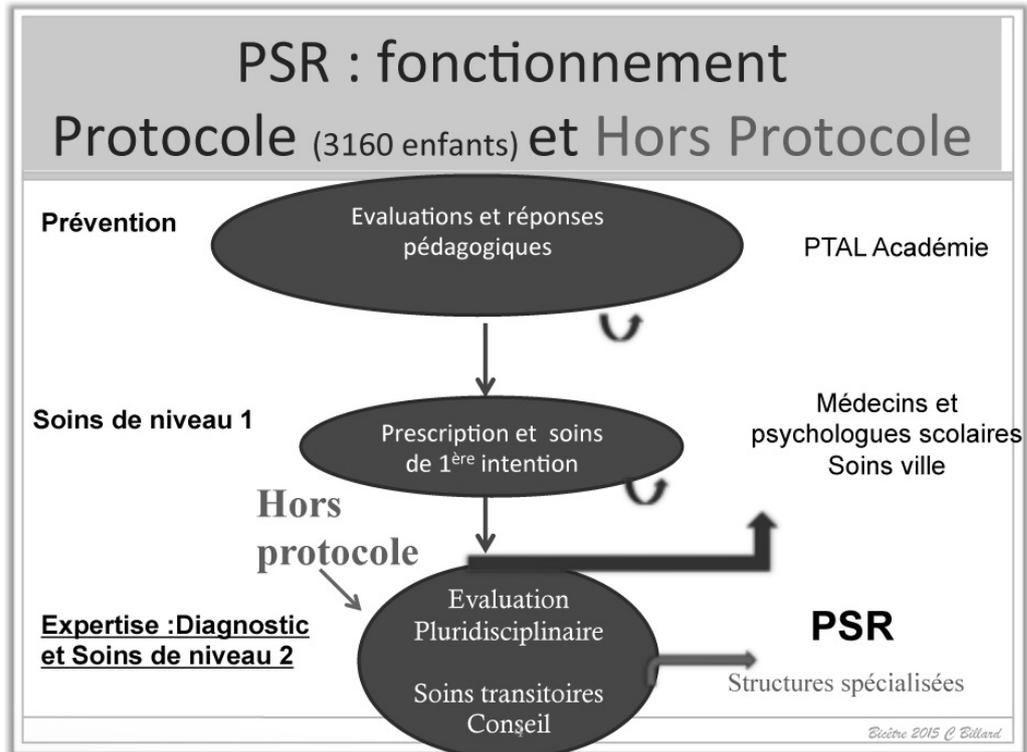


Fig. 1. Organisation du programme Paris Santé Réussite (PSR)

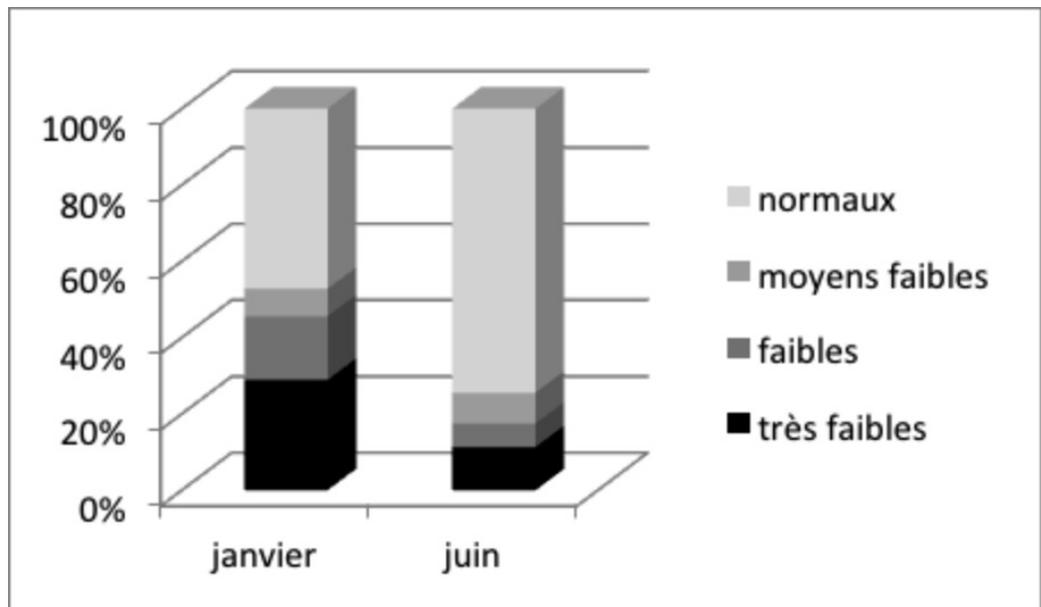


Fig. 2. Évolution de la cohorte des 421 enfants de CP en 2012-13, en comparant leur niveau de lecture au test de l'EDA entre janvier 2012 et début juin 2013.

- % d'enfants avec un score normal
- % d'enfants avec un score moyen faible
- % d'enfants avec un score faible
- % d'enfants avec un score très faible



Aujourd'hui, la seule approche statistique possible des bénéfices spécifiques au dispositif est l'évolution du pourcentage de faibles lecteurs en CE1 qui devrait diminuer au fil des ans dans les écoles concernées. Le résultat le plus convaincant est effectivement cette diminution : le pourcentage de faibles lecteurs en début de CE1 est passé de 32 % en octobre 2011 à 24 % en octobre 2012 (fig. 3). Surtout, cette diminution du pourcentage de faibles lecteurs ne concerne que les enfants qui avaient bénéficié d'entraînements en CP l'année précédente (17,5 %) et non ceux qui n'en avaient pas (27,9 %), la différence étant significative (χ^2 , $p = 0.007$).

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

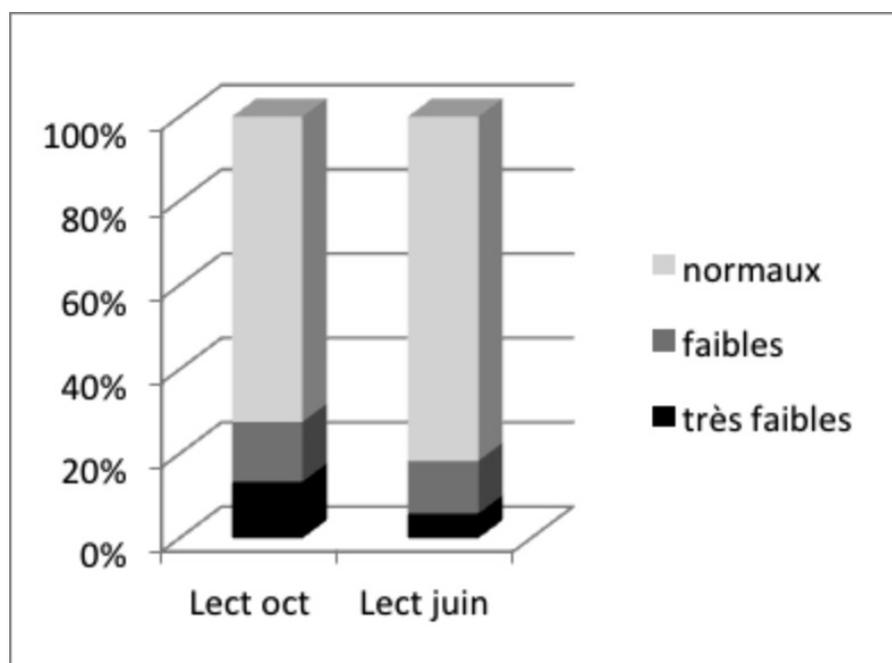


Fig. 3. Évolution de la cohorte des 464 enfants de CE1 en 2012-2013, en comparant leur niveau de lecture au test du Timé2 entre octobre 2012 et début juin 2013.

- % d'enfants avec un score normal
- % d'enfants avec un score faible
- % d'enfants avec un score très faibles

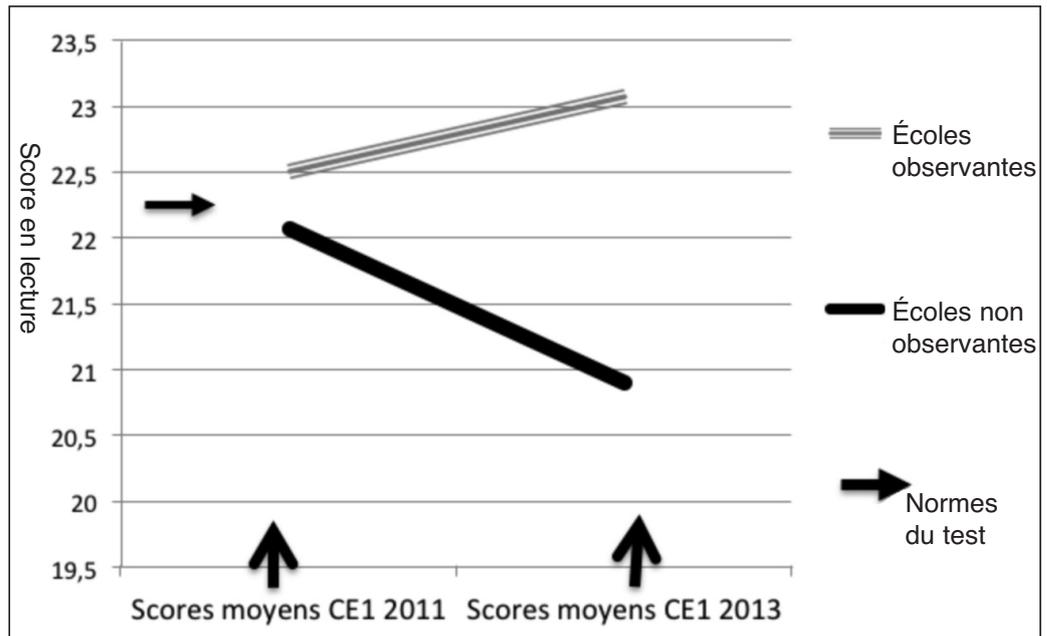


Fig.4. Amélioration du niveau de lecture en CE1 entre 2011 et 2013 par rapport à la norme (flèche noire), dans les écoles où les enfants ont bénéficié de la prévention pédagogique (ligne discontinue), alors que celui des écoles ne l'ayant pas mis en place régresse (ligne noire).

Les étapes diagnostique et experte

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

Un tiers de ces enfants nécessitaient, au vu du profil spécifique de leurs troubles, la mise en place de soins qu'ils n'avaient pas ou une réorientation des soins qui n'étaient pas adaptés. Ces soins ont pu être mis en place pour une très grande majorité, avec, pour 15 enfants, une phase transitoire assurée par l'équipe PSR. L'évolution a montré chez tous, sauf 4 des enfants pathologiques ayant bénéficié de ces deux étapes, une amélioration significative après un an de soins. Parmi les 4 enfants non améliorés, 3 présentaient une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le dernier enfant non amélioré est le seul enfant encore non lecteur en CE2 (Husson, 2015).

28 des enfants examinés dans la phase expertise étaient dans une situation de handicap ayant nécessité une reconnaissance MDPH et/ou une orientation dans les structures spécialisées locales (CRTA, SESSAD, CLISS ou IME Trouble du langage).



PSR AUJOURD'HUI ET DEMAIN

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

Les obstacles et les limites

Chacune des étapes de ce dispositif a rencontré des obstacles, inhérents à l'ambition même du projet, obstacles qui ont entraîné, de fait, des limites. Le lien avec *les parents* n'a pas été optimal pour les familles précaires en difficulté pratique pour se libérer. Ce lien reste à travailler avec les responsables pédagogiques et les ressources de la Réussite Éducative. Le lien avec *les aides aux devoirs* doit aussi être resserré pour cibler les objectifs autour des difficultés des enfants, afin de travailler intensivement et de façon cohérente sur les besoins de chaque enfant.

L'étape préventive a été difficile à mettre en place pour *les enseignants*, particulièrement dans les écoles avec le plus haut taux d'enfants en échec, donc celles dont les enfants en avaient le plus besoin. Leur participation a été variable : dans certaines écoles, seuls les CP, voire une seule classe, participaient au dispositif, limitant ainsi la continuité de l'action pédagogique. La demande des enseignants concerne aussi leur formation, qu'ils souhaitent plus intensive pour acquérir les bases théoriques du dispositif, pour maîtriser les outils d'entraînements et leur utilisation devant la diversité de chaque enfant. Outre les difficultés pratiques à consacrer trois à quatre séances par semaine d'une demi-heure aux groupes entraînés, d'autres réserves formulées par certains enseignants sont à prendre en compte. La difficulté pour eux de mettre en concordance cette activité en petit groupe avec la pédagogie de toute la classe en est une. Leurs réticences à des entraînements systématisés, assez mécaniques (décodage et conscience phonologique), ainsi que de façon générale à l'expérimentation à l'école, réticences relayées par le rapport de l'Inspection Générale⁷, en sont une autre. Le manque de temps pédagogique à consacrer aux difficultés touchant les autres domaines (langage oral, calcul) en est encore une autre. Ceci a amené certaines de ces écoles à abandonner le dispositif. La répartition en moyens humains (nombre d'enseignants) en fonction des pourcentages d'enfants en difficultés est une des conditions *sine qua non* à une réalisation pratique plus fluide. Toutes ces réticences ne sont pas partagées par la partie des enseignants qui, soulignant l'intérêt pour les enfants du dispositif, ont trouvé dans des écoles parfois très défavorisées des moyens ingénieux pour la mise en pratique des entraînements.

L'étape de diagnostic par les *médecins scolaires* a entraîné une surcharge de travail, qui nécessite de revoir leurs missions actuelles en privilégiant leur rôle de ressources pour les enfants repérés par les enseignants et dont les difficultés n'ont pas assez été améliorées par les entraînements. L'absence de possibilité légale de prescription obligeant les familles à avoir ensuite

7. V. Bouysse, G. Pétreault, *Évaluation de la mise en œuvre, du fonctionnement et des résultats des dispositifs « P.A.R.L.E.R » et « R.O.L.L. »*. Rapport de l'Inspection Générale 2012-129. (2012) ; cache.media.education.gouv.fr ; *L'inspection débranche les expérimentations Blanquer*, <http://www.cafepedagogique.net>, 2013.



recours au médecin traitant moins spécialisé pour cette prescription mériterait d'être revue dans les environnements précaires, où les médecins de ville sont peu nombreux et débordés. Là encore, leur participation a été exemplaire, soutenue par les bénéfices observés chez les enfants.

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

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

PSR aujourd'hui est un dispositif pérennisé par la Mairie de Paris. Sa nouvelle équipe met en place le processus en travaillant sur les bases de l'expérimentation. Certaines propositions d'amélioration sont relativement faciles à instaurer, d'autres dépendent plus clairement des directives de nos institutions et sont donc à travailler avec elles. Concernant l'étape préventive pédagogique, la première proposition serait de *systematiser les évaluations et la réponse préventive pédagogique* dans les écoles en incluant tous les enseignants. La réalisation de cette proposition relève évidemment de l'Éducation nationale, à ses différents niveaux. Citons dans le cadre de cette proposition l'action de l'association « Agir pour l'école ⁸ ». Cette systématisation augmenterait le nombre d'enfants bénéficiant de cette phase préventive et permettrait également une réponse plus précoce pour les enfants qui n'en bénéficient pas suffisamment. De fait, reconnus dès la fin de l'année, ils peuvent alors accéder à l'étape suivante de diagnostic et de soins. La seconde proposition est de développer en maternelle *des actions de stimulations langagières* répondant aux critères de la littérature à l'instar du programme « Parler Bambin » (Zorman et coll., 2011). La troisième proposition est de mettre en place en aval

8. « Expérimenter pour vaincre l'échec scolaire », <http://www.agirpourlecole.org/>

d'autres actions préventives en cycle 3 sur la compréhension de lecture, l'orthographe lexicale et grammaticale, et la production de récit. Pour ces deux dernières propositions qui font le lien entre la pédagogie et les soins, un partenariat enseignants/orthophonistes, travaillant en petit groupe ou en individuel, aurait deux intérêts. L'organisation pratique pour les familles serait simplifiée, et plus d'enfants pourraient en bénéficier à un moindre coût économique. Le second intérêt serait d'améliorer les effets des actions, en associant les talents pédagogiques et de gestion du groupe des enseignants, aux connaissances des orthophonistes sur les aspects cognitifs de chaque enfant. La quatrième proposition a démarré cette année avec l'Académie de Paris, grâce à l'équipe actuelle de PSR. Il s'agit, sur le même modèle, d'étendre *le dépistage et la prise en charge aux difficultés en calcul* ; en particulier sur l'acquisition du nombre. Les troubles du calcul existent chez environ 30 % des enfants souffrant de troubles du langage écrit, constituant une double peine préoccupante (Fayol et coll., 2009).

Concernant les soins, la première nécessité est de fixer les critères définissant le passage d'une étape à l'autre. Il s'agit de définir le minimum nécessaire pour une prescription éclairée des soins de première intention, les indications des soins selon les âges-clés et le trouble considéré. Il convient aussi de définir le rythme et le contenu du suivi de l'enfant afin de détecter tôt les enfants avec troubles complexes ou n'évoluant pas suffisamment qui nécessitent un bilan plus spécialisé. Aujourd'hui, pour réaliser la phase de prescription éclairée, il est indispensable de développer la formation des médecins de ville à l'examen de première intention. Du fait des réalités de l'accès à la médecine de ville dans les quartiers défavorisés de Paris, et parce que le dispositif PSR fait partie de la DASES qui comporte aussi un service spécifique de médecins scolaires, ce sont eux qui ont réalisé cette phase. Mais il existe des expériences en province où les médecins de ville, en particulier les pédiatres libéraux, se sont formés pour assumer le rôle de médecin de niveau 1, voire, pour certains d'entre eux, le rôle de médecin expert de niveau 2. Il reste à développer ces expériences, à les étendre aux médecins généralistes et aux pédopsychiatres également très sollicités par les familles.

La qualité des bilans orthophoniques s'est beaucoup améliorée ces dernières années. Il faut encore homogénéiser l'utilisation des outils répondant aux connaissances neuropsychologiques actuelles, en particulier dans certains domaines comme la cognition mathématique. Il reste aussi à définir précisément les axes de rééducation, à en évaluer rigoureusement les bénéfices, ainsi qu'à solliciter des vraies études scientifiques concernant leur évaluation.

Toutes ces propositions ne sont en rien contradictoires avec la prise en compte des troubles associés psychoaffectifs.

Il s'agit, de façon plus générale, de renforcer les liens entre chaque niveau afin d'améliorer la fluidité du parcours des familles.



EN CONCLUSION

Le projet PSR couplé au projet PTAL remplit ses fonctions. La réponse pédagogique en CP, lorsqu'elle est effectuée, fait diminuer le nombre des faibles lecteurs en CE1. L'examen standardisé des médecins scolaires permet de prescrire les évaluations complémentaires et les soins adaptés pour les enfants insuffisamment améliorés par l'étape préventive pédagogique dont le profil des troubles montre leur caractère spécifique. Le lien avec les professionnels de ville et institutionnels permet la mise en place de ces soins pour la majorité des enfants qui en ont besoin. L'étape experte permet les évaluations nécessaires aux cas plus complexes ou sévères pour réorienter les soins et aider aux orientations ou saisine de MDPH lorsque la situation de handicap l'impose. Globalement, le projet permet de faire reculer la fréquence des troubles de la lecture, d'améliorer l'accès aux soins et pallie les difficultés d'évaluations en centre référent, même s'il reste encore à améliorer chacune des étapes, le lien avec les parents et les structures d'aide aux devoirs. Raisonnablement, on ne peut que souhaiter une diffusion de tels projets, assortie d'une évaluation de leurs effets pour en améliorer encore le fonctionnement. Ceci demande au minimum une volonté claire des responsables de l'Éducation nationale pour la généralisation rigoureuse de la phase préventive, puis que les professionnels de la santé respectent les étapes du parcours de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- BILLARD, C. 2016. *Dyslexie et troubles associés, on s'en sort*, Paris, Éditions Tom Pousse.
- BILLARD, C. ; FLUSS, J. ; DUCOT, B. et coll. 2009. « Troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire : facteurs cognitifs, sociaux et comportementaux dans un échantillon de 1062 enfants », *Rev Epidemiol de Santé Publique*, n° 57, p. 191-203.
- BILLARD, C. ; BRICOUT, L. ; DUCOT, B. et coll. 2010. « Évolution de la lecture, compréhension et orthographe en milieu défavorisé : implication des facteurs cognitifs et comportementaux sur le devenir à 3 ans » *Rev Epidemiol de Santé Publique*, n° 58, p. 101-110.
- COLLECTIF, 2007. *Dyslexie, Dysorthographe et Dyscalculie. Bilan des données scientifiques*, Paris, Éditions de l'Inserm.
- COSTE-ZEÏTOUN, D. ; PINTON, F. ; BARONDIOT, C. et coll. 2005. « Évaluation ouverte de l'efficacité de la prise en charge en milieu spécialisé de 31 enfants avec un trouble spécifique sévère du langage oral/écrit », *Revue Neurol*, n° 161, p. 299-310.
- FAYOL, M. ; FLUSS, J. ; SACHET, J. et coll. 2009. « Associations et dissociations en lecture et mathématiques », *ANAE Approche Neuropsychologique des Apprentissages de l'Enfant*, n° 21, p. 145-151.
- HUSSON, M. 2015. *Prise en charge des troubles des apprentissages : évaluation de l'utilité et de l'efficacité de dispositifs intermédiaires en milieu défavorisé à partir d'un projet pilote « Paris Santé Réussite »*, thèse de doctorat en médecine, Université Denis Diderot (Paris VII).
- PETERSON, R.L. ; PENNINGTON, B. F. 2012. « Developmental dyslexia », *The Lancet*, vol. 379, n° 9830, p. 1997-2007, 26 mai 2012.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60198-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60198-6/abstract)
- TORGESSEN, J.K. 2006. « Recent discoveries from research on remedial interventions for children with dyslexia », dans M. Snowling, C. Hulme (sous la direction de), *The Science of Reading : A Handbook*, Oxford, Blackwelle Publishers
- WAKE, M. ; LEVICKIS, P. ; TOBIN, S. et coll. 2012. « Improving outcomes of preschool language delay in the community : protocol for the language for learning randomized controlled trial »,



Un programme progressif de prise en charge...

BMC Pediatrics, n° 12 : 96 doi : 10.1186/1471-2431-12-96

ZORMAN, M. , BRESSOUX, P. 2008. *Parler, Apprendre, Réfléchir, Lire ensemble pour Réussir*.

www.programme.parler.fr

ZORMAN, M. ; DUyme, M. ; KERN et coll. 2011. « "Parler Bambin" un programme de prévention du développement précoce du langage », *ANAE Approche Neuropsychologique des Apprentissages de l'Enfant*, n° 112-113, p. 238-245.

RÉSUMÉ

En 2000 le Plan d'Action Langage, coordonné par J.-C. Ringard et F. Veber au nom des ministères de l'Éducation nationale et de la Santé, a défini les différents troubles spécifiques des apprentissages, fort mal connus en France. Treize ans après ses véritables avancées en termes de recommandations pédagogiques, de soins, de recherche et de lutte contre le handicap, tout n'est pas résolu. L'échec scolaire s'aggrave, les demandes de soins pour les enfants souffrant de troubles des apprentissages et d'évaluations pluridisciplinaires dans les Centres référents sur les troubles des apprentissages (CRTA) ne correspondent plus à l'offre. La mise en place d'un programme transversal de prévention pédagogique, puis de soins par étapes selon la sévérité du trouble et son évolution s'impose. La coordination des réponses pédagogiques et des soins, facteur essentiel d'une meilleure efficacité, doit se développer. L'expérience pilote de Paris Santé Réussite (PSR) est une recherche-action, financée par la ville de Paris, destinée à mettre en place et évaluer en environnement défavorisé ce programme progressif et coordonné adapté aux besoins des enfants. Elle est couplée au projet Prévention des Troubles des Apprentissages de la Lecture (PTAL) mis en place par l'Académie de Paris.

Mots-clés :

Lecture, difficulté scolaire, trouble des apprentissages, parcours de soins, pluridisciplinarité, enfant.

SUMMARY

Program for progressive treatment of learning difficulties: pilot experiment, Paris Health and Success

Thirteen years after the Plan of Action and its real progress, not everything has been resolved. Failure in school is getting worse, and requests for the treatment of children with learning difficulties and multidisciplinary assessment in Referral Centres for Learning Difficulties (CRTA) are no longer in tune with the offer. Putting in place a cross-cutting prevention program for school, then staged treatment depending on the gravity of the disorder and its evolution, is required. The coordination of learning responses and treatment, which is a factor for a better efficiency, must be developed. The pilot experiment of Paris Health and Success (PSR) is a research and action program financed by the city of Paris and aimed at developing and assessing in a disadvantaged environment the progressive and coordinated program adapted to the needs of the children. It is coupled with the project 'Prevention of Learning and Reading Difficulties' put in place by the State Education Academy for Paris schools.

Key words :

Reading, difficulties at school, learning difficulties, treatment process, multidisciplinary, child.