



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : 2 juillet 2002

**LES TROUBLES DU COMPORTEMENT
CHEZ LES ENFANTS DE 6 à 12 ANS :
étude des difficultés rencontrées lors
de la prise en charge de ces élèves**

Christine LAFITTE

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LA SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT	5
1.1 Classification.....	6
1.2 Syndromes et pathologies.....	7
1.2.1 Hyperactivité, hyperkinésie, instabilité psychomotrice, trouble déficitaire de l'attention.....	7
1.2.2 Troubles oppositionnels avec provocation et troubles de la conduite	8
1.2.3 Les enfants caractériels, difficiles, agressifs et les autres.....	9
1.2.4 Causes et conséquences des troubles du comportement	10
1.3 Articulation entre partenaires et projets.....	12
1.4 Représentation et stigmatisation	15
2 - L'INTÉGRATION	15
2.1 Le cadre légal.....	15
2.2 Dispositifs d'aide pour les enfants en difficulté en Seine Saint Denis.....	18
3 - RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	19
3.1 Hypothèses.....	20
3.2 Public cible de l'étude.....	20
3.3 Méthode	20
3.4 Résultats	22
3.4.1 Importance et reconnaissance de ce trouble par le service de santé scolaire données statistiques	22
3.4.2 Résultats des entretiens	25
4 - ANALYSE	38
4.1 Première Hypothèse : difficulté à poser un diagnostic.....	38
4.2 Deuxième Hypothèse : difficulté du travail en partenariat.....	40
4.3 Troisième hypothèse : attitude non coopérante des parents.....	41
4.4 Quatrième Hypothèse : réaction des enfants présentant ce trouble.....	42
4.5 Cinquième Hypothèse : difficulté de repérage	43

5 - PROPOSITIONS.....	46
5.1 Prévention	46
5.2 Formation.....	47
5.3 Collaboration.....	47
5.4 Guidance parentale et conseils aux enseignants.....	48
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	58

à Marine, Geoffrey et Olivier

« S'il est facile d'établir par un examen d'instruction l'état d'arriération d'un enfant, la difficulté est au contraire très grande d'établir son état d'instabilité. Cette instabilité se manifeste par les actions d'indiscipline, l'absence d'attention, le mensonge, la méchanceté, la violence, la brutalité, etc. »

(extrait de Binet et Simon, 1907)

Liste des sigles utilisés

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CCPE : Commission de Circonscription pour l'enseignement Pré élémentaire et
Élémentaire

CLIS : Classe d'Intégration Scolaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

EN : Éducation Nationale

IEN : Inspecteur de l'Éducation Nationale

MEN : Médecin de l'Éducation Nationale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté

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

INTRODUCTION

Nommée Médecin de l'Éducation Nationale en Seine Saint Denis, je suis affectée à la commune de Noisy Le Sec. Très vite je suis confrontée à la prise en charge d'enfants en grande difficulté: enfance en danger, échec scolaire massif résultant de causes multiples. Ces situations sont complexes. Dans la plupart des cas, des aides spécifiques sont apportées et des projets peuvent être élaborés. Pourtant, pour l'une de ces situations, aucune solution satisfaisante ne sera proposée : je suis conviée en "urgence" à une réunion de synthèse où le cas d'un enfant est exposé par le directeur. Il s'agit d'un garçon scolarisé en classe de CE1 qui, d'après l'équipe éducative, présente des "troubles du comportement" perturbant toute la vie de la classe. La demande de l'équipe éducative est claire : trouver rapidement une solution afin que cet élève bruyant et gêneur reprenne un comportement normal.

Cette demande n'est pas isolée ; les Médecins de l'Éducation Nationale (mEN) sont fortement sollicités dans le département de la Seine-Saint-Denis pour la prise en charge de ces enfants et ils sont très démunis pour apporter une réponse adéquate à cette demande institutionnelle. C'est pourquoi j'ai choisi de travailler sur les troubles du comportement dans le cadre de ce mémoire professionnel.

En 1882, l'école laïque ouvre ses portes à tous les enfants, la scolarisation est gratuite et obligatoire. L'école est une institution centrale de l'État républicain. Elle a pour but de former la nouvelle génération, de nouveaux citoyens [40]. A cette époque, selon Binet et Simon, deux catégories d'élèves ne s'adaptent pas au cadre scolaire qui leur est proposé : on les appelle les "arriérés" et les "instables." [5]

En 1909, une loi est promulguée, créant l'enseignement spécialisé. Dès lors, l'Éducation Nationale n'aura de cesse d'essayer d'accueillir et d'intégrer les enfants malades ou en difficulté. En parallèle les œuvres charitables et les équipes médicales inventent elles aussi des structures permettant la prise en charge des jeunes qui ne peuvent s'intégrer au système scolaire classique.

Les priorités retenues par l'Instruction Publique puis par l'Éducation Nationale sont variables en fonction des circonstances socio-économiques (guerre, malnutrition) et de l'incidence de certains problèmes de santé (ex : tuberculose).

"Depuis la deuxième guerre mondiale, ce sont les dissociations familiales, les troubles caractériels et la délinquance qui ont conduit l'Éducation Nationale à répondre à l'urgence de l'inadaptation sociale." [18]

Notre étude concerne les enfants âgés de 6 à 12 ans ; cette période correspond, dans le processus de développement, à la phase de latence située entre l'étape œdipienne et l'adolescence. Les différentes phases de développement psychologique et physique permettent à l'enfant de devenir un adulte. L'influence du milieu familial, de l'environnement social et culturel est majeur au cours de ce processus. L'organisation scolaire accompagne le développement de l'enfant [40]. L'école élémentaire devrait permettre à l'élève à la fois de s'instruire et de s'épanouir. Mais le système scolaire est développé de telle façon que l'école s'impose à chacun des élèves quelles que soient leurs différences de caractère, de maturité et d'environnement socio-culturel. Toutefois la capacité à apprendre s'inscrit dans un bon développement de la personnalité. Un enfant qui présente une souffrance psychique ne pourra pas bénéficier pleinement de sa scolarité.

Plusieurs constats sont faits :

- Pour les enfants scolarisés en école élémentaire, un symptôme préoccupe plus particulièrement les parents et les enseignants : il s'agit de l'agitation. Le terme le plus fréquemment employé par les professionnels qui côtoient ces enfants est Trouble du comportement (TC).

- Ces TC sont aussi l'un des motifs les plus fréquents de consultation en pédopsychiatrie [49]. Pourtant le recours au spécialiste ne se fait pas toujours en première intention et les médecins de famille (pédiatre, généraliste) sont aussi très sollicités dans ces circonstances [24].

Le nombre d'enfants atteints de TC semble important. Selon le rapport de l'OMS, 10 à 20% des enfants présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement [44]. Une étude canadienne en 92 évaluait que sur l'ensemble des jeunes recevant des soins dans le domaine de la santé mentale, la moitié étaient étiquetés "agressifs" ou "antisociaux." [58] En 97, les enfants avec troubles du caractère et du comportement représentaient 15,75% des enfants franciliens handicapés¹.

¹ «étude sur les enfants et adolescents handicapés en Ile de France» de mai 97 du service statistique de la DRASS-IF et du C.R.E.A.I. d'Ile de France.

Sur le secteur et dans le département, les TC représentent une proportion non négligeable des examens à la demande réalisés par le mEN (9% sur le département en 2000-2001, en quatrième rang après les difficultés scolaires (32,3%), les problèmes de santé (24,4%) et la catégorie "autres").

- Dans la plupart des cas, en tant que mEN, nous intervenons alors qu'il existe une situation de conflit : conflit de l'enfant avec ses parents, ses enseignants et ses pairs, conflit des parents avec l'école.

- Des solutions pour aider ces enfants sont difficiles à élaborer.

- Enfin, le mEN rencontre de grandes difficultés pour repérer ces enfants.

Alors que le rôle du Médecin de l'Éducation Nationale est de favoriser l'intégration d'un élève en difficulté, face à ces jeunes et à l'institution, nous ne parvenons pas à remplir notre mission. A propos de ces enfants que l'on surnomme parfois les "incassables", une réflexion, des échanges, des études sont nécessaires [10].

Je me propose d'étudier la nature des difficultés que rencontre le mEN lors de la prise en charge de ces enfants.

J'avance les hypothèses suivantes qui nous permettront peut-être de comprendre pourquoi le mEN est en difficulté. Il s'agit :

- de la difficulté d'établir un diagnostic et de reconnaître l'existence de ce trouble par le mEN.

Rarement un diagnostic est posé. Les troubles du comportement ne correspondent pas toujours à une pathologie psychiatrique ; il peut s'agir de troubles psychiques réactionnels. Ces enfants sont parfois dits "caractériels."

- des conditions difficiles de travail en partenariat.

L'appréciation des symptômes diffère suivant les interlocuteurs : parents - équipe éducative - mEN - pédopsychiatre. Le travail en partenariat en vue de l'intégration et de l'orientation de ces enfants est alors compliqué.

- de l'attitude des parents de ces enfants.

La famille ne comprend pas facilement que l'on peut lui apporter une aide. La crainte des parents est que l'on médicalise les troubles de leur enfant et que l'on remette en cause leur mode éducatif.

- des réactions des enfants présentant ce trouble.

L'enfant se sent rejeté par tous. Il ne peut s'adapter à l'environnement scolaire. Il présente des troubles de l'apprentissage.

- du repérage compliqué de ces élèves.

L'intervention du mEN est souvent trop tardive du fait de la tolérance de l'équipe éducative. De plus, le parcours scolaire de ces enfants est chaotique : ils changent fréquemment d'école ce qui entraîne des difficultés de repérage de ces élèves.

Les TC font l'objet d'une bibliographie abondante. Dans un premier temps, au travers d'une revue de la littérature sur le sujet, j'aborderai la classification et la définition des TC, les causes et les conséquences de ces troubles. J'évoquerai également dans ce cadre les projets proposés pour répondre à la difficulté de scolarisation de ces élèves. Je ferai ensuite un bref rappel du cadre législatif qui permet l'intégration de ces enfants, ainsi que des dispositifs de soutien pour ces enfants existant dans notre département.

Puis l'étude proprement dite sera présentée : des entretiens et le recueil de données statistiques vont me permettre de vérifier les hypothèses que j'ai retenues ; à l'issue de l'analyse de ces résultats, des propositions seront faites afin d'aider le mEN.

1 - LA SANTE MENTALE ET LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT

Deux rapports récents (du Haut Comité de Santé Publique (HCSP), 1997² et de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2001 [44]) soulignent la nécessité d'être vigilants vis à vis de la santé mentale des enfants et des adolescents. D'après le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, contrairement à une idée répandue, les troubles mentaux et du comportement sont courants pendant l'enfance et l'adolescence. Malheureusement, c'est un aspect négligé de la santé mentale. Le directeur des services de santé des États-Unis d'Amérique parle à ce propos de crise de santé publique. D'après ce rapport "un jeune américain sur dix souffre d'une maladie mentale suffisamment grave pour constituer une forme quelconque de handicap et, pourtant, moins d'un malade sur cinq est correctement soigné."

Le rapport du HCSP propose de "mettre l'accent d'une part sur l'aide au développement de la personnalité et à la socialisation, et d'autre part sur l'aide aux enfants en difficulté psycho-affective. Il conviendrait de développer plus largement les dispositifs intégrés d'aide et de prise en charge pour les troubles des conduites et les conduites à risque."

Ces rapports nous incitent, en tant que professionnel de santé, à nous intéresser à ces problèmes.

Nous passerons d'abord en revue les différentes classifications médicales qui incluent les TC. Nous aborderons ensuite les différents syndromes ou pathologies qui comportent des TC puis les articulations qui existent entre les différents professionnels ayant ces enfants en charge. Enfin, nous évoquerons quelques projets qui permettent à ces élèves de poursuivre leur scolarisation.

² Rapport du Haut Comité de Santé Publique, du Professeur Joël Ménard

1.1 CLASSIFICATION

Plusieurs classifications sont disponibles, qui devraient nous permettre d'accéder plus facilement à un diagnostic (reconnaître et identifier une pathologie à l'aide de différents critères) afin de développer une prise en charge adéquate.

Dans les classifications du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) [16] et de la classification internationale des maladies-10^{ième} révision (CIM-10) [16], plus spécialement conçues à l'usage des psychiatres, un chapitre est consacré aux troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance (cf. annexe 2) : une section du DSM-IV est intitulée "Déficit de l'attention et comportement perturbateur." On y recense quatre catégories de troubles :

- Déficit de l'attention / hyperactivité
- Troubles de conduite
- Troubles oppositionnels avec provocation
- Troubles explosifs intermittents (rare et surtout décrit chez l'adulte) [49].

L'inhibition et le mutisme chez l'enfant sont cités dans une autre section dont le titre est "autres troubles." Ces diagnostics trouvent leur correspondance dans la CIM-10.

Dans une troisième classification, la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, un chapitre est intitulé : "troubles des conduites et du comportement." Il inclut les troubles hyperkinétiques et les troubles des conduites (cf annexe 2).

Il faut toutefois rester prudent et ne pas avancer un diagnostic trop rapidement. Chez de nombreux enfants, des symptômes tels que l'agitation, l'agressivité, la colère, l'inhibition sont présents mais ces symptômes peuvent être isolés, transitoires, réactionnels à un événement, correspondant à une phase normale de maturation chez l'enfant ou être en relation avec un mode d'éducation trop laxiste ou trop rigide [49]. Il faut bien sûr prendre en considération le tempérament propre de l'enfant qui peut être plus ou moins affirmé sans toutefois correspondre à une pathologie. Face à un jeune présentant de tels troubles, il faut savoir éliminer un trouble mental ; en effet certains de ces troubles peuvent être associés à un retard mental, à un trouble des mouvements stéréotypés, ou à un trouble envahissant du développement (autisme, ...), [17]. L'autisme, par exemple, est une pathologie diagnostiquée

dans la petite enfance, mais la scolarisation révèle encore parfois de manière dramatique la maladie de l'enfant [49].

La prise en charge de ces différentes pathologies est très variable suivant le diagnostic avancé.

Par ailleurs, les troubles du comportement sont aussi considérés comme un handicap.

L'arrêté du 09-01-89 a fixé la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages. Parmi les déficiences répertoriées, l'une de ces catégories est nommée trouble du comportement, la scolarité anormale en traduit le désavantage (cf annexe 2).

On remarque déjà que les troubles du comportement ne correspondent pas à un seul diagnostic, mais s'intègrent à de nombreux troubles mentaux, et d'autre part qu'ils ne sont pas forcément pathologiques. Dans les parties suivantes, nous allons détailler les principales pathologies associées à des troubles du comportement survenant chez des enfants entre 6 et 12 ans.

1.2 SYNDROMES ET PATHOLOGIES

1.2.1 Hyperactivité, hyperkinésie, instabilité psychomotrice, trouble déficitaire de l'attention.

L'étude de ce type de trouble a commencé avec Bourneville en 1897 : il décrit pour la première fois une instabilité dans une population d' "arriérés", mais c'est en 1905 que Paul-Boncour et Philippe observent des "écoliers agités et difficiles alors que ces enfants ne sont ni arriérés, hystériques, turbulents ou épileptiques." [21] Au cours du XXIème siècle, ce sujet est abordé par de nombreux auteurs, une importante bibliographie nord américaine, et française dans une moindre mesure est à notre disposition. Une polémique existe autour de ce syndrome : désaccord au niveau du diagnostic, de l'éthiopathogénie, de la thérapeutique et par là même de l'existence de ce syndrome [2]. Le déficit de l'attention / hyperactivité est estimé entre 3 et 5% chez les enfants d'âge scolaire avec un sex-ratio de 4/1 ou de 9/1 en faveur des garçons [16].

Trois symptômes sont recherchés : hyperactivité, impulsivité, déficit de l'attention. Le diagnostic doit être posé avec soin. Le recueil des observations des personnes qui côtoient l'enfant est une étape indispensable. Un examen approfondi est également entrepris : évaluation des capacités intellectuelles, bilan orthophonique, examen psychomoteur, bilan

neurosensoriel, évaluation neuropsychologique [26]. Il existe fréquemment une comorbidité (troubles de l'apprentissage, troubles des conduites, trouble oppositionnel, troubles anxieux, troubles de l'humeur, maladie de Gilles de la Tourette) [53]. De plus, tout diagnostic différentiel doit être éliminé. La prise en charge multiple avec à la fois une aide éducative, pédagogique, rééducative, une approche psychothérapeutique, l'utilisation de psychotropes est discutée devant chaque cas. La prescription de Ritaline® entraîne toujours de vives polémiques. Deux familles en Californie (États-Unis) ont intenté un procès à l'encontre d'un laboratoire et l'accusent d'avoir "fabriqué" une maladie afin de commercialiser un médicament [12].

1.2.2 Troubles oppositionnels avec provocation et troubles de la conduite

Les troubles oppositionnels sont fréquents chez les enfants scolarisés en maternelle. Ils font partie du développement normal de l'enfant s'ils sont transitoires [37]. En effet, au cours du processus de développement, chaque enfant peut présenter des troubles du comportement. Ces troubles peuvent correspondre à une phase normale de maturation, ils sont dans ces cas transitoires et participent à la construction de la personnalité de l'enfant. On ne parle de pathologie que lorsque ces troubles diffèrent de la normale ou lorsqu'ils surviennent en dehors des périodes habituelles de crise. Ils sont inquiétants lorsqu'ils apparaissent pendant la phase de latence. Ils touchent préférentiellement les garçons. La prévalence est de 2 à 16%. [16]. Il s'agit d'enfants désobéissants, provocateurs, faisant des colères, contestant les ordres et développant une opposition active aux ordres, ne se pliant pas aux règles des adultes, agressifs verbalement. Ces troubles débutent généralement avant huit ans et il est important de les dépister car ils peuvent être à l'origine d'un trouble des conduites ou d'un trouble dépressif [49]. "Longtemps, ce trouble a été considéré comme une forme mineure du trouble des conduites" [22] mais actuellement on les considère comme deux entités cliniques différentes.

Les troubles de la conduite incluent les agressivités physiques, les destructions de biens matériels (vandalisme à l'école), les vols et fraudes, les violations de règles établies [16]. Chez le jeune enfant, il se manifeste le plus souvent par des colères [22]. La prévalence de ce trouble est difficile à estimer. Elle semble augmenter. Chez les garçons elle serait de 6 à 16%, et de 2 à 9% chez les filles [16].

L'évolution de ce trouble peut être grave. Les sujets développant ce type de trouble pendant l'enfance ont davantage de risques d'avoir un trouble des conduites persistant et de

développer une personnalité antisociale [49]. On constate qu'ils peuvent évoluer vers la psychopathie à l'âge adulte [3]. De plus, lorsqu'ils sont associés à l'hyperactivité, ils évoluent vers des comportements antisociaux plus sérieux [22].

On retrouve dans ces deux troubles une étiologie plurifactorielle : difficultés socio-économiques, éducation parentale trop laxiste ou trop rigide, conflits parentaux, conduites antisociales au sein de la famille plus fréquemment retrouvées [22].

1.2.3 Les enfants caractériels, difficiles, agressifs et les autres.

L'hypothèse d'un diagnostic médical ne peut pas être avancée pour tous les cas.

Une terminologie abondante est retrouvée dans la littérature pour décrire ou catégoriser ces enfants :

- "Les enfants difficiles...", Michel Lemay et Maurice Capul (de l'éducation spécialisée, 1996, Erès) préfèrent cette appellation générique aux étiquetages commodes mais tendancieux des nomenclatures (troubles du caractère et du comportement, enfants en danger ou délinquants)." [9] Dans les années quarante, un livre de la collection "Que sais-je ?" aborde le thème suivant : "L'Éducation des enfants difficiles". L'auteur, un psychiatre, se pose la question : "Jugeons-nous d'un enfant difficile sur ses actes, sur son intelligence, sur son caractère, sur son humeur ? (...) Nous avons donc sous nos yeux des "actes" ou des séries d'actes, ou comme l'on dit aujourd'hui, des "comportements." » [46]. A cinquante ans d'intervalle, on attache toujours une importance au choix des termes.

- Mazet note l'usage abusif des expressions "troubles du caractère", "enfant caractériel" ; "ce sont par des perturbations de comportement que se traduisent les troubles dits caractériels." Ces jeunes sont dits : difficiles, indisciplinés, inadaptés, coléreux, agressifs à l'égard des autres enfants, présentant un comportement anormal ou pathologique [36].

- Le terme agressivité revient fréquemment (on en distingue deux formes : proactives survenant sans provocation, et rétroactives faisant suite à un stimulus). On remarque que pour les enfants jeunes, le terme violence, est peu utilisé. On a l'impression qu'il est plutôt réservé à la tranche d'âge correspondant à l'adolescence. De nombreuses études montrent que l'agression dirigée vers les pairs débouche sur un rejet par le groupe [58] [42] [6].

- Selon certains psychiatres (pédopsychiatres), on distingue six grands TC tels que comportement agressif (violence, colère, opposition), mensonge, vol, fugue, comportement sexuel, comportement pervers [23].

- Pour d'autres psychiatres, le trouble de caractère ou cas social sont des termes qui sont employés pour en éviter d'autres tels que psychopathes (enfant délinquant, caractériel, sociopathe) [3].

- Les TC sont catégorisés aussi en immaturité, inhibition, instabilité, troubles du caractère et manifestations pathologiques [57].

Lors de l'évaluation, la personnalité de l'enfant et l'environnement sont toujours pris en compte [37].

1.2.4 Causes et conséquences des troubles du comportement

Il ressort dans tous les cas que ces enfants cumulent, quelle que soit leur dénomination, des difficultés scolaires, sociales ou psychologiques.

En effet les TC sont très souvent associés aux difficultés scolaires. L'agitation entrave le bon déroulement de la scolarité et peut avoir des conséquences non négligeables dans la vie future de l'enfant concerné. L'élève n'est plus considéré comme paresseux ; dans ce cas, le médecin traitant est parfois sollicité, l'éventualité d'une maladie est envisagée. Les parents sont demandeurs d'un traitement médicamenteux [56].

La situation est complexe : on ne sait pas si les TC sont une conséquence de l'échec scolaire ou s'ils en sont l'une des causes. Dans le cas de l'hyperactivité, la comorbidité à type de troubles des apprentissages est systématiquement recherchée [53]. Au Canada, une étude montre que "l'agressivité présage des décrochages scolaires." [58] Mais on ne peut retrouver avec certitude des liens de causalité. L'échec scolaire est préoccupant. Par ailleurs, il ne faut pas oublier les enfants surdoués qui peuvent développer une personnalité antisociale à type de troubles des conduites, de comportements violents vis-à-vis des pairs, de refus de l'autorité et des règles de base [29].

Les TC peuvent malheureusement évoluer vers des problèmes de délinquance à l'adolescence (altercation avec la police) [58].

Les causes du TC de l'enfant ne sont pas connues. "Les facteurs prédisposants sont multiples, complexes et c'est leur interaction qui conduit à la survenue du trouble. Le poids de ces différents facteurs (tempérament de l'enfant, facteurs psychosociaux, vulnérabilité génétique, anomalies biologiques) est variable selon le type de trouble et selon chaque cas [49]".

Ces perturbations de comportement conduisent la plupart de ces jeunes vers une consultation psychiatrique. Un bilan soigneux, la recherche d'une comorbidité et d'un diagnostic différentiel sont alors réalisés.

1.3 ARTICULATION ENTRE PARTENAIRES ET PROJETS

"Si l'acte d'enseigner est toujours un acte difficile, il l'est encore plus lorsque les sujets auxquels ils s'adressent sont des sujets blessés." [10] Les enseignants confrontés à ces enfants doivent être aidés et informés. Le repérage de ces troubles est souvent réalisé par les enseignants de façon plus précise s'ils ont une meilleure compréhension du problème [27]. La plupart des études réalisées depuis soixante dix ans confirment les "différences de jugement entre les enseignants et les cliniciens sur les troubles des enfants en âge scolaire." Les enseignants sont préoccupés par les attitudes provocatrices alors que les médecins sont plus attentifs aux problèmes émotionnels. Cette divergence a des répercussions sur le travail de prévention secondaire réalisé auprès des élèves [1]. Le milieu scolaire joue fréquemment le rôle de révélateur de ces troubles [49] [15].

La prévention primaire avec un dépistage de ces enfants dès la maternelle ou même avant trois ans ("des interventions plus précoces supposent un dépistage des enfants à risque au cours de la grossesse ou dans les quelques mois qui suivent la naissance" [55]) permettrait une meilleure prise en charge. Claude de Tychev affirme : "la prévention primaire est la seule prévention authentique." [59] Il est démontré en effet que les enfants de 4 à 12 ans bénéficient davantage d'une psychothérapie que les adolescents de 12 à 18 ans [7].

Hors de l'institution scolaire, une enquête [24] démontre que le pédiatre ou le médecin traitant est dans 42,3% des cas le premier interlocuteur d'une famille avec un enfant en difficulté. Ce contact permet une appréciation globale du jeune [56]. On attribue aussi un nouveau rôle au pédiatre : "la responsabilité sociale dans la prévention des futurs comportements de la violence sociale." Très précocement, le pédiatre devrait être capable de repérer les TC et de soutenir les parents et les enfants sur un plan éducatif [50].

Une fois les TC repérés, une réunion de synthèse est importante : l'ensemble des professionnels concernés par la situation de l'enfant et les parents y participent. Elle permet l'évaluation de la situation, la confrontation d'opinion. La présence et l'implication des parents sont requises à tous les niveaux [40].

On insiste sur le travail en collaboration, mais ce travail ne semblerait pas fructueux dans tous les cas. Il pourrait s'agir "d'une apparence de collaboration dans les synthèses entre divers spécialistes plutôt que d'un réel travail commun constructif." [18]

On remarque par ailleurs que le rôle du mEN n'est que très rarement décrit. Certains psychologues scolaires n'ont qu'une vision négative de notre fonction dans ce cadre et n'évoquent donc pas la possibilité d'un partenariat [40]. J.M. Lesain Delebarre propose une explication "la faiblesse du statut ou l'ampleur des tâches (...) du médecin scolaire est souvent relevée comme étant un frein majeur à la conduite des politiques d'intégration". [10]

Nous allons détailler **quelques projets** permettant à ces élèves de poursuivre un cursus scolaire.

Il existe un consensus quant à la nécessité de demander un avis pédopsychiatrique. Selon une étude, les difficultés de comportement, de caractère ou de discipline, représentent 26% des motifs de contact avec les spécialistes de santé mentale [25]. Un suivi ambulatoire à l'issue de cette consultation est parfois suffisant. Dans d'autres cas, ces élèves semblent exclus de tout dispositif d'accueil : la structure normale d'une classe ne permet pas de les encadrer, les classes d'intégration scolaire (CLIS) sont inadaptées pour répondre à leur problème, les Instituts de Rééducation (IR) manquent de place et ne correspondent pas forcément au profil de ces jeunes, les établissements médico-éducatifs ne reçoivent pas ce type de population. Dans son mémoire, un inspecteur des affaires sanitaires et sociales, souhaiterait la création de classes d'intégration scolaire plus adaptées et une collaboration renforcée Éducation Nationale/Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales permettant la création de services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) spécifiques des TC [41].

D'autres psychiatres proposent l'hypothèse de classe à petit effectif [15].

Des psychologues scolaires ont réalisé des travaux de groupe de parole dans la classe où certains élèves posaient des difficultés de comportement et ont obtenu un résultat satisfaisant dans ce cas ; en parallèle ils avaient mis en place un groupe de réflexion avec les enseignants. Toute tentative de soutien de ces enfants n'est pas toujours aussi probante [13]. En effet, il s'agit d'une "population transversale à tous les secteurs d'accueil, d'aide et de soins." Ces enfants peuvent à la fois relever de la commission départementale et de l'éducation spéciale (CDES) , de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Justice. Michel Defrance suggère que la multidisciplinarité de la CDES s'étende (ASE, justice, intersecteur de pédopsychiatrie), la CDES serait centralisatrice et éviterait peut-être à ces enfants d'être ballottés, alors qu'il faut favoriser une stabilité [10].

Dans un registre un peu différent, les divers modes de prise en charge proposés à des enfants psychopathes démontrent la complexité du choix pour l'une ou plusieurs des mesures possibles : maintien en milieu naturel, éducation en milieu ouvert, mise en observation, placement en internat, séjour en hôpital de jour, accompagnement d'une psychothérapie [3].

Outre-Atlantique les modes d'accompagnement de ces enfants sont dans l'ensemble similaires : traitement médicamenteux, mesures psychoéducatives, classes à petit effectif, présence d'un accompagnateur au sein de la classe. Une différence existe : au Canada, les centres de jour accueillent les jeunes avec des troubles de la conduite ou présentant une hyperactivité. En France cette population ne relève pas d'un hôpital de jour [52].

Je citerai pour terminer deux expériences nord-américaines :

- la clinique dans l'école : il s'agit de la présence dans une école d'une équipe médico-pédagogique intervenant quand un élève souffre de désordres psychosociaux. Des succès et des échecs ont jalonné cette expérience en raison de divergences d'opinion trop importantes entre l'équipe médicale et les enseignants [47].

- Les PICC (programme d'intervention cognitive comportementale) [35]. Ces techniques sont très utilisées aux USA auprès d'élèves manifestant des TC. Ces PICC comportent les éléments suivants :

- *contrat et objectifs individualisés*
- *renforcement social et systèmes de contingences*
- *modelage*
- *autocontrôle*
- *jeux de rôle et simulation.*

De multiples études ont été conduites à propos de ces programmes et les résultats sont "prometteurs ou mitigés". Dans notre pays, peu de projets novateurs semblent exister.

Pourtant l'originalité et la nouveauté sont requises quant à l'approche de ces enfants.

1.4 REPRESENTATION ET STIGMATISATION

Ces enfants "ingérables", suivant les commentaires des enseignants, suscitent des réactions négatives de la part de l'entourage proche : ces réactions provoquent l'entrée de ces jeunes dans un cercle vicieux avec pour conséquence l'augmentation de l'intensité de leur trouble et le renforcement de la mauvaise estime de soi (image renvoyée par autrui) [50]. Des étiquetages sont fréquents, par exemple "enfant caractériel" , l'enfant a alors du mal à sortir de cette catégorisation. Ainsi les enseignants sont inquiets à l'idée de travailler avec de tels enfants et la réussite de leur scolarisation est très aléatoire en partie du fait de ces représentations. A l'issue d'un travail de réflexion, des professeurs des écoles ont remarqué que leur représentation de ces enfants avait changé : de l'image d'agressivité, ils étaient passés à celle de la souffrance [13].

La stigmatisation doit être évitée car elle renforce la marginalisation.

Les TC chez l'enfant font donc l'objet d'une bibliographie abondante : dès la fin du XIXème siècle des médecins ont abordé ce sujet [5], qui reste aujourd'hui très polémique quant à la reconnaissance même du trouble. Que peut-on inclure dans le terme TC ? S'agit-il d'une pathologie ? Ces questions sont toujours d'actualité.

Néanmoins, ces enfants sont scolarisés et nécessitent le plus souvent une intégration. Dans le chapitre suivant, nous allons préciser le cadre législatif qui sous-tend l'intégration et recenser sur le département les différents dispositifs qui permettent l'accueil de ces enfants.

2 - L'INTEGRATION

2.1 LE CADRE LEGAL

Avec l'accès à l'école publique pour tous les enfants, la notion de norme existe forcément ; les enfants doivent être capables d'être admis dans une classe en fonction de leur âge et de suivre un programme défini. Si les élèves s'écartent de cette norme, la stigmatisation et le rejet des élèves par le système peut survenir. Dès le début du XXIème siècle, des aides aux élèves en difficulté ont été proposées (création des classes de perfectionnement en 1909). Mais c'est surtout depuis les années soixante-dix que des lois et des circulaires ont permis

l'intégration des enfants handicapés dans le système scolaire. Ainsi un jeune en difficulté peut bénéficier d'une scolarité malgré ses différences.

- la loi du 30 juin 1975 précise clairement dans l'article 1 le droit à l'éducation et à la formation pour les personnes handicapées. L'article 4 du chapitre premier explicite : " Les enfants et adolescents sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant, soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction de besoins particuliers de chacun d'eux... "

- Dans l'article premier de la loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989, il est dit que "l'éducation est la première priorité nationale... le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et de continuer de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté, (...) l'intégration scolaire des jeunes handicapés est favorisée. Les établissements et services de soins et de santé y participent".

Les articles L.111.1 et L.111.2 du code de l'éducation viennent renforcer cette idée ; le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves, il contribue à l'égalité des chances par le respect et la prise en compte des différences³.

Progressivement des circulaires viennent compléter ces textes. Elles définissent les grandes lignes de la politique d'intégration et les conditions techniques permettant l'intégration d'un élève présentant un handicap.

Il existe quatre grands secteurs de l'éducation spécialisée pour les jeunes handicapés ou en difficultés scolaires :

- Dans l'Éducation Nationale, il s'agit du secteur de l'adaptation et de l'intégration scolaire qui est réalisée à temps plein ou partiel. Cette intégration est individuelle ou en petits groupes au sein d'une classe ordinaire ou collective (CLIS). Les formes, les conditions et les moyens sont formalisés dans un projet d'intégration individualisé.
- Hors Éducation Nationale, il s'agit :
 - du secteur médico-éducatif (comprenant les instituts de rééducation et les établissements médico-éducatifs)

³ Code de l'éducation : Annexe à l'ordonnance n°2000-549 du 15 juin 2000.

- du secteur socio-éducatif
- du secteur sanitaire.

Les enfants qui nous concernent peuvent relever de l'un de ces quatre secteurs mais plus particulièrement du premier et du deuxième secteur.

La circulaire du 29 janvier 1983 inclut dans ces projets "les enfants en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement". Le terme de TC apparaît, on y associe une notion de gravité. Dans les annexes XXIV du décret de 1956, les TC sont aussi cités.

La refonte de ces annexes permet de préciser les conditions de fonctionnement des établissements spécialisés, et encouragent la création de SESSAD. Ce service est "un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques associés."

L'Éducation Nationale dans la circulaire n°90-091 du 23.04.90 intitulée "Éducation spécialisée et intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés" note l'importance de la "concertation et coordination entre les responsables de l'Éducation Nationale et de l'Action sanitaire et sociale."

Plus récemment la circulaire n°99-187 du 19 novembre 1999 précise la démarche de l'intégration "il faut toujours conjuguer dans une démarche commune les attentes du jeune et de sa famille, l'action des enseignants et celle, indispensable, des équipes de soins et d'accompagnement." "La méthodologie de projet individualisée est commune aux jeunes bénéficiant d'une scolarisation en intégration individuelle et collective et ceux accueillis dans les établissements sanitaires et médico-sociaux."

Chaque école a un devoir d'accueil. On essaie par ailleurs de favoriser l'accueil des enfants dans un secteur géographique proche de leur domicile, sauf si "des difficultés rendent objectivement cette intégration impossible ou trop exigeante pour l'élève". On se tournera alors vers un autre mode de scolarisation : établissement ou service médico-social, enseignement à distance.

Au début du XXIème siècle, on s'oriente vers une politique d'intégration individualisée. La circulaire n°2002-111 du 30 avril 2002 rend compte des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves ; il s'agit du RASED, des CLIS, du soutien par des enseignants spécialisés ou des aides éducateurs. Elle insiste sur «mettre un terme à une logique de filière qui a conduit trop longtemps à enfermer les élèves perçus comme "différents" dans des classes ou sections "spéciales.» Mais ceci n'est possible que "dans la mesure où existe une diversité de réponses appuyées sur une pluralité des ressources."

Voici donc un bref rappel du cadre législatif auquel nous pouvons nous référer et sur lequel nous appuyer pour participer à l'intégration des enfants en difficulté sur notre secteur de travail.

2.2 DISPOSITIFS D'AIDE POUR LES ENFANTS EN DIFFICULTE EN SEINE SAINT DENIS

Suivant le schéma régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées de l'Île de France (1996), le manque de structures d'accueil pour les jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement est noté. Pourtant ces troubles représentent une proportion non négligeable des enfants pris en charge par les établissements spécialisés (15%). D'ici 2004 des objectifs de création de places sont fixés : cinquante cinq places supplémentaires pour les troubles du caractère et du comportement dans la Seine-Saint-Denis, 194 pour l'ensemble de la région⁴ :

- Actuellement, il existe un institut de rééducation⁵ sur le département. Il accueille 65 élèves à partir de 11 ans. Il s'agit d'un externat. En Ile de France, 21 IR peuvent accueillir cette population.

- Le premier SESSAD concernant des enfants avec des troubles du caractère et du comportement est ouvert dans le département de Seine Saint Denis depuis septembre 2001. Il accueille les enfants de 10 à 16 ans. L'installation de ce service est lente : des difficultés de fonctionnement sont apparues ; les objectifs et les modalités de prise en charge sont progressivement redéfinis. Il n'existe que 8 SESSAD spécifiques pour les TC et accueillant des enfants de 6 à 12 ans en région d'Île de France.

Les enfants scolarisés en école élémentaire en Seine Saint Denis sont peu concernés par les deux structures existantes.

⁴ "étude sur les enfants et adolescents handicapés en Ile de France" de mai 97 du service statistique de la DRASS-IF et du C.R.E.A.I. d'Ile de France.

⁵ Institut de rééducation : ils prennent en charge des enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire malgré des capacités normales ou approchant de la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité [19].

- Des bilans et des observations dans des services hospitaliers de pédopsychiatrie et de pédiatrie peuvent être demandés. Ces consultations dans notre département sont le plus souvent surchargées et les listes d'attente peuvent être très longues.
- On compte par ailleurs 21 lieux de consultation dans le cadre du centre médico-psychologique (CMP) et 11 dans le cadre du centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). L'accès à une consultation est plutôt aisé géographiquement parlant, mais les délais pour obtenir un rendez-vous (en moyenne 2 mois) peuvent décourager les familles.
- L'Éducation Nationale met à la disposition du département les moyens d'aide à l'intégration que l'on retrouve sur tout le territoire : le réseau d'aide spécialisée aux enfants en difficultés (RASED), les CLIS, le recrutement d'auxiliaire d'intégration, la présence d'aides éducateurs.

A l'issue de cette présentation, nous allons maintenant essayer de définir pourquoi le Men est en difficulté lors de la prise en charge de ces enfants

3 - RESULTATS DE L'ETUDE

Cette étude est réalisée en Seine-Saint-Denis. C'est un département fortement urbanisé de la petite couronne, situé à l'est de Paris. Il comporte 1 382 928 habitants et compte 369 910 jeunes de 0 à 19 ans ce qui représente 28% de la population totale (25,2% pour l'Ile de France).

Les conditions économiques sont difficiles : le taux de chômage est de 17,2% alors qu'il est de 11,5% en Ile de France. La mixité de la population, qui peut être à la fois considérée comme un avantage ou un inconvénient, est importante : la population étrangère représente 18,7% de la population totale alors que ce taux est de 11,9% pour la région⁶.

Le rapport Fortier au printemps 1998⁷ décrit cette population et les conditions socio-économiques de ce département : "La forte paupérisation des familles (le nombre de Rmistes est de 41.7% et le nombre de logements sociaux représente 32 % du parc locatif), le chômage engendrent une déstructuration sociale et une implosion de la structure familiale."

⁶ Recensement de la population française, mars 1999, INSEE

⁷ rapport Fortier : "Les conditions de réussite scolaire en Seine Saint Denis" remis au ministre par le recteur Fortier en 1998.

Cette situation retentit forcément sur le comportement scolaire des élèves, certaines familles (nombre élevé de familles monoparentales) s'investissent peu dans la scolarité de leur enfant.

3.1 HYPOTHESES

Nous nous proposons au travers de cette étude de vérifier les hypothèses retenues :

1. La difficulté d'établir un diagnostic, de reconnaître l'existence de ce trouble par le Médecin de l'Éducation Nationale
2. Les conditions difficiles de travail en partenariat
3. L'attitude des parents de ces enfants
4. Les réactions des enfants présentant ce trouble
5. Le repérage de ces élèves

3.2 PUBLIC CIBLE DE L'ETUDE

L'étude menée sur mon département d'affectation, la Seine Saint Denis, porte sur une population d'élèves scolarisés en classe de primaire.

A la rentrée 2000-2001, 98845 élèves sont scolarisés dans les écoles élémentaires publiques du département, 3871 sont scolarisés dans le secteur privé. En dix ans, on note une diminution de 0,98% de l'effectif de cette population.

3.3 METHODE

Le recueil des données a été réalisé sous 2 formes :

1) J'ai consulté les statistiques du service de promotion de la santé en faveur des élèves de la Seine Saint Denis. Ces données devaient me permettre d'évaluer l'importance (la prévalence, quand c'est possible) et la reconnaissance de ce trouble par le service de santé scolaire.

J'ai plus particulièrement axé mon travail sur l'étude des rapports statistiques des années scolaires 1988-1989 à 2000-2001.

L'analyse des statistiques sera limitée pour plusieurs raisons. D'une part la synthèse des données de chacune des communes n'a pas été réalisée pour les années 1990-1991 et 1998-1999. D'autre part au cours des dix dernières années, les résultats n'ont pas toujours été ordonnés suivant le même schéma, ce qui ne permet pas une analyse rigoureuse.

2) J'ai choisi la méthode d'entretien semi-directif [4] pour recueillir les informations concernant l'évaluation de la nature des difficultés que rencontre le mEN lors de la prise en charge de ces élèves (cf annexe 1). Les entretiens ont été réalisés auprès des personnes suivantes :

- Dans l'Éducation Nationale :

- Médecin de l'Éducation Nationale
- Infirmière de l'Éducation Nationale
- Psychologue scolaire
- Secrétaire de la commission de circonscription préscolaire et élémentaire (secrétaire de CCPE)
- Inspecteur de l'Éducation nationale, adaptation et intégration scolaire (inspecteur AIS)
- Professeur des Écoles
- Directeur des Écoles
- Inspecteur départemental de l'Éducation nationale (Inspecteur DEN)

- Hors Éducation Nationale :

- Directeur d'Institut de Rééducation (directeur IR)
- Inspecteur de l'aide sociale à l'enfance (Inspecteur ASE)
- Éducateur
- Pédiopsychiatre d'un centre médico-pédagogique

D'une part j'aurais souhaité interroger un médecin pédiatre exerçant en libéral et un pédopsychiatre hospitalier, mais cela n'a pas été possible pour des raisons de disponibilité de ces deux professionnels. D'autre part je n'ai inclus dans les personnes interrogées ni les enfants atteints de TC, ni les parents de ces enfants ; les difficultés à catégoriser les troubles de ces enfants ne me permettaient pas de faire un choix pertinent au début de l'étude. Tous les entretiens ont été enregistrés (à l'exception d'un seul) avec l'accord des personnes sollicitées, puis ils ont été retranscrits et découpés selon les thèmes identifiés.

L'étude de dossiers qui aurait concerné 899 enfants sur le département pour l'année 2000-2001 s'est révélée impossible en raison du temps qui m'était imparti sur mon secteur de travail pour l'élaboration de ce mémoire.

3.4 RESULTATS

Nous présenterons, dans un premier temps, les résultats des données statistiques, puis dans un deuxième temps les résultats des entretiens.

3.4.1 Importance et reconnaissance de ce trouble par le service de santé scolaire données statistiques

L'importance accordée à ce trouble dans le service est très inégale suivant les années. Au milieu des années 80, un confrère du département avait déjà choisi ce thème pour son mémoire professionnel [45]. Le travail était centré sur une cité scolaire dans une commune en difficulté. Elle notait que la reconnaissance de ce trouble par le service de santé scolaire était en décalage avec l'évaluation faite sur le terrain et l'évaluation des commissions (CCPE).

Quand les TC sont répertoriés, ils sont inclus dans les examens à la demande.

Le pourcentage d'examens à la demande rapporté au nombre d'élèves scolarisés varie entre 4% et 8%. Au cours des dix dernières années, il n'existe pas de différence significative entre ces différents pourcentages.

En fait les TC n'apparaissent dans une rubrique individualisée que pour trois années 1988-1989, 1989-1990, 2000-2001. Pour chacune de ces années, ils figurent au quatrième rang des examens à la demande après les rubriques difficultés scolaires, problèmes somatiques et "autres". La proportion des TC parmi les examens à la demande n'a pu être retrouvée que pour les années 1988-1989 et 2000-2001. On ne note pas de différence significative à 10 ans d'intervalle, entre ces deux pourcentages.

En 1988-1989, un projet de recherche est élaboré par deux mEN du service, il s'agit de la recherche d'indicateurs de l'état de santé mentale des enfants au cours du bilan de 6 ans permettant la mise en place d'une prévention des difficultés scolaires. Un des items retenus est les TC. Ils sont définis de la manière suivante : troubles du sommeil, troubles réactionnels ou psychoaffectifs.

En 1991-1992, une grille méthodologique (à utiliser lors des bilans de santé) est construite par une équipe du service de santé scolaire. Trois items sont consacrés au TC.

Ils décrivent le comportement de l'enfant au cours de la visite médicale, à la maison et à l'école. Ils sont cotés de 1 à 3 :

- 1) normal
- 2) légers troubles
- 3) troubles importants

Note :

Un trouble léger est défini par : timidité, moyennement coopérant, remuant.

Les troubles importants sont définis par : inhibition, agitation.

En 1992-1993, une attention plus particulière est portée aux enfants handicapés intégrés. Suivant la nomenclature de l'arrêté du 09-01-89, une des incapacités concerne le comportement. Le service de santé scolaire considère que 27% des enfants handicapés sont atteints de difficultés de comportement. Pour la même population, les commissions de circonscription (CCPE) considèrent que 9% des enfants handicapés souffrent de TC. Cette différence d'appréciation se retrouve l'année suivante. Elle est également notée en 2000-2001 : 19% pour le service de santé scolaire et 7,1% pour la commission de circonscription préscolaire et élémentaire.

En 1994-1995 seule est évoquée dans le rapport une augmentation des "cas sensibles et délicats."

Puis en 1995-1996, une augmentation des examens à la demande est notée : un commentaire précise que les enfants signalés en examens à la demande le sont pour différents motifs dont les TC.

Ce n'est qu'en 1997-1998 que le rapport indique : "les motifs des examens à la demande ne sont pas connus statistiquement, il serait peut-être souhaitable d'en rechercher quelques-uns."

En 1999-2000, les examens à la demande sont répartis en 6 rubriques : troubles de l'adaptation scolaire, santé handicap, jeunes en danger, inaptitude au sport, grossesse, interruption volontaire de grossesse, autres. L'analyse statistique montre que c'est le motif

"autre" qui regroupe le plus grand nombre d'examens. Il est donc envisagé d'affiner et d'effectuer un meilleur recueil des demandes.

En 2000-2001 les examens à la demande comportent 10 rubriques dont l'une s'intitule TC (cf annexe 3). On retrouve une rubrique, appelée "difficultés de comportement", dans le tableau classifiant les handicaps.

Pour cette année, les TC représentent 9% des examens à la demande réalisés par l'ensemble des mEN du département. A cette donnée, nous comparons le pourcentage de TC retrouvé chez les enfants examinés à la demande pour chacun des mEN du service de santé scolaire. Ce pourcentage varie entre 0% et 54%.

Le comparatif avec les résultats de la commission départementale de l'éducation spéciale ne peut être réalisé, les chiffres ne nous ont pas été communiqués.

3.4.2 Résultats des entretiens

Dans les grilles d'entretien quatre grands thèmes apparaissent, il s'agit :

- De la définition des TC.
- Du travail en partenariat.
- De l'orientation et de l'intégration de ces enfants.
- Du repérage de ces élèves.

C'est autour de ces quatre grands thèmes que nous allons présenter les résultats.

Définition des troubles du comportement

a) Description des élèves présentant ces troubles

Lorsque je demande de décrire ces enfants, les personnes interrogées trouvent facilement et rapidement un grand nombre d'adjectifs pour les qualifier. Trois adjectifs sont plus fréquemment cités : agité, instable, agressif." Ces "gamins" ou ces garçons sont aussi considérés comme : "perturbateurs, gêneurs, faisant des crises, épuisants, empêcheurs de tourner en rond, violents, bruyants, insupportables, zombis, ayant des troubles de la communication, des troubles de l'attention, des troubles de la concentration", ils sont aussi qualifiés d'une métaphore telle qu'une " pomme de terre brûlante, ou patate chaude." Le psychologue scolaire décrit ces enfants comme "malheureux, anxieux, manquant de confiance." Il remarque que certains enseignants pensent que ces enfants sont fainéants : "je dois alors leur expliquer que cet élève ne va pas bien et qu'il ne peut pas apprendre, sa souffrance n'est pas comprise."

Le mEN souligne que ces enfants peuvent se mettre en danger et mettre en danger les autres.

Seul l'Inspecteur ASE termine sa description par une note positive, "ils ne sont pas si méchants, ils ont des talents et des capacités qu'il faut faire émerger."

Notons que spontanément on parle de garçons : à aucun moment n'est envisagé le fait que les filles puissent présenter ce problème.

On retrouve aussi une unanimité pour affirmer que ces jeunes ne rentrent pas dans les règles de vie de classe. Le mEN dit : cet élève a un comportement qui s'écarte de la norme dans le cadre scolaire, il dérange la classe." L'éducateur de façon plus générale souligne "ces enfants ne supportent pas la collectivité. Ils perturbent également le temps de la récréation : bousculade, coups, violence physique et verbale. Toute l'école est concernée."

A aucun moment, on ne décrit ces enfants en utilisant le terme de caractériel.

Le terme de handicap n'apparaît qu'une seule fois. C'est l'inspecteur AIS qui associe les TC au handicap, et précise que celui-ci est source de méconnaissance, d'exclusion. "La conception du handicap suscite beaucoup d'émotion et de contestation."

L'inspecteur AIS précise qu'il n'y a pas d'atteinte des fonctions cognitives et pas de déficience intellectuelle. Pourtant, la secrétaire CCPE remarque que si ces enfants n'ont pas de prise en charge adaptée, ils se 'débilitent." Le pédopsychiatre note qu'ils ont "effectivement des difficultés à se mettre en rapport avec le travail."

Pour terminer cette description, ajoutons une remarque de l'infirmière scolaire. Elle précise qu'il ne faut pas oublier les enfants qui ne dérangent pas.

b) Évaluation et Diagnostic de ces troubles

Tous les interviewés tendent à rester dans la description de ces troubles.

Effectivement, comme l'explique l'inspecteur ASE : "Je n'utilise pas le terme de TC, qu'est ce que cela veut dire ? C'est un terme un peu employé à tort et à travers. En tant que professionnel, on est démuni face à des comportements auxquels on ne comprend rien. On n'est pas médecin et il n'y a qu'un médecin qui peut diagnostiquer quelque chose ." La secrétaire CCPE remarque que : "entre trouble de la personnalité et TC, il est difficile de faire la part des choses, même les services de soins donnent l'impression de ne pas savoir, d'autant plus que les TC sont souvent associés à d'autres pathologies. Pourtant c'est au psychiatre de poser le diagnostic." Mais l'éducateur souligne la réserve des psychiatres à nommer une pathologie.

Fréquemment la même phrase revient : "il est difficile de...." "Il est difficile d'étiqueter un enfant, il est difficile de quantifier les TC, il est difficile de savoir si c'est un problème médical ou non."

Les avis se répartissent de la façon suivante :

Domaine auquel chaque interviewé rattache les TC

	Problème médical	Problème social	Problème éducatif	Problème familial
Secrétaire CCPE	X			
Inspecteur DEN		X	X	X
Éducateur	X	X		
Directeur d'école		X		X
Directeur IR	X	X		X
Inspecteur ASE	X	X	X	
Inspecteur ASE	X	X	X	X
Men	X			
Infirmière		X		X
Pédopsychiatre	X	X		
Enseignant		X		
Psychologue Scolaire	X	X	X	X

Résultat :

- 3 fois sur 4, on attribue les TC à 2 domaines ou plus
- le problème social est retrouvé 3 fois sur 4
- le problème médical est cité 2 fois sur 3
- l'inspecteur DEN, le directeur d'école, l'enseignant ne pensent pas qu'il s'agisse d'un problème médical.

A aucun moment les professionnels de formation médicale n'évoquent de diagnostic comportant des TC. L'hyperactivité est un thème qui n'est abordé que par le psychologue scolaire.

Il peut y avoir de grandes divergences d'opinion. Le mEN insiste sur le fait qu'on doit médicaliser les TC, alors que le pédopsychiatre pense : "on médicalise trop, on psychiatrise trop, tout n'est pas psy". L'éducateur, l'inspecteur ASE et l'inspecteur AIS s'accordent pour dire qu'ils remarquent plus souvent ce problème chez les enfants faisant l'objet d'une mesure de placement. Le directeur d'école note que cela peut parfois être en relation avec une difficulté d'adaptation au CP. L'inspecteur AIS ajoute que ces troubles peuvent être réactionnels à un changement de situation, à des traumatismes d'ordre familial. Chaque interviewé cherche des causes pouvant expliquer la survenue de ces troubles. Prudemment le professeur des écoles émet l'opinion que les élèves de CLIN (classe d'intégration d'enfants non francophones) présenteraient plus souvent des TC.

c) Appréciation des symptômes par les différents professionnels

Les descriptions de ces jeunes effectués par tous les interviewés étaient assez proches. Mais le mEN précise, "il est difficile de se comprendre, on n'a pas la même façon de parler pendant les réunions alors qu'elles devraient permettre de se mettre d'accord sur les troubles présentés par ces enfants."

Le pédopsychiatre confirme et indique : "on n'est pas tous sur la même longueur d'onde, les conseils venant d'un service hospitalier sont le plus souvent inapplicables en classe, on a l'impression que nos confrères considèrent que l'enfant est seul avec son enseignant". Déjà Alice Ripoll (mEN) en 86 signalait dans les conclusions de son mémoire [45] la difficulté d'avancer une définition mais surtout les divergences de perception des symptômes entre le corps enseignant et le corps médical.

Cette discordance est également soulignée par le directeur IR qui remarque que la description de l'enfant dans le dossier est souvent plus sombre que dans la réalité.

Mais ce qui revient le plus fréquemment, c'est la minoration ou la négation des symptômes par la famille. Cet aspect est noté par tous les professionnels : "l'état de l'enfant est banalisé par la famille - les parents sont dans le déni - les troubles sont minimisés ou niés par les parents - les parents ne se rendent pas compte - ils disent, mon gamin n'est pas fou."

L'inspecteur ASE se pose la question : "les parents ont-ils conscience du problème ?".

L'inspecteur DEN d'une certaine façon répond à cette question, " il **faut** que les parents soient conscients de la situation. "

Le travail en partenariat

a) Difficulté de travailler en collaboration

Chaque interviewé souligne l'importance et la difficulté de travailler en partenariat. Les partenaires cités au cours des entretiens et qui peuvent jouer un rôle dans la prise en charge de ces jeunes sont les suivants : famille, centre médico-psychologique, centre médico-psycho-pédagogique, Protection Maternelle Infantile, service hospitalier de pédopsychiatrie, Éducation Nationale (RASED, Men), service social, éducateur, Aide Sociale à l'Enfance, juge.

L'accent est d'abord mis sur le côté positif du travail en collaboration.

Le pédopsychiatre souligne : "le CMP est très intéressé par le travail en partenariat avec les différentes institutions. C'est indispensable. C'est un travail qu'il faut faire." La notion d'obligation de travailler ensemble apparaît très nettement. La participation de différents acteurs pour l'évaluation correcte du TC est nécessaire selon le directeur d'école. L'éducateur signale : "les observations communiquées par l'école et les assistantes maternelles nous sont précieuses."

L'inspecteur DEN précise : "je dois travailler avec les enseignants pour qu'ils aient une écoute de ces enfants et de leur famille, on doit travailler la relation avec la famille."

La notion de confiance revient aussi fréquemment :

L'inspecteur AIS pense que le travail en partenariat permet de rétablir la confiance. La secrétaire CCPE ajoute : " il faut surtout faire confiance à la famille. "

Tous constatent que la coopération entre partenaires rencontre beaucoup d'obstacles. Plusieurs éléments ressortent :

- Le psychologue scolaire insiste sur le fait qu'il ne faut pas travailler seul. "Il faut faire un travail d'équipe en particulier au sein du RASED. Avec la famille, il s'agit plutôt d'une alliance."

Il note que chacun doit savoir maîtriser les limites de sa fonction : " les professionnels de santé respectent en général leur rôle de médecin et d'infirmier, les enseignants sortent parfois de leur fonction. "

- Le mEN remarque : "il est difficile d'élaborer un projet, il y a incompréhension entre l'EN et le CMP car chacun a son point de vue (le CMP reproche à l'école un seuil de tolérance insuffisant et l'école reproche au CMP le manque d'informations)." Ce même aspect est noté par le pédopsychiatre.

- Il ressort également qu'il existe une situation conflictuelle entre la famille et l'école. L'inspecteur DEN précise : "des malentendus s'installent, des conflits se génèrent." Le professeur des écoles ajoute : "quand la famille est convoquée, ce n'est pas pour s'entendre dire que tout va bien. Les convocations des parents par l'école se limitent à l'exposition des faits, un dialogue est rarement établi même si c'est le désir de chacun."

- La collaboration avec le mEN n'est pas une priorité pour le psychologue scolaire qui souligne : "c'est intéressant, dans certains cas, peut-être, de travailler avec le médecin scolaire."

- Le dernier élément qui ressort est celui d'un ballotement. L'inspecteur ASE note que : "quand on s'occupe de l'enfant il est assimilé à une "patate chaude" et quand on l'a dans la main, on n'arrive plus à travailler avec les partenaires extérieurs ; les enfants cristallisent les difficultés de chaque institution et pour cela le travail en partenariat n'est pas facile."

b) Insuffisance de coopération avec la famille

On note que même dans le déni des difficultés de son enfant, la famille est en grande souffrance. D'après le mEN : " l'état de l'enfant est banalisé par la famille, pourtant il y a souffrance des parents, ils se sentent coupables."

Comme l'explique l'inspecteur AIS, il y a malentendu : "l'institution accuse la famille et vice-versa ; les parents sont agressifs, sur la défensive."

L'enseignant pense que la rencontre avec les parents est essentielle, "mais il y a un gros problème pour rencontrer les parents, ils ne viennent que par obligation ou lors d'une réunion officielle à l'inspection, c'est dommage de ne pouvoir rencontrer les parents pour un simple dialogue."

Le pédopsychiatre analyse la situation de la façon suivante : "les parents sont tous les jours mobilisés par l'école (l'école renvoie aux parents que son enfant est mauvais et qu'ils l'élèvent mal) et donc ils évitent tout contact avec l'école, ce qui est mal vécu par les enseignants. Il

est difficile pour les parents de dire à un instituteur qu'ils essaient de résoudre les problèmes de leurs enfants mais qu'ils n'y arrivent pas."

Le psychologue scolaire explique qu'il est nécessaire de faire le point sur la situation familiale. Il existe pour lui trois catégories de parents. Les premiers considèrent que leur rôle éducatif s'exerce exclusivement à la maison et que lorsqu'ils confient leur enfant à l'école, l'institution doit prendre le relais. D'autres s'investissent tant dans leur travail qu'ils n'ont pas le temps de prendre en compte les problèmes de leur enfant. Enfin beaucoup de couples sont séparés, ce que les enfants ne vivent pas forcément sereinement. Tout le monde s'accorde pour dire que les enfants avec des TC vivent une situation familiale compliquée.

Par ailleurs le directeur d'école remarque que "le mot psy fait peur aux parents". La secrétaire CCPE observe qu'il est très difficile pour la famille d'accepter un projet thérapeutique, les parents espèrent que l'école va arranger les choses. Cet aspect est noté par toutes les personnes interrogées. Le directeur IR souligne que "les familles mettent en échec tout ce qui peut favoriser l'évolution de leur enfant."

L'orientation et l'intégration de ces élèves

a) L'intégration de l'enfant dans sa classe

Pour l'inspecteur AIS : "il n'y a plus d'investissement possible dans les apprentissages et l'échec scolaire se confirme au fil des années ; il s'agit d'un cercle vicieux, les TC se majorent et empêchent les acquisitions." Le professeur des écoles précise : "l'objectif d'un enseignant, c'est la réussite scolaire, mais l'école est démunie car les réponses pédagogiques pour ces enfants n'existent pas."

"Exclu" est le mot qui revient le plus fréquemment pour expliquer la position de ces élèves dans une classe. Seul le directeur d'école est plus modéré et précise : "il n'y a pas franchement d'exclusion de la part des autres enfants seulement en période de forte crise." Selon l'instituteur, il s'agit fréquemment d'une épreuve de force avec l'enfant qui aboutit dans la plupart des cas à un "clash". Mais comme le souligne le mEN : "l'enfant ne fait pas exprès." Pour le pédopsychiatre, il faut admettre qu'il y a "quelque chose d'ancré chez le jeune et qu'il n'est pas maître de tous ses actes." Cette vision de la situation n'est pas partagée par les personnes n'ayant pas reçu de formation médicale.

L'enseignant souligne : "il faut favoriser le tête-à-tête avec l'enfant, laisser la porte ouverte au dialogue car ces enfants se sentent différents, ils ont besoin de discuter. Parfois ces élèves essaient de faire des efforts, ils souhaitent faire plaisir à la maîtresse." Le psychologue scolaire ose cette remarque : certains enfants sont "pris en grippe" par l'enseignant. "Souvent la relation des enfants avec ses pairs dépend de celle qu'il a avec l'adulte. Si l'enfant est accueilli de façon bienveillante par l'adulte responsable de la classe, l'enfant est mieux accepté par les autres enfants. Le groupe classe est souvent le reflet de ce que pense l'enseignant. Les autres élèves sont plus tolérants et essaient de contenir les débordements de leur camarade."

L'école est perçue comme inhospitalière par l'éducateur qui estime que l'école cherche à se "débarrasser de l'enfant." Le directeur d'école pense que "l'école, et de façon plus large, l'Éducation nationale, n'a pas les moyens de répondre à ces problèmes ; en cas de fortes crises, l'enseignant ne peut plus maîtriser la situation. Quand on en réfère à l'inspection, elle n'a pas non plus les moyens de gérer ce genre de situation. L'école se retrouve à jouer tous les rôles." Mais le pédopsychiatre insiste "on ne peut pas enseigner sans éduquer." L'inspecteur DEN reconnaît que certains enseignants ne parviennent pas à affirmer leur place institutionnelle. De ce fait, l'absence de cadrage avec les élèves a pour conséquence que ces jeunes "sèment la zizanie dans une école et s'installent dans la toute puissance."

b) Projet d'intégration dans l'Éducation Nationale et hors Éducation Nationale

L'équipe éducative met en place certaines mesures avant le signalement de ces enfants. Le psychologue scolaire intervient en prévention : "avec les plus grands, j'ai instauré un système de boîte aux lettres ; dès qu'ils sentent qu'ils vont exploser, ils peuvent venir mettre leur nom dans cette boîte et je viens les chercher dès que j'arrive dans l'école." L'enseignant favorise le tête à tête avec l'élève : "si les troubles sont mineurs, cela peut suffire."

Puis lorsqu'un enfant est signalé pour un problème de TC, la première démarche, pour tous les membres de l'équipe éducative est la demande d'une réunion de synthèse. L'Inspecteur DEN pense que l'on doit se contenter de cette réunion car la commission de circonscription (CCPE) n'est demandée que pour "poser la loi" vis à vis des familles dans ces situations. Mais la secrétaire CCPE souligne : "de plus en plus de mesures d'intégration sont mises en place pour ces enfants."

Le psychologue scolaire reconnaît que l'aménagement de la scolarité à temps partiel peut être une solution, à condition qu'un projet hors du temps scolaire soit mis en place: "je suis pour l'intégration mais pas à n'importe quel prix. Il ne faut pas que tout le monde souffre."

Il note que le changement de classe, d'enseignant est parfois souhaitable car "si les TC diminuent, on considère alors qu'il ne s'agit pas réellement de TC."

Rarement il peut arriver que des mesures disciplinaires soient prises par l'école, telles que l'exclusion. L'Inspecteur AIS pense: "la déscolarisation est une mesure exceptionnelle et temporaire motivée par la mise en danger de ses pairs et de lui-même."

L'orientation possible de ces jeunes en CLIS est constatée par tous. Selon l'inspecteur DEN: "la CLIS pour ces enfants c'est une catastrophe, c'est une orientation par défaut."

Sur le plan pédagogique, le pédopsychiatre note avec beaucoup de réserves que l'école a peut-être des solutions pédagogiques à apporter. L'inspecteur DEN précise que sur ce plan, "il faut savoir être à l'écoute de l'enfant et s'il existe des débordements il faut que l'enfant apprenne à les gérer. Il doit être capable à certains moments de soutenir des efforts afin de rentrer dans un temps de travail." Le psychologue scolaire explique qu'il est important que l'enfant soit soutenu pédagogiquement par le RASED, en parallèle avec une prise en charge psychologique.

Une autre proposition pour accueillir ces élèves est l'intégration avec le soutien d'un SESSAD: seul l'inspecteur AIS, le MEN et l'inspecteur DEN connaissent ce dispositif.

Pour le directeur d'école, il n'existe pas d'orientation hors du système scolaire. "Si on demande un établissement spécialisé, c'est que forcément un déficit intellectuel est associé au TC."

Toutes les personnes interrogées s'accordent pour souligner la nécessité d'un suivi psychologique en ambulatoire dans des centres de soins tels que le CMP et le CMPP. Le pédopsychiatre reconnaît qu'il y a indication de consultation mais cela ne veut pas dire indication de suivi car tout n'est pas "psy", une orientation thérapeutique est parfois nécessaire.

L'inspecteur ASE signale que parfois une réunion pluriprofessionnelle (spécifique à la Seine Saint Denis) ou une commission départementale de protection de l'enfance est demandée afin d'envisager une solution quand il existe une mise en danger. Le substitut des mineurs peut être saisi, par contre, selon l'inspecteur ASE, des mesures de placement ne sont jamais demandées dans ces circonstances.

c) Solutions proposées par les professionnels

Pour l'orientation et l'intégration de ces jeunes, chacun des interviewés propose des solutions qui lui sont propres.

Au quotidien, l'inspecteur DEN explique qu'il faudrait apprendre à gérer une crise, savoir comment réagir, mais "les enseignants ne sont pas formés à cela, c'est le travail d'éducateurs spécialisés."

Le mEN souligne que la présence d'assistantes sociales dans le primaire permettrait un meilleur suivi des familles : "dans le second degré, la collaboration avec le service social de l'Éducation Nationale est précieuse dans ces situations."

Les différents interviewés s'accordent pour dire qu'il faut renforcer le travail en partenariat : le mEN pense accentuer les contacts avec l'inspecteur DEN. L'inspecteur ASE souhaiterait plus d'échanges entre les différentes institutions.

L'inspecteur AIS propose : "il faut identifier les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers et chercher une réponse en terme de structure, une réponse qui n'exclut pas, ce sera **forcément** un dispositif en partenariat."

d) Insuffisances soulignées par les professionnels

Le directeur d'école remarque que des référents existent pour les enfants avec des handicaps moteurs, sensoriels ou intellectuels. Mais "pour les TC, personne ne nous conseille."

L'aide par le RASED pour remédier à leurs difficultés est insuffisante selon l'enseignant. Il souligne aussi le manque de communication avec les services de soins : "quand les élèves sont en primaire ils ont tendance à nous oublier." La secrétaire CCPE indique que les personnels des centres de soins devraient plus souvent intervenir sur l'école. Mais le pédopsychiatre note : "pour construire un projet, c'est l'école qui est maître dans son domaine, je peux discuter, donner mon avis, mais c'est l'école qui décide."

Avant 11 ans, il n'existe pas sur le département d'établissement spécialisé pour ces enfants et le directeur IR pense qu'il serait nécessaire que l'on ait d'autres options possibles. Car, "lorsqu'il y a un manque de structures, on est interpellé" remarque l'inspecteur ASE. "La famille devient maltraitante, ne supporte plus son enfant que l'on doit protéger. Par contre on essaie de plus en plus d'éviter le judiciaire (politique nationale de déjudiciarisation)."

Il conclut : "on n'arrive pas forcément à aider ces jeunes, il faut rester humble." Mais le fait d'établir des constats sans trouver de solutions adéquates démoralise le professeur des écoles.

Pour l'inspecteur AIS il y a un phénomène de gêne, d'impuissance, de culpabilité. Les éducateurs remarquent : "on fait un travail qui n'est pas efficace, ce n'est pas satisfaisant."

Le repérage

a) Le dépistage de ces élèves et la notion de tolérance.

On retrouve à peu près une unanimité quant au mode de repérage et au circuit de signalement de ces enfants.

Dans la majorité des cas, c'est l'enseignant qui avertit le directeur de l'école. L'avis du psychologue scolaire est ensuite requis et c'est lui qui, après évaluation (avec ou sans réunion de synthèse), oriente la famille vers une consultation psychiatrique.

Il existe quelques variantes. Selon le psychologue scolaire, le maître G (rééducateur pédagogique) plus présent que lui dans les écoles est souvent sollicité le premier. Il explique aussi que lorsqu'il est implanté depuis longtemps dans une école, certains parents s'adressent directement à lui pour un conseil.

Le directeur d'école précise : "parfois de nouveaux élèves arrivent avec un "bagage à problèmes, je suis informé par mon collègue de la situation, l'enfant est déjà pointé."

Tout le monde s'accorde pour dire que ces élèves sont signalés assez vite car ils dérangent. Pourtant le pédopsychiatre estime qu'ils leur sont adressés trop tardivement. "Les consultations peuvent être demandées dès la maternelle car on ne doit pas négliger certains signaux (ex : troubles du sommeil). Mais un enfant difficile est souvent repéré dès la maternelle ; l'école pense que le passage en primaire va résoudre le problème. Puis le choix de l'enseignant est souvent fait avec plus de soins dans l'espoir que cela sera mieux."

Les mEN estiment qu'ils sont sollicités trop tardivement par les enseignants qui essaient de gérer les choses. Il analyse la situation de la façon suivante "en maternelle, les équipes sont tolérantes. A 6 ans à l'entrée au CP, on temporise et au CM2 on s'affole. On nous demande alors de trouver une solution dans l'urgence." Cette vision de la situation est partagée par le psychologue scolaire : "des instituteurs pensent qu'ils vont s'en tirer tout seuls et n'appellent que quand c'est catastrophique. Ça devient dramatique et urgent. Ce n'est pas la majorité mais cela existe." L'inspecteur DEN remarque inversement que "certains enseignants sont

plus vite débordés que d'autres. Le seuil de tolérance est effectivement variable suivant les équipes, les écoles."

b) Intervention du Médecin de l'Éducation Nationale

Le signalement de ces enfants au mEN n'est pas systématique car le directeur d'école explique : "ces enfants avec un TC, ce ne sont pas des enfants malades, c'est pourquoi je ne fais pas appel au médecin scolaire."

Pour tous les professionnels interviewés, on attribue au mEN un rôle de modérateur. La secrétaire CCPE pense qu'on doit lui réserver un espace de neutralité, qu'il s'agit dans ce cas "d'une soupape pour l'école et pour la famille." Le mEN lui même reconnaît que dans ce type de situation il est amené à jouer un "rôle de tampon." C'est aussi pour le pédopsychiatre un relais précieux au sein de l'école : "cet interlocuteur médecin est le mieux placé pour expliciter et appuyer la position du centre de soins." Il assure aussi un soutien à l'enseignant et à l'école qui éprouvent dans certains cas une culpabilité.

c) Formation des professionnels

Le manque de formation face à cette pathologie est soulignée par les professionnels du service de santé scolaire. Pour le mEN la formation est satisfaisante vis à vis des adolescents difficiles, mais elle est limitée pour les enfants plus jeunes. L'enseignant signale qu'il ne reçoit aucune formation dans le cadre de ses études.

d) Notion de temps

Il ressort que les différents partenaires n'ont pas les mêmes constantes de temps. Pour toutes les personnes qui côtoient l'enfant au quotidien, il faut envisager rapidement une solution afin que les troubles soient résolus le plus vite possible. Du côté des soignants, prendre le temps, se donner le temps sont les notions qui reviennent fréquemment. L'inspecteur AIS souligne bien ce paradoxe : ces situations demandent "un hyper investissement pour tout le monde, il faut trouver une solution au plus vite, pourtant on ne peut "normaliser" un enfant juste parce que le cas est signalé."

4 - ANALYSE

4.1 PREMIERE HYPOTHESE : DIFFICULTE A POSER UN DIAGNOSTIC.

Lorsqu'on utilise le terme de troubles du comportement, le lexique retrouvé au cours des entretiens est aussi riche que celui établi en bibliographie. Finalement un tableau assez homogène de cette population se dessine : **il s'agit de garçons agités, instables (difficulté d'attention), agressifs avec des capacités intellectuelles moyennes.** Il est aussi clair pour tous les professionnels que l'inhibition s'inscrit dans le cadre des troubles du comportement mais ce sujet n'a pas été développé car spontanément les personnes interrogées ont écarté ce trouble après l'avoir cité, puisque d'une certaine façon ces élèves étaient capables de s'intégrer dans une classe sans déranger.

Notons que **le sujet de l'hyperactivité a été soigneusement évité.** Cela peut être expliqué par le fait de la difficulté à classer et à étiqueter ces enfants : les avis restent très partagés pour attribuer ces troubles au domaine médical ou social alors qu'il est admis que l'hyperactivité est une maladie avec un traitement médicamenteux possible.

Par ailleurs les notions de violence et de dangerosité sont très peu évoquées pour cette tranche d'âge. Elles apparaissent de façon plus franche à l'adolescence.

Un autre point mérite d'être souligné. Il n'apparaît pas dans notre étude que les TC soient reconnus comme un handicap par l'ensemble des professionnels, en raison peut-être de l'impossibilité de rapporter ces troubles à un domaine précis.

Il apparaît que le terme de TC permet d'inclure de façon assez large ce pourquoi on ne peut avoir de certitude diagnostique. Il est important que les enseignants et les parents ne posent pas de diagnostic et se contentent de **décrire l'enfant, on évite ainsi les représentations** et cela facilite le travail d'évaluation des professionnels.

Plus globalement, l'impression qui ressort est **la difficulté d'avancer un diagnostic**, même par les pédopsychiatres. Ils restent réservés quant à la catégorisation des troubles de ces enfants bien que diverses classifications soient à leur disposition. Cette réserve peut aussi être attribuée au secret professionnel. **L'appréciation des symptômes est effectivement très variable suivant les interlocuteurs en fonction de la gêne occasionnée et donc de l'environnement dans lequel ils s'expriment.** Le recueil soigneux et objectif de toutes

les informations relatives à ces enfants est nécessaire afin que nous puissions plus facilement obtenir une orientation diagnostique.

En revanche, le comportement de ces enfants à la maison, en activités périscolaires ou extrascolaires n'est jamais abordé dans les entretiens. Il pourrait s'agir d'une difficulté d'instauration de dialogue avec les parents ; la communication entre l'école et les parents se limite à l'exposé des débordements de leur enfant à l'école. De plus cette approche plus familiale semble réservée aux pédopsychiatres et aux médecins traitants.

On s'aperçoit aussi que **les troubles du comportement n'ont jamais vraiment fait partie des priorités départementales et nationales**. Ceci se retrouve au niveau du recueil de données statistiques. Cette rubrique n'apparaît que trop rarement, et lorsqu'elle existe, on ne s'assure pas que chacun va utiliser la même définition. Dans le département, des études ponctuelles concernant les TC ont commencé mais n'ont pas eu de suite. Un résultat important apparaît : **le pourcentage observé de TC parmi les examens à la demande diffère très fortement entre les mEN du département**. L'explication la plus plausible semble être en relation avec le problème de la définition des TC.

L'hypothèse concernant la difficulté à définir le terme TC est confirmée par notre étude. A ce stade, plusieurs hypothèses nouvelles viennent expliquer les difficultés que rencontre le Men dans la prise en charge de ces enfants. Il s'agit :

- de son manque de formation spécifique à la psychopathologie de l'enfance.
- de la difficulté d'obtenir un avis éclairé de la part de ses confrères spécialistes.
- de l'attribution des TC à la fois au domaine médical et au domaine social ; l'équipe éducative et l'IEN ne font référence qu'au domaine social pour parler de ce trouble. De ce fait, le médecin ne trouve pas sa place comme interlocuteur privilégié de l'équipe éducative et manque d'arguments pour la justifier.

4.2 DEUXIEME HYPOTHESE : DIFFICULTE DU TRAVAIL EN PARTENARIAT

Pour permettre à ces élèves de poursuivre leur scolarité, un travail de collaboration entre partenaires de différentes institutions est nécessaire. En Seine-Saint-Denis on se tourne plus volontiers vers une **intégration individualisée de ces élèves**, peut être en raison de la méconnaissance des structures d'intégration collective hors Éducation Nationale et de la rareté de ces dispositifs dans le département. En outre la politique nationale va dans le même sens. Dans la majorité des cas, on met l'accent sur le suivi psychologique. Il faudrait pouvoir l'associer à un projet pédagogique et éducatif. En effet le rôle des éducateurs pour les jeunes enfants est moins marqué qu'à l'adolescence. De fait, les signalements à l'Aide Sociale à l'Enfance et judiciaires sont très rares pour cette population d'élèves dans ce cadre.

De nombreux désaccords surgissent lors de l'élaboration des projets. A cette occasion les limites de chaque institution émergent (le manque de postes d'auxiliaires d'intégration, le manque de référents spécialisés pour l'Éducation Nationale, le manque de disponibilité du mEN, la méconnaissance de ses missions par les professionnels, le manque de structures hors Éducation Nationale). Il est aussi difficile pour chaque partenaire de s'attribuer l'échec de la mise en œuvre du projet. Chacun se renvoie la balle. De plus les limites des fonctions ne sont pas toujours respectées (solution pédagogique envisagée par le pédopsychiatre, l'enseignant joue parfois le rôle de thérapeute), peut-être parce que ces acteurs ne trouvent pas de solution dans leur domaine. Le découragement et la lassitude des équipes ne permettent pas de positiver un projet. Le travail en partenariat devient une obligation et non une nécessité. Il semble que ce soit le cumul de toutes ces difficultés qui empêche un travail de partenariat efficace. Ces enfants mettent en échec le travail des professionnels de différentes institutions. L'incapacité à trouver une solution appropriée rend difficile le travail en partenariat au centre duquel se trouve le mEN.

Par ailleurs, dans l'élaboration du projet, **la collaboration avec le mEN n'est pas systématique.** Il semble que les mEN sont plus sollicités lorsqu'il y a une mise en danger de l'enfant ou lorsque l'enfant est dangereux pour les autres. Dans ce département, le circuit de signalement de l'enfance en danger est assez bien connu et l'implication du mEN à ce niveau est bien perçue par les équipes éducatives. De ce fait nous intervenons plus souvent lorsque la situation est conflictuelle.

La difficulté du travail du mEN dans ces situations existe également en raison de la grande **divergence d'opinion quant à la notion de temps** : le mEN se trouve à l'intersection de l'équipe éducative et des partenaires extérieurs à l'école : la première veut travailler dans l'urgence alors que les seconds demandent du temps pour réaliser un travail concret. Le Men, en raison de la multiplicité de ses missions, manque de temps pour assurer le suivi correct de ces enfants qui demandent une implication majeure.

4.3 TROISIEME HYPOTHESE : ATTITUDE NON COOPERANTE DES PARENTS

Dans la majorité des cas, **les parents sont perçus par l'équipe éducative comme ne pouvant ou ne voulant pas s'impliquer dans les difficultés de leur enfant.** Le mode éducatif des parents n'est pas remis en cause par les enseignants. L'école reproche surtout aux parents de ne pas accepter les commentaires qui leur sont faits à propos de leur enfant.

Selon les résultats de notre enquête, il semble que seul le pédopsychiatre parvient à nouer une relation de confiance avec la famille.

On ressent que les autres partenaires souhaiteraient pouvoir créer ce type de relations mais qu'ils n'y arrivent pas. Il est vrai que lorsque les parents prennent rendez-vous en consultation de pédopsychiatrie cela signifie qu'ils ont déjà franchi une étape dans la reconnaissance et peut-être l'acceptation de troubles chez leur enfant. En effet, **le mot "psy" fait toujours peur aux parents** et suscite de leur part une grande réticence. Trop souvent, l'amalgame est encore fait entre psychiatrie et folie.

Les différents partenaires reprochent donc le manque d'implication des parents, mais nous notons qu'ils ne parviennent pas à les impliquer à certains moments, tels que les réunions de synthèse.

D'autre part, le mEN est averti de la situation lorsque les échanges entre les parents et l'école ne sont plus possibles. **On nous réserve alors un rôle de médiateur pour apaiser les tensions.**

De nombreux auteurs ont souligné cette relation difficile avec les parents. On peut avancer plusieurs explications :

- l'épuisement de la famille face aux sollicitations incessantes de l'école. Les parents n'attendent plus de l'institution une solution et se tournent alors vers d'autres conseils. Un grand nombre d'ouvrages destinés au grand public, accessibles en librairie et en bibliothèque,

abordent ce sujet. Les sites Internet⁸ sont nombreux et leur consultation non négligeable. Les avis et les conseils aux parents se font, semble-t-il, en grande partie par cet intermédiaire.

- de nombreuses études montrent qu'il existe des facteurs prédisposant aux troubles du comportement. L'environnement familial défavorisé est l'un de ces facteurs (bas niveau socio-économique, couples séparés, pathologies psychiatriques). Les parents sont moins disponibles dans ces conditions.

- "l'école a moins de scrupules pour se plaindre des enfants que les parents. Parfois le même comportement insupportable en classe ne suscite aucune intolérance de la part des parents et inversement."^[3]

En résumé, lorsque nous rencontrons les parents, ils sont soit découragés, soit agressifs, soit non concernés. L'insuffisance de coopération des parents est effectivement l'un des facteurs limitant la prise en charge de ces enfants.

Dans ces conditions difficiles le Men ne peut facilement créer une relation de confiance avec les parents et leur expliquer qu'il est là pour aider leur enfant.

4.4 QUATRIEME HYPOTHESE : REACTION DES ENFANTS PRESENTANT CE TROUBLE

De façon très nette, il apparaît que les enfants présentant des troubles du comportement sont à un moment ou à un autre **en difficulté ou en échec scolaire**. Cette notion est confirmée à la fois au travers de la bibliographie et de nos entretiens.

Cela ne favorise pas le bien-être de ces élèves, mais si l'idée d'une souffrance est admise et reconnue par les professionnels de santé, elle n'est souvent pas perçue par l'équipe enseignante. Pour les professeurs des écoles, l'anxiété, la tristesse sont surtout associées à l'inhibition ; il leur semble peu probable que des enfants agités et turbulents puissent être malheureux. Par conséquent, il leur est plus facile d'exclure cet élève de leur classe et de renoncer à une quelconque réussite sur le plan pédagogique. En effet cet élève ne rentre pas bien dans les apprentissages, empêche ses camarades de travailler et remet en question le mode d'enseignement de **son instituteur qui se trouve professionnellement en échec**

⁸ Sites Internet :

- <http://www.hypsos.ch>

- <http://www.enfantshyperactifs.com>

- <http://www.comportement.net>

face à cet élève. De façon générale, tout le monde admet que ces enfants mettent en échec le système scolaire, qu'ils perturbent gravement la vie scolaire et qu'il est donc difficile pour une école d'assumer ce genre de situations.

D'après notre étude, on peut dire que **ces jeunes sont effectivement rejetés par l'équipe enseignante d'une école. Le rejet par leurs pairs est moins évident.** Les enfants sont beaucoup plus tolérants entre eux que les adultes et font l'effort d'intégrer l'un de leurs camarades d'autant plus que le référent adulte de leur classe le leur demande. De nombreuses études vont à l'encontre de cette idée : " les enfants agités sont rejetés par leur camarade" [21].

Il faut tout de même insister sur le fait que le mEN n'est pas averti de tous les jeunes présentant des troubles du comportement. Lorsque ces troubles sont plus mineurs et en particulier d'origine réactionnelle (manque de cadrage, enfant "pris en grippe" par son instituteur), l'équipe éducative ne sollicite pas de soutien.

Le cumul des difficultés scolaires et des TC ne facilite pas l'intégration de ces élèves. L'école semble inadaptée et rejetante pour ces enfants. Cela renforce l'idée de travail en collaboration avec le même objectif pour l'élève : poursuivre sa scolarité avec une bonne adaptation sociale future. **La prise en charge de ce type de difficultés relève de nos missions.**

4.5 CINQUIEME HYPOTHESE : DIFFICULTE DE REPERAGE

Le mEN est sollicité trop tardivement. Ces enfants lui sont le plus souvent signalés lorsque l'école est en conflit avec la famille ou lorsque ces enfants se mettent en danger. La relation de confiance que nous devons établir à ce moment avec les parents est alors difficile à créer.

Le mEN intervient donc très peu dans le repérage précoce de ces enfants. Pourtant des articles récents mettent l'accent sur l'importance de la prévention primaire dans ce domaine [55] [59]. Les deux situations qui permettent au mEN ce travail de prévention sont :

- la liaison avec la PMI par la transmission des dossiers du bilan de moyenne section au service de promotion de la santé en faveur de élèves. Mais ce bilan n'existe pas encore dans toutes les communes du département.
- la réalisation du bilan de 6 ans qui permet une évaluation globale de l'enfant. On ne peut actuellement connaître le nombre d'enfants repérés pour troubles du comportement à ce stade.

Ce mode de repérage est encore insuffisant.

Le pédopsychiatre confirme cette notion. Il considère que ces enfants lui sont adressés trop tardivement car les signes d'alerte n'ont pas été repérés par l'entourage de ce jeune (parents, enseignants, médecins). Notre étude indique que le comportement de l'enfant est souvent mesuré en fonction de la gêne qu'il occasionne. Il n'y a donc pas réellement de repérage mais un signalement lorsque les TC sont trop dérangeants. Dans ces conditions, **la tolérance des équipes éducatives et des écoles, qui peut être variable, est importante à connaître**. Il faut alors que le mEN ait une bonne connaissance de son secteur. Sur le département le nombre encore insuffisant de mEN et les mutations fréquentes sont une limite pour ce travail de continuité.

Les résultats de notre enquête montrent que **le parcours scolaire de ces enfants n'est pas très chaotique**. L'échec scolaire aboutit effectivement à des redoublements. Mais les changements d'école ou l'exclusion sont plutôt rares. Ce n'est pas donc un facteur qui limite le repérage de ces enfants.

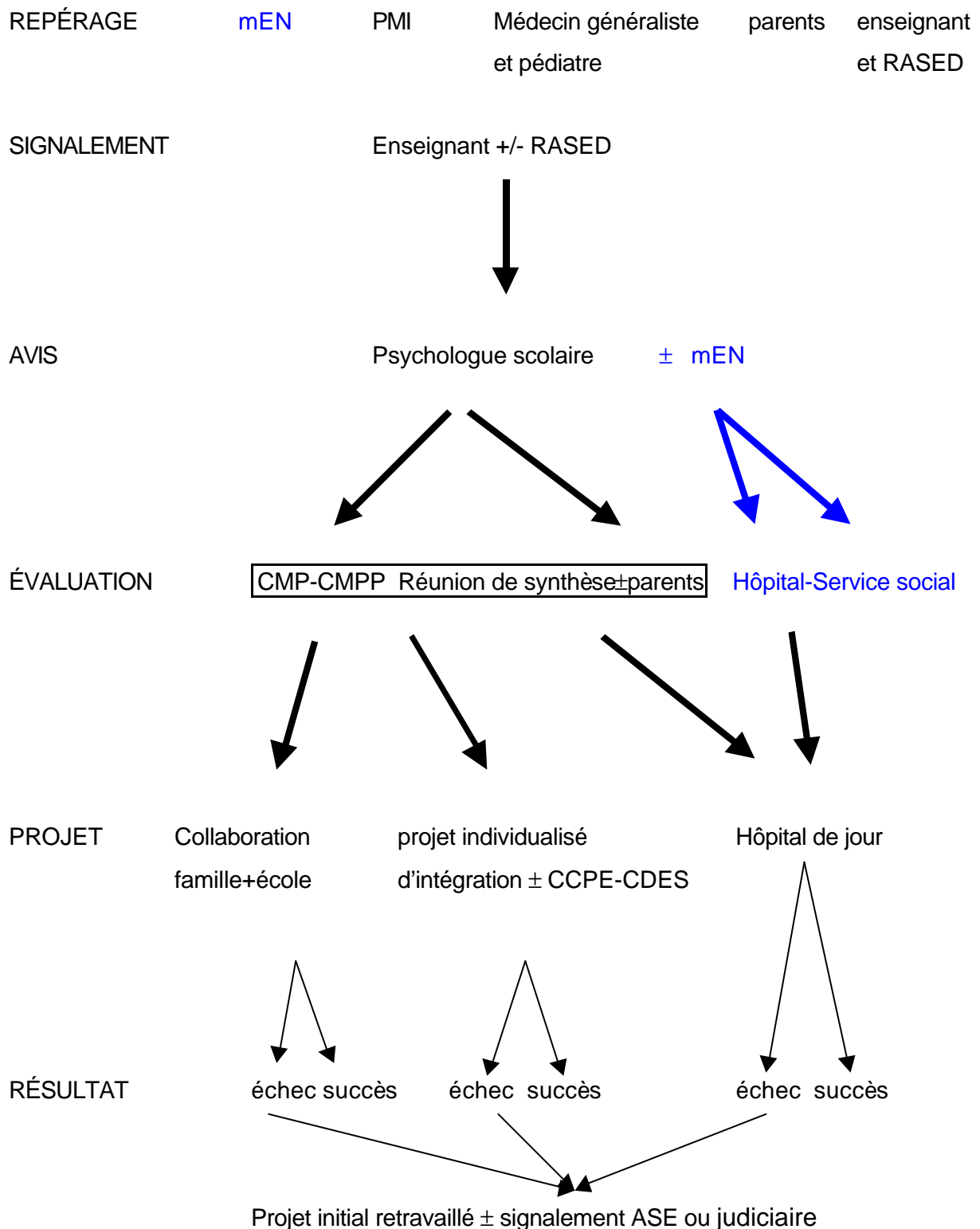
Le mEN est effectivement peu impliqué dans les premières concertations lorsqu'un enfant est repéré pour troubles du comportement. On lui réserve de nouveau le rôle de médiateur quand la situation se conflictualise. La bibliographie est en accord avec ce rôle minime du mEN : les médecins hospitaliers connaissent peu nos missions et ne nous citent que très rarement comme acteurs potentiels. Ils interagissent directement avec les médecins généralistes ou les pédiatres.

Si nous posons la problématique de départ, c'est-à-dire définir pourquoi le mEN est en difficulté lors de la prise en charge de ces enfants, nous constatons que notre étude a permis de confirmer ou d'infirmer certaines de nos hypothèses et d'en avancer de nouvelles.

Dans la plupart des cas, le temps consacré à l'évaluation de ces enfants est insuffisant. Souvent incomplète (en raison de l'absence du bilan social ou du manque d'investissement des parents), cette évaluation ne permet pas d'aboutir à une orientation diagnostique. Nous avons alors peu d'arguments sur lesquels nous appuyer pour participer à l'élaboration d'un projet d'intégration.

Voici un schéma récapitulatif du repérage, du signalement et du mode de prise en charge de ces élèves.

REPÉRAGE, SIGNALEMENT, PRISE EN CHARGE DE CES ÉLÈVES



- la couleur bleue souligne le manque d'intervention ou de sollicitation de la structure ou du professionnel concerné.

- ± = parfois.

5 - PROPOSITIONS

A l'issue de cette réflexion, quatre grands axes se dégagent. Ils concernent la prévention, la formation, le travail en collaboration et la guidance. Certaines de ces propositions pourront être mises en application par les ministères concernés, d'autres feront appel à des décisions départementales du service de santé scolaire. D'autres encore pourront être discutées et appliquées directement dans la commune. Nous décrivons des actions concrètes pour quelques unes de ces propositions.

5.1 PREVENTION

Le mEN a principalement un rôle de relais et de médiation. Il participe dans une moindre mesure au repérage et à l'évaluation de ces enfants. Il intervient donc au stade de la prévention secondaire et tertiaire, il est très peu impliqué dans la prévention primaire.

Il serait pertinent de développer notre action dans les directions suivantes :

- Maintenir ou renforcer la liaison avec la PMI.
- Encourager la concertation avec les pédiatres et les médecins généralistes.
- Établir une relation de confiance avec les parents dès les premiers signes d'alerte.
- Sensibiliser et former les enseignants à repérer les premiers symptômes qui pourraient évoluer vers un trouble du comportement.
- Étudier la population d'enfants concernés sur le département afin de rechercher des facteurs favorisants spécifiques de ces troubles.

5.2 FORMATION

- Permettre au mEN d'accéder à une formation concernant la psychopathologie de l'enfant, afin de :
 - s'accorder sur la définition,
 - avancer des arguments médicaux plus solides lors du travail en partenariat,
 - par l'intermédiaire de ces formations, pouvoir échanger avec nos confrères libéraux et spécialistes.

- Sensibiliser tous les mEN à l'importance du recueil de données statistiques.

- Améliorer nos connaissances vis-à-vis des structures spécialisées (IR, SESSAD).

- Former les enseignants au repérage et au signalement de ces enfants.

- Apporter aux équipes éducatives des informations à propos des TC de manière à éviter les représentations qu'ils pourraient avoir. Il serait important que ces équipes prennent conscience des problèmes liés à la santé mentale et les comprennent.

5.3 COLLABORATION

- Créer un groupe de réflexion départemental associant les différents partenaires concernés : PMI, CMP, CMPP, pédiatres ou médecins libéraux, médecins hospitaliers, membres du service médico-social de l'Éducation Nationale pédagogues, représentants de l'ASE. Il s'agirait d'une part de recenser le manque d'effectifs et de moyens, d'autre part de réfléchir à des dispositifs nouveaux permettant l'accueil de ces enfants. Il serait important de répertorier les différents projets existants mais méconnus.

- Créer sur le département des établissements et des services spécialisés adaptés aux enfants scolarisés dans le primaire.

- Affecter des assistantes sociales de l'Éducation Nationale dans le premier degré, car nous nous heurtons à la difficulté d'obtenir une évaluation sociale.

- Attribuer au mEN un secteur comportant moins d'élèves ce qui lui permettrait de consacrer plus de temps à ces enfants : suivi, évaluation.

5.4 GUIDANCE PARENTALE ET CONSEILS AUX ENSEIGNANTS

- Guidance parentale :

- Parvenir à inclure les parents dans le projet d'intégration de leur enfant en accentuant leur participation et leur implication lors des réunions de synthèse.

- Aider les parents à trouver un allié au sein de l'école (mEN, infirmier, référent spécialisé aux TC) afin de rétablir une relation de confiance avec l'école.

- Intervenir plus précocement auprès des parents pour leur expliquer dans un climat non conflictuel l'importance d'un bilan psychiatrique.

- Expliquer notre rôle et celui du psychologue scolaire aux parents. Cela permettrait peut-être de dédramatiser tout ce qui a trait à la psychiatrie.

- Conseils aux enseignants :

- Rédiger à l'intention des enseignants une conduite à tenir lorsqu'ils ont un enfant avec des TC à accueillir dans leur classe.

- Inclure lors des réunions de synthèse ou dans le cadre du projet d'école une sensibilisation par rapport à ce sujet pour atténuer la représentation que les enseignants peuvent avoir de ces enfants et éviter qu'ils les rejettent.

- Soutenir les équipes éducatives dans ces situations grâce à la présence dans les écoles de référents spécialisés (de formation pédagogique) vis-à-vis de ce trouble.

Nous détaillons maintenant quelques actions concrètes :

- ◆ Dans le service de santé scolaire de la Seine Saint Denis, trois groupes de mEN travaillent sur des thèmes faisant partie de priorités départementales. Un nouveau groupe pourrait être constitué pour réfléchir au sujet des TC. Il serait intéressant de pouvoir construire une grille permettant de mieux connaître la population cible de cette étude (environnement familial, conditions socio-économiques, parcours scolaire, présence ou non de TC, lieu de leur manifestation, identification du type de troubles présentés, évaluation de la gêne occasionnée, moyens mis en place pour aider l'élève).

Cette enquête par questionnaire s'adresserait aux parents et aux enseignants. À l'issue de cette enquête, des pistes de travail plus précises dans le domaine de la prévention primaire et dans l'élaboration de projets pourraient être avancées.

Un autre groupe de travail pourrait être constitué afin de pouvoir sensibiliser l'ensemble des mEN à l'importance du recueil soigneux des données statistiques. Ce sont des données épidémiologiques importantes pouvant donner lieu à des enquêtes de santé publique. Il faut toutefois rester prudent. Le Professeur Philippe Jeammet, psychiatre, affirme : "ne mettons pas les enfants dans des cases, à l'aide d'études épidémiologiques qui nous feraient tomber dans l'arbitraire." [31]

- ◆ L'une des missions du mEN est la prise en charge d'enfants atteints de maladies chroniques. Pour certains de ces enfants, nous participons à l'élaboration du projet d'accueil individualisé. Par l'intermédiaire de ce projet, des conseils d'ordre médical, sont donnés à l'équipe éducative. Lorsqu'un enfant présente un TC, une forme de "projet d'accueil individualisé" pourrait être rédigé. Ainsi l'enseignant disposerait d'un guide pour l'élève concerné. Ce guide pourrait contenir les indications suivantes :
 - conseils pour gérer une crise.
 - conseils pour placer l'enfant dans la classe.
 - conseils pour adapter le temps de travail de cet élève.
 - conseils pour permettre à l'enfant de bouger pendant les périodes de travail.
- ◆ Il est important sur un secteur de travail que les missions du mEN soient connues par l'ensemble des partenaires. Au cours des conseils d'école et de réunions de parents

d'élèves, il serait intéressant de présenter les différentes missions du mEN. Ainsi le médecin scolaire pourrait, à l'avenir, être sollicité dans les circonstances adéquates.

- ◆ Des rencontres plus systématiques entre les structures spécialisées (SESSAD, IR) et les équipes médico-pédagogiques de l'EN pourraient être programmées par le mEN du secteur afin de pouvoir présenter aux parents ou aux équipes éducatives ces dispositifs de façon objective tout en évitant les représentations.
- ◆ Des études statistiques plus fines mériteraient d'être entreprises. Il pourrait s'agir d'une enquête par questionnaire à l'intention des mEN du département afin de connaître ce qu'ils incluent dans la rubrique TC.

Le Médecin scolaire sur le secteur de son travail peut participer à l'impulsion et à la mise en place de ces dernières propositions.

CONCLUSION

Désormais, nous connaissons mieux la nature des difficultés rencontrées par le médecin de l'Éducation nationale lors de la prise en charge de ces élèves. Nous avons énoncé des propositions qui pourront l'aider à remplir l'une de ses missions, qui est de favoriser l'intégration des jeunes présentant des troubles du comportement.

Il faut d'ailleurs définir plus précisément ce terme de façon à pouvoir mieux catégoriser les troubles de ces enfants ce qui permettra de proposer des aides plus adaptées.

Le mEN doit savoir et pouvoir consacrer du temps à l'évaluation de ces enfants. Il est important qu'il confronte et recueille toutes les informations médicales ainsi que les descriptions de l'enfant faites par son entourage. L'orientation diagnostique, en se rapportant aux classifications et à l'avis de ses confrères spécialistes, lui permettra de conseiller les familles et de donner des avis lors des réunions de synthèse.

Comme chacun des partenaires concernés par ces enfants, le mEN se heurte à la difficulté d'élaborer un projet d'intégration permettant une scolarisation dans de bonnes conditions. En effet, ces enfants à la frontière de tous les domaines (médical, social, éducatif) mettent en échec les solutions proposées et cristallisent, comme nous l'avons constaté, les difficultés de chaque institution.

Un travail de réflexion et de concertation de tous les partenaires est encore nécessaire à cette étape pour remédier à ce problème.

Le mEN est, lui aussi, à l'intersection de tous les intervenants, il doit garder son rôle de médiateur et de relais. Mais il doit aussi développer son action dans la prévention, en particulier dans la prévention primaire. Cela permettrait d'intervenir avant la survenue de troubles graves du comportement. Cela éviterait aussi que les situations existantes ne soient conflictuelles.

Enfin, nous n'avons pas abordé dans cette étude l'avis des parents. Il serait souhaitable d'étudier de façon globale une population de parents d'enfants scolarisés en primaire. D'une part, des facteurs prédisposant à ces troubles pourraient être mis en évidence. D'autre part, il serait intéressant de connaître l'opinion des parents sur leur relation avec l'école quand ils ont un enfant présentant un trouble du comportement.

Les différentes notions qui viennent d'être exposées nous incitent à comprendre qu'il s'agit d'un sujet toujours très préoccupant. De tous temps, des enfants, en raison d'un comportement perturbateur à l'école, ont eu des difficultés à s'intégrer au système scolaire. La société évolue et ces troubles sont perçus différemment suivant les époques. A la fin du

XIXième siècle, on mettait l'accent sur la prise en charge psychopédagogique. Au milieu du XXième siècle, l'évaluation médicale prenait tout son importance. Au début du XXIième siècle, on s'attache de nouveau à un travail de collaboration. Néanmoins aujourd'hui, des efforts doivent encore être faits pour permettre l'intégration de ces enfants tout en évitant la souffrance de chacun et en particulier celle de l'enfant.

L'une des conditions de réussite de l'intégration est peut-être la tolérance. Chaque adulte et chaque enfant de la communauté scolaire doivent pouvoir montrer un esprit de tolérance. L'intégration des enfants en deviendra sûrement plus simple.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES-ARTICLES

- 1 - ABELLA A., GEX-FABRY M., MANZANO J., *Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire : une étude longitudinale prospective* ", Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2001, n°49, pp 9-18.
- 2 - ALTEMEIER III WILLIAM A. et HORWITZ E., *The Role of the School in the Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Pediatric Annals, december 1997, n°26 (12), pp 737-744.
- 3 - BALIER C., DIATKINE G., *Psychopathie chez l'enfant et l'adolescent* in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, Paris, 1995.
- 4 - BERTHIER N., *Les techniques d'enquête*, Paris, Armand Colin, 1998
- 5 - BINET A., SIMON T., *Les enfants anormaux : Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement* , Paris, Armand Colin, 1907.
- 6 - BOIVIN M., POULAIN F, *Les choix de camarades de jeu et la qualité de l'insertion sociale des garçons agressifs*, Enfance, n°3, 1993, pp261-278
- 7 - BOSHI R., *La Prévention des Troubles Psychiques chez L'Enfant et l'Adolescent: Quand faut-il intervenir?*, L'Harmattan, Technologie de l'action sociale, 2000
- 8 - BURGER F. L., LANG C. L., *Diagnosis commonly missed in childhood*, The Psychiatric Clinics of North America, december 1998, n°21 (4), pp 927-940.
- 9 - Les cahiers d'interfaces Les enfants difficiles Première partie, n°1, CREAMI, 1997
- 10 - Les cahiers d'interfaces Les enfants difficiles Deuxième partie, n°2, CREAMI, 1997
- 11 - CARIA A. et al., *La CIM-10° soins de santé primaires (I)*, La revue du praticien, 1996, n°330 (10), pp 39-44
- 12 - CHARATAN F., *Ritaline : Outre-Atlantique, les parents s'agitent aussi...*, Médecine & Enfance, janvier 2001 (d'après " US parents sue psychiatrists for promoting Ritalin ", BMJ, 2000 (321) p 723).
- 13 - COLPIN M.-T., *Les Psy et L'école*, L'Harmattan, 2000
- 14 - COURNUT J., *Les troubles caractériels de l'enfant*, Cahiers de l'hôpital H.Rousselle, 1966, n°1

- 15 - CRAMOYSAN R., *L'instabilité psychomotrice. Étude d'un cas*, Soins Psychiatrie, décembre 1984, n°50, pp 33-38.
- 16 - *DSMIV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1985
- 17 - *DSMIV Diagnostics Différentiels*, Masson, 1999
- 18 - DECOBERT S., RIQUIER M. *L'école élémentaire* in LBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, Paris, 1995, pp 2810-2830
- 19 - *Dictionnaire du handicap*, G. ZRIBI, D. POUPEE-FONTAINE, Éditions E.N.S.P., 1996.
- 20 - *Difficultés et échecs scolaires*, Les dossiers du Praticien, octobre 2000 , n° 505, pp 3-23
- 21 - DUBE R., *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*, Gaëtan Morin, 1992.
- 22 - DOYEN C., ISNARD P., *l'agressivité chez l'enfant*, J. Pédiatr. Puériculture, 1996, n°9, pp 227-233.
- 23 - FERRARI P., *Troubles du comportement chez l'enfant*, in FERRARI P., EPELBAUM C., *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Flammarion, 1993, pp 90-95
- 24 - FOMBONNE E., VERMEERSCH S., *Les enfants de la cohorte Gazel : I Prévalence des contacts avec le système médico-éducatif pour des motifs psychologiques, et facteurs associés*, Rev. Épidém. et Santé publ., 1997, n°45, pp 29-40.
- 25 - FOMBONNE E., S. VERMEERSCH, *Les enfants de la cohorte Gazel : II Motifs des contacts avec le système médico-éducatif, par âge et par sexe*, Rev. Épidém. et Santé publ., 1997, n°45, pp 107-115.
- 26 - FOURNERET P. et al, *Procédure décisionnelle devant un tableau d'instabilité psychomotrice chez l'enfant d'âge scolaire*, Arch Pédiatr., 2000, n°7, pp 554-562.
- 27 - FRAPPIER J.Y., LAMBIN M. et MARRA D., *École et santé mentale : pourquoi doit-on s'y intéresser ?*, Prisme, été 1997, n°7 (2), pp 246-250
- 28 - GERARDIN P., *Hyperactivité*, Impact Médecin, 2000, n°505, pp 16-18.
- 29 - HERGUETA T., *Enfants surdoués*, Impact Médecin, 2000, n°505, pp 19-23.
- 30 - LEGENDRE J., *Traiter l'hyperactivité, est-ce possible?*, Prisme, automne 1997, n°7, (3-4), pp604-613
- 31 - MATHIEU M., *la santé mentale des élèves reste taboue*, Le Monde de l'Éducation, mai 2002, n°3, p 52
- 32 - MCGOUGH James J., and MCCRACKEN James T., *Assessment of attention deficit hyperactivity disorder: a review of recent literature*, Current Opinion in Pediatrics, 2000, n°12, pp 319-324
- 33 - MAILLET J., *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents*, Desclée de Brouwer, 1997

- 34 - MALANDAIN C., *scolarité et développement de la personnalité*, Bulletin de psychologie, 1988-1989, Tome XLII, n°392, pp 864-869
- 35 - MASSÉ L., *Facteurs influençant l'efficacité des programmes d'intervention cognitives-comportementales en milieu scolaire*, Revue Canadienne de Psycho-éducation, 1999, n°28 (2), pp 199-211
- 36 - MAUPILIER S., *Comment améliorer la prise en charge des jeunes " au profil frontière " accueillis en institut de Rééducation*, Formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, Rennes, ENSP, 1998
- 37 - MAZET P., HOUZEL D. *Les troubles du comportement*, in *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Maloine S.A. Éditeur, 1986, pp 215-235
- 38 - MONTALADA K., *Troubles du comportement comme signe annonciateur de la puberté et de l'adolescence. Présentation d'un cas* Neuropsychiatrie de l'enfance, 1991, 39 (8-9) pp 390-393.
- 39 - MORGAN N., *Médicaliser la déviance*, Futuribles juin 2001, n° 265, pp 29-40.
- 40 - NERI J.P., TRAMOY-WERNER S., FARRE C. *Psychologie clinique dans l'institution scolaire*, Presses universitaires de Grenoble, 2000.
- 41 - PANNETIER M., *L'intégration scolaire des enfants handicapés*, Mémoire de la formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, Rennes, ENSP, 1992-1994
- 42 - PARADIS R., VITARO F., *Les enfants rejetés par leurs pairs*, Enfance, 1999, n°4, pp 363-377
- 43 - PENNINGTON Bruce F., *Executive Functions and Developmental Psychopathology*, J. Child Psychol., 1996, 37 (1), pp 51-87
- 44 - *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale :Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS 2001.
- 45 - RIPOLL Alice *Troubles du comportement à l'école primaire et maternelle: essai de définition d'un trouble du comportement par le personnel de l'école-Cité des 4000-La Courneuve*, Mémoire professionnel du cycle de formation du Médecin contractuel de santé scolaire, ENSP, 1986.
- 46 - ROBIN G., *L'éducation des enfants difficiles*, Que sais-je n° 71, PUF 1951
- 47 - ROUSSEAU C., *La clinique dans l'école :greffe fructueuse ou corps étranger ?*, Prisme, été 1997, 7 (2) pp372-376
- 48 - ROYER E., MORAND C., MOISAN S., BITAUDEAU I., *Intervention concertée auprès d'adolescents présentant des difficultés de comportement : étude préliminaire*, Prisme, été 1997, 7 (2), pp420-431
- 49 - SAIAG M.C., Mouren-Simeoni M.C., *Troubles du comportement de l'enfant*, La Revue du Praticien, 23 février 1998, n°411 (12), pp 23-35.

- 50 - SANN L. et DAVID M., *Un nouveau rôle pour le pédiatre: la prévention de la violence sociale*, Arch Pediatr , 1998 (5), pp 307-317.
- 51 - SAUVAGE D., LENOIR P., MALVY J., *La prise en charge à tous les âges de la vie*, Réadaptation, 1996, janvier, n°436, pp 31-33
- 52 - SMOLLA N. et LEBEL A. *Les centres de jour pédopsychiatriques pour la clientèle des 0-12 ans au Québec*, Rev. Can. Psychiatrie, vol 43, septembre 1998, pp 714-721.
- 53 - SPENCER T. BIEDERMAN J., WILENS T., *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity*-Pediatric Clinic of North America, october 1999, 46 (5), pp 915-927.
- 54 - THORLEY G., *Hyperkinetic Syndrome of Childhood: Clinical Characteristic*, Brit. J. Psychiat., 1984, 144, pp 16-24.
- 55 - TREMBLAY R. E., *Prédire et prévenir la violence des adolescents : l'étude longitudinale et expérimentale de Montréal*, Prisme, automne 1997, 7(3-4), pp494-507
- 56 - TRIDON P. et VIDAILHET C. *La consultation de l'enfant en difficulté à l'école*, La Revue du Praticien, 1980, pp 30-43
- 57 - TURSZ A. et al *Le dépistage en population générale*, adsp, mars 1999, n°26, pp 45-54.
- 58 - VERLAAN P., DUMAS J.E., BEAUDIN L., *Les désordres de la conduite : caractéristiques et trajectoire de leur développement*, La Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 1992, 21(2), pp 133-144.
- 59 - TYCHEY (de) C. *Psychologie clinique et prévention*, Éditions et Applications Psychologiques, Paris, 2000.
- 60 - ZÉMOR L., *L'instabilité psychomotrice*, Soins Pédiatrie Puériculture, 1996, n°173, pp 37-42
- 61 - ZORMAN M., *Un programme de prévention du mal-être et de la violence à l'école*, Enfance et Psy, n°11, pp 117-123.

Textes réglementaires

- Circulaire n°82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982, mise en œuvre d'une politique d'intégration scolaire.
- Circulaire n°83-082, 83-4 et 3-83.S du 29 janvier 1983, mise en place d'action de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement.

- Circulaire n°89-18 du 30 octobre 1989, modifications des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.
- Circulaire n°90-082 du 9 avril 1990, mise en place et organisation des réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté.
- Circulaire n°90-083 du 10 avril 1990, mission des psychologues scolaires.
- Circulaire n°90-091 du 23 avril 1990, éducation spécialisée et intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés- Nouvelles annexes XXIV au décret du 9 mars 1956.
- Circulaire n°91-302 du 18 novembre 1991, intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.
- Circulaire n°91-303 du 18 novembre 1991, scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire et social.
- Circulaire n°91-304 du 18 novembre 1991, scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire. Classes d'intégration scolaire (CLIS).
- Circulaire n°99-187 du 19 novembre 1999, scolarisation des enfants et adolescents handicapés.
- Circulaire n°99-188 du 19 novembre 1999, mise en place des groupes de coordination Handiscol' .
- Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001, mission des médecins de l'Éducation Nationale.
- Circulaire n°2002-111 du 30 avril 2002, adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves.
- Loi n°896486 du 10 juillet 1989, loi d'orientation sur l'éducation.
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des handicapés.
- Arrêté du 9 janvier 1989. Nomenclature des déficiences, incapacités, et désavantages.

ANNEXES

Annexe 1 : - grilles de guide d'entretien

Annexe 2 : - Arrêté du 9 janvier 1989 (extraits)
- Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (extraits)
- Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux-quatrième édition (extraits)

Annexe 3 : - grilles de recueil de données statistiques du service de santé scolaire :
-1.7- Examens médicaux à la demande effectués par les médecins.
-1.9- Nombre d'élèves atteints d'un handicap pour lesquels le médecin est intervenu.

Annexe 1

GUIDES D'ENTRETIEN

Présentation : Bonjour, je suis mEN en formation . Dans le cadre de cette formation je prépare un mémoire professionnel qui a pour thème les troubles du comportement chez les enfants âgés de 6 à 12 ans. Je suis amenée à rencontrer les partenaires concernés par la prise en charge de ces enfants. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité aujourd'hui vous rencontrer.

Médecin scolaire, Infirmière scolaire, Psychologue scolaire, Instituteur, Directeur d'école

Consigne initiale: Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre attitude avec les enfants présentant des troubles du comportement?

Je souhaite aborder 4 thèmes.

Thème 1: définition des troubles du comportement

Quelle est pour vous la définition des troubles du comportement?

Comment décrivez-vous ces enfants dans le milieu scolaire?

Dans quel domaine classez- vous ces enfants ?

Thème 2: Repérage

A quel moment ces enfants sont-ils repérés?

Qui les repère ?

Quelle est votre formation face à l'identification de ce type de trouble?

Thème 3: Intégration et Orientation

Quel est le parcours scolaire de ces enfants?

Comment s'organise la prise en charge de ces enfants?

Quelles solutions sont proposées pour aider ces enfants?

Thème 4: Travail en partenariat autour de ces enfants

Quelles sont vos relations :

- avec l'enfant?
- avec les parents?

Comment percevez-vous les parents de ces enfants ?

Comment percevez- vous les enfants ?

Quelle est l'attitude des parents vis-à-vis :

- de l'école ?

- de leur enfant ?

Qui sollicitez-vous comme partenaire pour la prise en charge de ces enfants?

L'analyse de la situation de ces enfants est-elle simple?

Secrétaire de CCPE, Inspecteur AIS, Inspecteur IEN

Consigne initiale: Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre attitude avec les enfants présentant des troubles du comportement?

Je souhaite aborder 4 thèmes.

Thème 1: définition des troubles du comportement

Quelle est pour vous la définition des troubles du comportement?

Comment vous sont décrits ces enfants à la lecture des dossiers, dans les commissions auxquelles vous assistez?

Dans quel domaine classez- vous ces enfants ?

Thème 2: Repérage

A quel moment ces enfants sont-ils repérés?

Qui les repère ?

Thème 3: Intégration et Orientation

Quel est le parcours scolaire de ces enfants?

Comment s'organise la prise en charge de ces enfants?

Quelles solutions sont proposées pour aider ces enfants?

Thème 4: Travail en partenariat autour de ces enfants

Quelles sont vos relations :

-avec les parents?

Comment percevez-vous les parents de ces enfants ?

Comment percevez- vous les enfants ?

Quelle est l'attitude des parents vis-à-vis :

- de l'école ?

- de leur enfant ?

Quels partenaires sont sollicités pour la prise en charge de ces enfants?

L'analyse de la situation de ces enfants est-elle simple?

Consigne initiale: Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre attitude avec les enfants présentant des troubles du comportement?

Je souhaite aborder 4 thèmes.

Thème 1: définition des troubles du comportement

Quelle est pour vous la définition des troubles du comportement?

Dans quel domaine classez- vous ces enfants ?

Thème 2: Repérage

A quel moment ces enfants sont-ils repérés?

Qui les repère ?

Thème 3: Intégration et Orientation

Quel est le parcours scolaire de ces enfants?

Comment s'organise la prise en charge de ces enfants?

Quelles solutions sont proposées pour aider ces enfants?

Thème 4: Travail en partenariat autour de ces enfants

Quelles sont vos relations :

- avec l'enfant ?
- avec les parents?

Comment percevez-vous les parents de ces enfants ?

Comment percevez- vous les enfants ?

Quelle est l'attitude des parents vis-à-vis :

- de l'école ?
- de leur enfant ?

Quels partenaires sont sollicités pour la prise en charge de ces enfants?

L'analyse de la situation de ces enfants est-elle simple?

Directeur d'un Institut de rééducation

Consigne initiale: Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre attitude avec les enfants présentant des troubles du comportement?

Je souhaite aborder 4 thèmes

Thème 1: définition des troubles du comportement

Quelle est pour vous la définition des troubles du comportement?

Comment décrivez-vous ces enfants?

Dans quel domaine classez- vous ces enfants ?

Thème 2: Repérage

A quel moment ces enfants sont-ils repérés?

Quelle est votre formation face à l'identification de ce type de trouble?

Qui les repère ?

Thème 3: Intégration et Orientation

Quel est le parcours scolaire de ces enfants?

Comment s'organise la prise en charge de ces enfants?

Quelles solutions sont proposées pour aider ces enfants?

Thème 4: Travail en partenariat autour de ces enfants

Quelles sont vos relations :

- avec l'enfant?
- avec les parents?

Comment percevez- vous les enfants ?

Comment percevez-vous les parents de ces enfants ?

Quelle est l'attitude des parents vis-à-vis :

- de l'école ?
- de leur enfant ?

Qui sollicitez-vous comme partenaire pour la prise en charge de ces enfants?

L'analyse de la situation de ces enfants est-elle simple?

Inspectrice ASE

Consigne initiale: Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre attitude avec les enfants présentant des troubles du comportement?

Je souhaite aborder 4 thèmes.

Thème 1: définition des troubles du comportement

Quelle est pour vous la définition des troubles du comportement?

Comment vous sont décrits ces enfants à la lecture des dossiers, dans les commissions auxquelles vous assistez?

Dans quel domaine classez- vous ces enfants ?

Thème 2: Repérage

A quel moment ces enfants sont-ils repérés?

Qui les repère ?

Thème 3: Intégration et Orientation

Quel est le parcours scolaire de ces enfants?

Comment s'organise la prise en charge de ces enfants?

Quelles solutions sont proposées pour aider ces enfants?

Thème 4: Travail en partenariat autour de ces enfants

Quelles sont vos relations :

- avec l'enfant?
- avec les parents?

Comment percevez- vous les enfants ?

Comment percevez-vous les parents de ces enfants ?

Quelle est l'attitude des parents vis-à-vis :

- de l'école ?
- de leur enfant ?

Qui sollicitez-vous comme partenaire pour la prise en charge de ces enfants?

L'analyse de la situation de ces enfants est-elle simple?

Remerciements

Annexe2

Arrêté du 9 janvier 1989 (extraits).

Nomenclature des déficiences, incapacités, et désavantages

(...)

ANNEXE

Présentation générale

La nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages est un lexique permettant de décrire les handicaps.

Inspirée étroitement de la classification internationale des handicaps CIDH – proposée par l'Organisation mondiale de la santé (...), elle en suit les principes généraux et, en particulier, l'organisation selon trois axes : l'axe des déficiences, l'axe des incapacités, l'axe des désavantages (traduction française du terme anglo-saxon " handicap ").

Cette nouvelle nomenclature présentée ici se distingue de la classification internationale des maladies (CIM) : elle analyse les conséquences de ces maladies, conséquences lésionnelles, fonctionnelles ou situationnelles.

(...)

La déficience est définie par l'OMS comme :

"toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique, ou anatomique."

La déficience correspond à l'aspect lésionnel du handicap. (...)

L'incapacité :

"correspond à toute réduction (résultat d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain."

L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel du handicap. Elle s'apprécie avant appareillage ou aide technique.

(...)

Le désavantage :

"résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)."

Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap. (...)

Les déficiences

(...)

2. Autres atteintes du psychisme

(...)

21. Troubles de la perception ou de l'attention

Altération quantitative ou qualitative de l'attention (difficulté à soutenir son attention, ou fausses perceptions par exemple).

(...)

23. Troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur ou de la volition

Perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments, de la durée, de la stabilité des états affectifs, de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions.

(...)

25. Troubles du comportement

Comprend les autres atteintes du psychisme qui n'ont pu être classées dans les rubriques précédentes.

(...)

Les incapacités

1. Incapacités concernant le comportement

(...)

15. Incapacité concernant l'acquisition de connaissances scolaires, professionnelles ou autres

Perturbation générale de la capacité d'apprendre.

(...)

17. Incapacité concernant les occupations

Difficulté à organiser ou à participer à des activités scolaires (...)

(...)

19. Incapacité concernant le comportement (sans autre indication)

Les Désavantages

(...)

4. Scolarité

41. Scolarité normale

42. Scolarité intermittente

Comprend notamment la scolarité entrecoupée par des séjours hospitaliers

43. Dispensé de certaines activités

Non participation à certaines activités scolaires ou de formation professionnelle. Scolarité et formation professionnelle normales mais à temps partiel dans la journée ou la semaine.

CLASSIFICATION FRANCAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT (extraits)

(...)

7- Troubles des conduites et des comportements.

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention

Classer ici les troubles décrits en France par l'expression instabilité psychomotrice.

Du point de vue symptomatique, cet ensemble est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle. (...)

Correspondance avec la CIM-10 : F 90 troubles hyperkinétiques.

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

Correspondance avec la CIM-10 : F 90.8

7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés.

7.7 Autres troubles caractérisés des conduites.

Classer ici des comportements parfois répétitifs, qui inquiètent et attirent l'attention de l'entourage. Ils peuvent par eux-mêmes avoir des conséquences graves pour l'individu et/ou son entourage ;

Tantôt le comportement reste isolé et il sera classé ici en catégorie principale, tantôt il fait partie d'un tableau clinique classable dans les catégories 1 à 5 et on utilisera alors cette rubrique comme catégorie complémentaire.

LA CLASSIFICATION DU DSM IV (extraits)

TROUBLES : DEFICIT DE L'ATTENTION ET COMPORTEMENT PERTURBATEUR (93)

- _____ [314.xx] Déficit de l'attention/hyperactivité (93)
- F90.0 [.01] type mixte (95)
- F90.0 [.00] type inattention prédominante (95)
- F90.0 [.01] type hyperactivité-impulsivité prédominante (96)
- F90.9 [314.9] Déficit de l'attention hyperactivité NS (102)
- F91.x [312.8] Troubles des conduites (102)
- Spécifier le type* : à début pendant l'enfance, à début pendant l'adolescence.
- F91.3 [313.8] Troubles oppositionnels avec provocation (109)
- F91.9 [312.9] Troubles du comportement perturbateur (112)

Annexe 3

DONNEES STATISTIQUES DES MEDECINS

1.7 - examens médicaux à la demande effectués par les médecins

établissements	codes	nombre d'élèves examinés	nombre d'examens effectués	ORIGINE des DEMANDES : celui qui saisit le médecin							MOTIFS DES DEMANDES											SUIVI				
				Institution					hors Institution																	
				1701	1702	1703	1704	1705	1706	1707	1708	1709	1710	1711	1712	1713	1714	1715	1716	1717	1718	1719	1720	1721	1722	
maternelle	1																									
élémentaire	2																									
collège	3																									
SEGPA	4																									
EREA-LEA	5																									
UPI	6																									
lycée	7																									
LP	8																									
établissement agricole	9																									
TOTAL	10																									

(1) Equipe pédagogique inclut enseignants, CPE, COP chefs d'établissements etc
(2) n'ayant pas été inscrits dans le tableau 1.8 "élèves en danger"

DONNEES STATISTIQUES DES MEDECINS

1.9 - Nombre d'élèves atteints d'un handicap pour lesquels le médecin est intervenu *

établissement	codes	1901	1902	NATURE DU HANDICAP									1913				
				nombre d'élèves examinés	nombre d'exams effectués	déficience de l'appareil locomoteur	déficience de la vision	déficience de l'audition	déficience du langage et de la parole	déficience intellectuelle	déficience du psychisme	difficultés de comportement		déficiences viscérales	pluri handicap	autres handicaps (1)	nombre de conventions d'intégration
maternelle	1																
élémentaire	2																
collège	3																
SEGPA	4																
EREA-LEA	5																
UPI	6																
lycée	7																
LP	8																
établissement agricole	9																
TOTAL	10																

* tableau établi selon la classification du guide barème. Est handicapé tout enfant ayant un dossier à la CPES ou pour lequel un dossier va être établi. Compter le nombre d'enfants, que l'intégration soit individuelle ou collective.
(1) pour les principaux handicaps pris en compte dans cette colonne sinon, les chiffres sont inexploitable