Document généré le 23 avr. 2024 04:30

**Lien social et Politiques**

Lien social et Politiques

# La circulation des enfants au sein du champ médico-scolaire local dans un quartier populaire en France
# Children flow within the local school-medical field in a working-class district in France

Jean-Marc Goudet

Numéro 85, 2020

Le déterminisme parental en question : la « parentalisation » du social

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073748ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073748ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1703-9665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Goudet, J.-M. (2020). La circulation des enfants au sein du champ médico-scolaire local dans un quartier populaire en France. *Lien social et Politiques*, (85), 192–210. https://doi.org/10.7202/1073748ar

Résumé de l'article

Comment expliquer les hétérogénéités de trajectoires médico-scolaires d'enfants scolarisés au sein d'un quartier populaire de métropole dans la France contemporaine ? La régulation des populations enfantines ne se ferait plus uniquement par le contrôle des familles, mais par la prise en compte des critères biomédicaux individuels qui a pour corollaire une production de nouvelles catégories enfantines et le développement d'un marché paramédical libéral. Cela concorde avec l'émergence des « troubles des apprentissages », qui explosent depuis les années 2000 en écho aux lois relatives au handicap et à l'inclusion scolaire. À partir d'une enquête ethnographique menée de 2017 à 2019 dans les institutions médico-scolaires d'un quartier de métropole, cet article montre l'articulation des paradigmes neuroscientifiques et du déterminisme parental chez les professionnels, les parents, ainsi que leurs effets sur les trajectoires enfantines. Les stratégies parentales, enfantines et professionnelles sont analysées à partir d'études de cas d'enfants, et en croisant des matériaux issus des données d'observation en cabinet d'orthophonie et dans un centre de médecine scolaire avec des entretiens réalisés auprès des mères. Cet article met en évidence deux principaux résultats, d'une part l'extension du paradigme neuroscientifique au champ de l'enfance et de la scolarité avec la création d'un « champ médico-scolaire local », et d'autre part l'émergence d'une « nouvelle hygiène scolaire » construite à partir des normes biomédicales et des critères scolaires. Cette circulation de populations enfantines témoigne du processus de tri lié à la production de nouvelles catégories médico-scolaires qui influencent de manière inédite les trajectoires médico-scolaires dans un contexte d'injonction à la réussite scolaire.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

# La circulation des enfants au sein du champ médico-scolaire local dans un quartier populaire en France

JEAN-MARC GOUDET
Docteur en médecine et doctorant en sociologie — EHESS et Centre Maurice-Halbwachs

—

## Introduction

Le contexte des politiques françaises de l'enfance s'inscrit dans les mutations des institutions sociales en France depuis les années 1980 (Siblot, 2006 ; Serre, 2009). Le délitement des institutions publiques et leur substitution partielle par un marché libéral induisent un déplacement du travail éducatif des institutions vers les familles et vers le secteur privé (Chopart, 1996). La transformation des modes de recrutement des professionnels (Dubois, 2010) aussi bien que des « dispositifs » institutionnels produit une tension entre un « déterminisme parental » (Furedi, 2002) à l'œuvre auprès de professionnels de l'enfance (Neyrand, 2011) et prolongé par les politiques de parentalité (Martin, 2014), et les politiques ciblant l'« intérêt de l'enfant » (Grelley, 2010).

Dans le champ scolaire français, différents paradigmes ont justifié les pratiques développées pour faire face aux difficultés des élèves en matière d'apprentissage. Si les années 1980 sont marquées par les choix pédagogiques (Houssaye, 2012), ceux-ci semblent dépassés par les interprétations médico-psychologiques[1] dans les années 1990 (Morel, 2014). De multiples travaux décrivent une médicalisation de l'échec scolaire et une intrusion du paradigme neuroscientifique dans les apprentissages scolaires (Morel, 2014 et 2016). Ce phénomène international fait suite à l'échec de l'institution scolaire pour assurer une mobilité sociale des élèves (Reid et Valle, 2004) et produit un renforcement des inégalités sociales et raciales à l'école (Dudley-Marling et Dippo, 1995). En attribuant une origine neurobiologique à certaines difficultés scolaires, le champ « troubles des apprentissages » a pour effet de renforcer

une idéologie méritocratique de l'école (Carrier, 1986). Cela s'inscrit dans les objectifs de scolarisation de masse d'une population (Meyer *et al.*, 1977), en écho aux besoins économiques d'une société (Dudley-Marling et Dippo, 1995). Ce recours à des explications biologiques dans les discours et les pratiques renvoie au processus de « biologisation du social » effectué par des institutions scolaires et médicales (Lemerle et Reynaud-Paligot, 2017). Le processus de catégorisation d'élèves en situation de troubles d'apprentissage est ainsi en constante augmentation aux États-Unis (Anyon, 2009) et dans de nombreux pays industrialisés (Cornoldi *et al.*, 2018), dont la France (Ichou et Van Zanten, 2019), avec une surreprésentation d'enfants catégorisés selon leur classe sociale, leur race[2] (Harry et Klingner, 2006 ; Anyon, 2009) et leur genre (Shifrer, Muller et Callahan, 2010).

En France, depuis la loi de 2005[3], l'inclusion des enfants en situation de handicap est promue en école « ordinaire ». Cette nouvelle hygiène publique[4], qui reprend la question de l'orientation scolaire, s'appuie sur un ensemble de groupes professionnels issus des champs scolaire, médico-social, médical et paramédical. L'article porte sur les transformations actuelles de ce champ en France, que nous nommons un « champ médico-scolaire ». Il s'agit d'appréhender le processus en cours dans le champ médico-scolaire de l'enfance qui dépasse le processus de médicalisation et d'inclusion scolaire, et qui produit de nouvelles formes de triage des enfants selon des catégories médicales, sociales et scolaires[5]. Ce processus s'appuie notamment sur un paradigme neuroscientifique porté par une partie des acteurs institutionnels et investi par une partie des familles.

Partant d'une analyse empirique de l'orientation des enfants et de leur circulation au sein du champ médico-scolaire local, l'objectif est de saisir les différentes manières dont le paradigme neuroscientifique s'articule à la question de l'« épreuve scolaire ». Nous nous demanderons donc comment l'appropriation ou non du paradigme par les professionnels et les familles transforme les trajectoires médicales et scolaires d'enfants en quartier populaire dans la France contemporaine.

## Encadré n° 1

### Méthodologie — le double positionnement de l'ethnographe

Les matériaux présentés sont issus d'une enquête de terrain ethnographique réalisée de janvier 2017 à juillet 2019 dans un quartier populaire d'une métropole française, sur deux sites principaux. L'enquête a été construite sans effectuer d'échantillonnage, mais dans une logique monographique des institutions (para)médicales. J'occupais une double position. Dans la première enquête principale, je travaillais comme médecin scolaire et effectuais des bilans des enfants de six ans scolarisés dans le quartier d'enquête. Ces bilans obligatoires en grande section maternelle ont pour but de dépister des troubles d'apprentissage. Les documents professionnels et mes notes de médecin scolaire ont été utilisés comme des « sources » pour analyser les matériaux récoltés et passer d'une pratique professionnelle à une pratique de recherche. Un journal de terrain a été tenu entre les consultations et complété au retour au domicile. Dans une seconde enquête longitudinale, j'étais « stagiaire sociologue » au sein d'un cabinet libéral d'orthophonie situé au cœur du quartier. J'ai pu observer le suivi, par observation participante, d'une cinquantaine d'enfants âgés de 3 à 18 ans. Le suivi des enfants s'étalait, selon la durée et les conditions de rééducation, de quelques séances à dix-huit mois. J'utilise ici principalement les données issues de cette seconde enquête. Les matériaux ont été récoltés à partir du journal de terrain, de l'observation de la pratique d'une orthophoniste, des discussions informelles avec la seconde orthophoniste collaboratrice du cabinet, et de sept entretiens auprès des mères d'enfants suivis en complément de discussions avec les parents. Cette recherche a été perçue par les orthophonistes comme un moyen de valoriser une pratique professionnelle libérale prise dans des hiérarchies médicales importantes et avec des conditions d'exercice difficiles. Le caractère participatif de la recherche a de fait atténué les effets d'observation sur les sujets. Les données récoltées ont été croisées avec diverses sources (données de littérature, présence à certaines réunions de synthèse des enfants, statistiques de cadrage régional de médecine scolaire et nationale, journal de terrain), en faisant varier les profils sociologiques des enfants rencontrés (suivi en médecine scolaire, et suivi plus ou moins long d'une cinquantaine d'enfants en orthophonie), et en analysant de manière réflexive le rapport enquêteur-enquêté·e.

Ce terrain a pris fin au bout de dix-huit mois suivant le principe de saturation des données (Glaser et Strauss, 1967). Lors des enquêtes, le consentement oral a été recueilli auprès de l'ensemble des enfants et de leurs parents. Cette recherche a reçu l'approbation éthique de ma direction de thèse, du comité de thèse, et a été soumise pour validation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dans le cadre du laboratoire de recherche.

—

## 1. L'extension du paradigme neuroscientifique à la question scolaire

### 1.1 La production d'un « champ médico-scolaire local »

Le champ médico-scolaire local ethnographié a connu les transformations importantes des politiques publiques des dernières décennies. Ces évolutions sont perceptibles dans le quartier d'enquête à travers les modifications en cours des institutions scolaires, médicales et médico-sociales. Les effets se répercutent sur l'ensemble des professionnels du monde scolaire et, notamment, les orthophonistes libéraux[6]. L'afflux d'élèves vers les cabinets de rééducation orthophonique est considérable (Cash, Cash et Potocka, 2012). Les listes d'attente peuvent aller de plusieurs mois à plusieurs années selon les territoires, et sont d'environ six mois sur le quartier d'enquête. Les cabinets de psychologie sont assez peu nombreux dans ce quartier en raison du coût qui reste à la charge des familles, contrairement à la rééducation orthophonique libérale qui est remboursée par la sécurité sociale. Un marché paramédical libéral s'est ainsi développé[7] en relation avec l'institution scolaire, médicale et médico-sociale du quartier. Cela témoigne d'un redéploiement de l'offre institutionnelle avec une délégation partielle du travail scolaire à certains marchés paramédicaux. Dans le contexte d'une injonction à la réussite scolaire et d'un « surinvestissement scolaire » au sein des familles populaires et des classes moyennes (Giuliani et Payet, 2014), différents usages de l'orthophonie par les familles sont repérables. Dans certains cas, cet usage s'inscrit dans une reconnaissance administrative du handicap scolaire et peut permettre d'orienter la scolarité de l'enfant à partir des dispositifs d'aménagement des examens. Cette stratégie d'un usage social du diagnostic est décrite dans la littérature pour les enfants des classes moyenne et supérieure notamment (Garcia, 2013 ; Lignier, 2012). Pour une autre catégorie d'enfants, d'origines

populaires, ces usages de diagnostics sont moins repérables, bien que le suivi en rééducation orthophonique soit aussi une stratégie d'investissement des parents dans la scolarité de leurs enfants. Une mère de trois enfants, dont deux suivis au cabinet, m'expliquait que « c'est pour qu'ils réussissent à l'école ». La rééducation en orthophonie avait été recommandée par les enseignants de grande et de moyenne sections devant les difficultés de langage oral constatées, afin d'anticiper les difficultés éventuelles de lecture et d'écriture au cours préparatoire. Ces séances de rééducation orthophonique constituent également une instance secondaire de socialisation, d'autant plus forte pour les enfants dont les familles sont à faible capital culturel. Lors des premiers mois de la rééducation, une partie importante de la séance est consacrée à la manière dont l'enfant doit se tenir assis, poser les questions, attendre son tour lors des jeux, et renvoie à l'appropriation de la norme scolaire relative au « métier de l'élève » (Bélanger et Farmer, 2004).

### Encadré n° 2

**Les politiques d'inclusion scolaire en France**

La loi du 11 février 2005 définit le handicap et promeut le passage de l'intégration à l'inclusion scolaire. Sans employer le mot « inclusion », la loi stipule « l'accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population » et le « maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie » (article 2). Cela ouvre le droit à tout enfant d'être scolarisé dans un endroit proche du domicile. En 2009, des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) sont créées et deviennent, en 2011, des ULIS (Unités localisées pour l'inclusion scolaire). Le but reste de favoriser l'inclusion d'élèves en école dite ordinaire, dont l'orientation est dorénavant dépendante d'une commission extérieure à l'école organisée par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)[8]. Par la loi du 8 juillet 2013, le principe de l'inclusion scolaire de tous les enfants est entériné (art. 1, Code de l'Éducation). Le nombre d'élèves en situation de handicap a ainsi crû en France de 126 972 en 2005 à 321 476 en 2017 (DEP, 2018)[9]. Ces chiffres indiquent une forte augmentation liée en grande partie à une nouvelle population d'enfants étiquetés plus qu'à une orientation d'enfants de l'école spéciale vers l'école ordinaire, ainsi qu'en témoigne l'absence de baisse d'enfants scolarisés en éducation spéciale. L'hypothèse de nouveaux diagnostics posés, notamment les « troubles spécifiques des apprentissages », expliquerait donc cette augmentation.

—

## 1.2 S'orienter dans les institutions médico-scolaires locales

### a) Des mères désemparées devant l'incertitude des discours professionnels

Les relations entre médecins et orthophonistes s'inscrivent dans un rapport hiérarchisé lié à la prescription médicale du bilan de rééducation et à la confirmation médicale du diagnostic. Ce rapport de forces entre un groupe professionnel médical (la neuropédiatrie ou la médecine scolaire) et un groupe paramédical (les orthophonistes) produit des conflits dans les prises en charge, malgré une adhésion commune au paradigme neuroscientifique des « troubles neurodéveloppementaux ». Il arrive qu'un médecin scolaire infirme un diagnostic de dyslexie ou de dysorthographie, contre l'avis de l'orthophoniste libérale qui a réalisé le bilan orthophonique et rééduque l'enfant au long cours. Cette situation, observée à plusieurs reprises, produit un certain désarroi chez les parents, qui peuvent se sentir désorientés devant les discours professionnels divergents tenus sur leur enfant.

**Encadré n° 3**

**Farah — une dysorthographie contestée**

Farah, âgée de 11 ans et cadette d'une fratrie de trois enfants, est scolarisée en CM2 dans une école publique. Sa mère, d'origine maghrébine, est sans emploi et très engagée dans le milieu associatif local. Son père, cadre fonctionnaire, est un homme blanc[10] avec des titres scolaires élevés. La mère de Farah, elle-même suivie pour dyslexie, a initialement orienté ses deux premiers enfants en orthophonie libérale, où ils sont suivis pour des troubles d'apprentissage. Le dernier fils, Noham, a été diagnostiqué « haut potentiel ». Farah est rééduquée en orthophonie depuis plusieurs années. Sa mère souhaite préparer l'orientation en collège et mobiliser les dispositifs d'inclusion scolaire, notamment la mise en place d'un « plan d'accompagnement personnalisé » (PAP), un dispositif d'aménagement pédagogique adressé aux enfants dont les difficultés scolaires relèvent de troubles des apprentissages. Mais le diagnostic de dysorthographie est remis en cause par le médecin scolaire qui réfute le bilan orthophonique et assure que « tout va bien » pour Farah, mais qu'elle peut continuer les séances de rééducation orthophonique.

—

Ces rapports de force au sein de la profession médicale et entre professionnels médicaux et paramédicaux s'établissent souvent à partir des classifications diagnostiques qui s'avèrent fragiles. Les conflits de diagnostics produisent un antagonisme qui a surtout été observé entre les médecins scolaires et les orthophonistes libéraux, mais aussi entre les neuropédiatres et les orthophonistes libéraux, voire entre neuropédiatres et pédopsychiatres, lorsque leurs pratiques se réfèrent à des paradigmes différents. Cela nécessite pour les familles de savoir quels types de professionnels peuvent être mobilisés, et quels seront les effets sur la trajectoire scolaire de l'enfant. En ce qui concerne le quartier enquêté, les neuropédiatres établissent et confirment une grande partie des diagnostics des patients suivis par les orthophonistes. L'analyse de comptes rendus médicaux des neuropédiatres montre l'établissement d'une hiérarchie dans les troubles des apprentissages étiquetés, dont certains sont décrits comme entretenant des rapports de causalité avec d'autres. C'est ce qui se produit dans le cas de Dina, âgée de 13 ans, chez qui le neuropédiatre identifie un trouble de l'attention comme cause des difficultés scolaires et d'une dyslexie.

**Encadré n° 4**

**Dina — un douloureux investissement scolaire**

Dina, âgée de 13 ans, en classe de 5e, est suivie en rééducation orthophonique depuis plusieurs années. Elle a une sœur jumelle. Ses parents sont originaires d'Afrique du Nord. Du fait de leur parcours de migration et de la non-reconnaissance de leurs diplômes, ils ont connu un déclassement social. La mère de Dina était conseillère principale d'éducation en Algérie, mais elle n'a pas trouvé de travail en France, et est séparée du père, absent. Elle est très inquiète des difficultés et des résultats scolaires de sa fille, qu'elle juge décevants en comparaison de ceux de sa jumelle, et qui se ressentent sur le comportement de Dina en matière d'éducation. Celle-ci a débuté son suivi en neuropédiatrie en CM2 pour des migraines. Puis, elle a été orientée vers l'orthophoniste à la suite d'un bilan évoquant des troubles du langage écrit de type « dyslexie-dysorthographie ». Le bilan psychologique réalisé notait une « intelligence dans la moyenne » avec un quotient intellectuel à 92. Lors d'un bilan neurologique, le neuropédiatre indique pour sa part que Dina est atteinte de « troubles de l'attention », lesquels expliqueraient ses difficultés d'apprentissage et primeraient sur sa dyslexie. Le compte

rendu médical du neuropédiatre prescrit un suivi par un psychiatre et un neuropsychologue. La mère est surprise et présente le bilan à l'orthophoniste pour être conseillée. L'orthophoniste ne comprend pas la supériorité attribuée au diagnostic de trouble d'attention par rapport à celui de dyslexie. En outre, elle déconseille pour le suivi psychologique d'aller au Centre médico-psychologique (CMP), ce que confirme la mère en expliquant avoir arrêté un suivi de sa fille au CMP à la suite de reproches formulés par le pédopsychiatre sur l'éducation maternelle. La mère se dit inquiète pour la scolarité de sa fille et demande au collège d'organiser une réunion de synthèse pour discuter des bilans réalisés. Les enseignants se disent étonnés des troubles médicaux diagnostiqués, de même que l'orthophoniste est surprise d'apprendre que Dina fait partie des bons élèves, elle qui a 15 de moyenne générale. La mère exprime à cette réunion les grandes difficultés psychologiques de sa fille et la lourdeur de la gestion quotidienne des devoirs à la maison, jusqu'à des heures très tardives ; elle sollicite l'aide d'une étudiante pour réaliser le soutien scolaire. Elle décrit sa fille comme très fragile et explique vouloir obtenir des aménagements aux examens en vue du brevet.

—

Selon les professionnels mobilisés, la mère de Dina, désemparée, est confrontée à plusieurs interprétations médicales des difficultés scolaires de sa fille, qui renvoient à une causalité neurobiologique ou à une responsabilité maternelle. Avant la consultation auprès d'un neuropédiatre, le pédopsychiatre du CMP aurait remis en cause sa manière d'éduquer : « Ils disent que c'est à ma fille, qui est assez grande pour gérer un emploi du temps, de répondre [...]. Ils trouvent que le problème est mon rapport à ma fille[11]. » L'explication des difficultés de Dina s'appuie sur une norme non pas biologique, mais éducative, qui s'avère culpabilisante. Les discours des professionnels et les prises en charge nécessitent que les parents établissent des stratégies selon leurs ressources pour s'orienter et négocier avec les différents professionnels. Dans certains cas, le handicap scolaire qui s'appuie sur des normes neurobiologiques peut être utilisé comme ressource dans la trajectoire scolaire de leur enfant, et ce, sans remise en cause parentale. Les différences d'interprétation observées entre le CMP et le service hospitalier de neuropédiatrie révèlent une opposition idéologique, celle entre le paradigme neuroscientifique et une forme de déterminisme parental. Au-delà des divergences de paradigmes,

ce cas met en lumière une nouvelle division du travail au sein du champ médico-scolaire local, laquelle s'accompagne d'une appropriation de la norme scolaire et biologique par les orthophonistes libéraux et les neuropédiatres dans l'établissement des diagnostics.

### b) Les conditions de la mobilisation de diagnostics dans l'orientation scolaire

L'importance des stratégies parentales apparaît clairement devant les rapports de force qui s'établissent entre institutions comme entre professionnels et parents au moment des choix d'orientation scolaire.

**Encadré n° 5**

**Trajectoires divergentes de fratries au moment de l'orientation**

Les jumeaux Victor et Tristan, âgés de 11 ans, sont scolarisés en CM2 dans une école publique et sont issus d'une famille de la classe moyenne supérieure blanche à capital économique et culturel. Tous les deux sont suivis en orthophonie depuis plusieurs années pour une dyslexie et une dysorthographie. Ils seront scolarisés dans un collège privé, hors secteur[12]. Avant leur inscription, la mère a rencontré le principal du collège, qui lui a précisé que les enseignants tiendraient compte des « troubles des apprentissages » des enfants. Il a demandé de réaliser un « plan d'accompagnement personnalisé » (PAP). Le PAP réalisé par le médecin scolaire précise pour Tristan qu'il a des « capacités cognitives dans la norme » et conclut sur des « difficultés en langage écrit : lecture lente, difficultés en transcription et en orthographe », avant de préconiser des « adaptations pédagogiques » aux enseignants comme raccourcir les exercices, donner plus de temps, etc. Cela sera expliqué aux parents lors de la réunion de synthèse concernant l'orientation des frères à l'école en présence de l'enseignante, de la directrice, de l'orthophoniste et du médecin scolaire. La mère explique également qu'une demande de tiers temps en prévision des épreuves du brevet des collèges pourra être formulée à la MDPH compte tenu du « handicap scolaire » de ses enfants.

La différence avec le cas de Farah (*cf.* Encadré n° 3) est remarquable. En effet, pour cette dernière, l'usage du « handicap scolaire » a été rendu impossible, malgré son suivi en rééducation orthophonique pour une dysorthographie, car le médecin scolaire s'est opposé à la réalisation

d'un PAP. La mère explique qu'elle cherchait, par la reconnaissance d'un handicap scolaire, à scolariser sa fille dans un collège public hors secteur de meilleure réputation. Sa volonté était de lui éviter l'expérience de son fils aîné, qui avait subi du harcèlement au collège public de secteur. En l'absence de PAP, la directrice lui explique qu'il n'y a pas de dérogation possible au collège de secteur. Les conditions sociales à la mobilisation des dispositifs de handicap deviennent ainsi déterminantes pour l'orientation, d'autant plus que les jumeaux et Farah ont un suivi (para) médical et scolaire auprès des mêmes professionnels. Si la scolarisation dans le privé reste possible, la mère de Farah explique son souhait de maintenir à tout prix la scolarité de ses enfants dans le public pour des raisons idéologiques.

—

L'usage du diagnostic neuroscientifique peut, sous certaines conditions (sociales)[13], se révéler une ressource pour les parents dans l'orientation de leur enfant, comme pour le cas des jumeaux. En ce qui concerne la mère de Farah, qui n'a pas fait d'études, sa position sociale plus fragile et son rapport idéologique favorable aux institutions publiques ne lui permettent pas de développer sa stratégie pour la scolarisation de sa fille. Dans le cas de Dina, non seulement l'usage du diagnostic ne permet pas de modifier la trajectoire scolaire, mais il confronte la mère aux divergences des discours professionnels médicaux, paramédicaux et scolaires. Ces éléments se révèlent être une contrainte dans le rapport de force avec les institutions scolaire et médicale. Au travers de ces trois cas, nous observons que, pour une même catégorie diagnostique de type « dys[14] », les dispositions sociales, le rapport des individus aux institutions et leur degré de connaissance du champ médico-scolaire sont nécessaires pour *négocier* des diagnostics et réaliser des choix stratégiques d'orientation scolaire.

## 2. Une nouvelle hygiène scolaire ?

Dans ce champ médico-scolaire local, l'expansion de l'hygiène mentale des populations enfantines va de pair avec un étiquetage de certains enfants selon les nouvelles catégories diagnostiques des « troubles des apprentissages », auquel la neuropédiatrie contribue et qui se fait aux dépens du diagnostic de certains troubles psychiques ou d'une prise en charge en pédopsychiatrie.

## 2.1 Une hygiène scolaire qui naturalise les trajectoires sociales

Les cas présentés mettent en lumière des effets différenciés sur le marché scolaire et la carrière scolaire de l'enfant, selon les normes mobilisées dans la production des diagnostics par l'institution médicale. D'une hygiène scolaire proche historiquement des questions de salubrité publique, de prévention des pathologies transmissibles ou du développement de l'enfant, nous sommes passés à une « nouvelle hygiène scolaire ». Celle-ci concerne, par extension du « biopouvoir » — le pouvoir politique de contrôle sur les corps —, la sphère neurodéveloppementale des apprentissages de la communication, du langage oral et écrit. Cette hygiène scolaire s'appuie sur les normes biomédicales issues du paradigme neuroscientifique pour expliquer les difficultés scolaires du passage de la culture orale à la culture écrite (aux différents âges biologiques, auxquels correspondent les attentes scolaires avec l'entrée à l'école maternelle à trois ans[15], puis le passage à six ans de la grande section de maternelle au cours préparatoire de l'école primaire). Cela permet à l'institution scolaire de justifier la notion de retard ou d'avance dans les apprentissages sur le plan des acquisitions langagières ou motrices évaluées en début et en fin de maternelle pour le passage au cours préparatoire[16].

L'impact de cette nouvelle hygiène scolaire se traduit par la production d'une nouvelle catégorie de population enfantine, aux contours flous du fait de diagnostics contestés au sein de l'institution médicale. Nombre de professionnels médicaux et paramédicaux reconnaissent ne pas savoir comment orienter, traiter, rééduquer ces nouvelles populations enfantines auxquelles ils sont confrontés et qui sont directement liées à des enjeux scolaires. Certains vont jusqu'à se dire « piégés par cette médicalisation ». Ces tensions participent à la diversité des trajectoires des enfants dans le champ médico-scolaire, lesquelles sont également tributaires des stratégies déployées par les familles et des conditions propres au marché local.

En outre, pour un certain nombre d'enfants suivis en orthophonie libérale pour des troubles des apprentissages, le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin ou reconnu administrativement par la MDPH ou, s'il a été posé, il ne produit pas les effets escomptés. Ainsi, ces enfants ont un suivi paramédical remboursé par la Sécurité sociale, mais ils ne bénéficient pas des *ressources* du diagnostic sur le plan scolaire, soit parce que cela leur a été refusé comme dans le cas de Farah, soit en raison d'un manque de connaissances concernant le fonctionnement du système médico-scolaire, tout dépendant des stratégies familiales et des filières d'enseignement. Dans ce contexte, c'est l'orthophoniste

libéral qui devient une ressource pour esquisser des stratégies de réussite scolaire et prendre en charge une partie des difficultés scolaires, sociales et psychiques de l'enfant, voire de la fratrie entière.

### Encadré n° 6

**Audrey — stratégie d'une adolescente pour *s'en sortir par l'école***

Audrey, 15 ans, est scolarisée en troisième au collège public du quartier dans la section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Issue d'une famille de classe populaire blanche, elle est la dernière fille d'une famille recomposée de cinq enfants. Sa mère ne travaille pas ; elle ne voit que très rarement son père, et son beau-père est tenu éloigné de la famille par les services sociaux et le système judiciaire pour des agressions sexuelles, notamment sur elle. Elle est suivie depuis le CE1 par l'orthophoniste pour une dyslexie et une dyscalculie. L'orthophoniste me la présente comme « une rescapée [...]. Elle est la seule à pouvoir s'en sortir, et à vouloir sortir de sa famille ». De nombreuses séances sont consacrées exclusivement à ses difficultés familiales, à l'école, ou pour évoquer ses choix futurs d'orientation pour le lycée. Elle a également des difficultés psychiques non prises en charge. Un temps suivie par le CMP, elle explique à l'orthophoniste avoir arrêté : « Les psys du CMP, c'est pas du tout ça ! Y'a qu'ici où je suis écoutée ! » Audrey se plaint également du manque d'attention de sa mère envers sa situation scolaire et son avenir professionnel. Elle explique que sa mère se préoccupe uniquement de sa sœur, restée à la maison après avoir arrêté ses études au collège, et de son frère, déficient intellectuel dépendant au quotidien, suivi en orthophonie. La mère investit les séances de rééducation en prévenant l'orthophoniste de chaque retard ou absence par téléphone. Audrey, qui est en dernière année de collège, est très stressée par l'obtention du brevet des collèges et par le choix d'orientation pour l'année prochaine en enseignement professionnel ou général. Ce choix dépend des places dans les secteurs professionnels demandés, et les enseignants l'incitent à choisir certaines orientations plutôt que d'autres, ce qu'elle refuse.

—

Ce cas pose la question du coût d'une mobilité sociale par l'école pour Audrey et sa famille. Audrey, scolarisée dans une filière spécialisée pour des élèves en difficulté, investit beaucoup dans sa réussite scolaire. Elle se

confie régulièrement à l'orthophoniste sur ses choix futurs d'orientation et ses difficultés médicales. Le diplôme de fin de collège représenterait pour elle un aboutissement — « je prépare deux diplômes [le brevet général et celui de SEGPA] » —, et elle espère être la première diplômée de sa fratrie. Les enseignants perçoivent peu ses difficultés, du fait d'évaluations correctes comparativement à sa classe, mais en discordance avec son vécu. Lors du second semestre de troisième, l'appréciation globale sur le bulletin scolaire indiquait : « Trimestre qui ressemble au premier en termes de résultats (toujours corrects), sauf en ce qui concerne le nombre d'absences trop important. [...] L'avenir en lycée professionnel semble malgré tout bien engagé et il serait dommage de briser cette envie. » Les institutions médico-scolaires, qui misent sur le champ cognitif et les neurosciences des apprentissages, font peser d'autant plus individuellement le coût de l'investissement scolaire que l'enfant évolue dans un contexte à faibles ressources familiales. L'orthophoniste devient alors le dernier soutien professionnel, et se voit déléguer une partie du travail scolaire et psychique.

### 2.2 Des rentabilités construites des « troubles des apprentissages » sur le marché local

Les catégories diagnostiques produisent des effets différents sur la carrière scolaire de l'enfant selon les caractéristiques du marché local. Si l'on prend l'exemple du diagnostic de précocité intellectuelle, son usage offre une autre explication des difficultés comportementales d'un enfant et évite l'étiquetage de « troubles de comportement ». Ce diagnostic est souvent mobilisé par les familles avec un certain niveau culturel (Lignier, 2012). Néanmoins, il peut s'avérer sans effet sur une trajectoire, par exemple lorsqu'il n'est pas reconnu par tous les professionnels du champ médico-scolaire local. Ainsi, la mère de Farah m'explique lors d'un entretien avoir vu un psychologue pour son dernier enfant, Noham, scolarisé en CE1. Elle le décrit comme étant « très agité et pos[ant] des problèmes à sa maîtresse », bien qu'il ait d'excellents résultats scolaires, et indique que le diagnostic de « haut potentiel » a été retenu. Elle se dit déçue que ce diagnostic n'ait que très peu d'effet sur le marché scolaire local. Quand elle l'a annoncé à l'école, la maîtresse de Noham lui a demandé : « Qu'est-ce que je peux faire alors ? », et la directrice de l'école lui a répondu : « Cela ne veut rien dire ! » La mère, désemparée, explique avoir trouvé un psychologue « pas cher » pour débuter un suivi bimensuel, avec l'espoir que cela améliore le comportement de son enfant. Cet exemple suggère l'importance de la détention de certaines ressources économiques et

sociales pour réguler la carrière scolaire. Pour Noham, cela aurait pu impliquer une scolarisation dans une école spécialisée ou en dehors du marché local.

Ainsi, la valeur des différentes catégories diagnostiques sur le marché scolaire local apparaît dépendante de l'offre scolaire et du rapport de forces établi entre professionnels et parents, mais aussi des ressources familiales. Dans le cas d'un faible rendement du diagnostic, le « coût de l'orientation » revient à la charge des familles. Ce coût peut être « calculé » en fonction du temps investi, des difficultés de l'orientation au sein du champ, et des difficultés psychologiques entraînées pour l'enfant et ses parents. Il se distingue du « coût de prise en charge » établi monétairement selon les règles de remboursement des marchés médicaux et paramédicaux (orthophoniste, psychologue, ergothérapeute). Ces deux *coûts* sont des contraintes pour la mère de Farah et de Noham, en plus des effets réduits des prises en charge sur les trajectoires médico-scolaires de ces derniers.

Dans un contexte d'injonction à la réussite scolaire, ce champ médico-scolaire local produit une nouvelle hygiène scolaire sans pourtant être en mesure de prendre en charge certaines difficultés médicales et, notamment, psychiques des populations enfantines. Un triage des enfants selon un processus d'étiquetage médical s'exerce sur fond de conflits entre les normes neurobiologiques, psychiques, éducatives, et les critères scolaires. Ce champ participe à l'émergence d'une nouvelle division du travail scolaire entre les professionnels scolaires, médicaux et paramédicaux, laquelle a pour effet de transformer le travail médical et paramédical des professionnels en s'appuyant selon les configurations sur les ressources des enfants et des familles.

## Conclusion

L'ethnographie des trajectoires médico-scolaires d'enfants scolarisés dans un quartier populaire nous renseigne sur les effets du paradigme neuroscientifique au regard du travail des professionnels, des trajectoires enfantines et de l'investissement scolaire familial. En confirmant le constat d'une extension du paradigme neuroscientifique à la question scolaire, ce terrain d'enquête révèle comment l'hétérogénéité des trajectoires enfantines se construit par la constitution d'un champ médico-scolaire local et la production d'une nouvelle hygiène scolaire.

Au sein du champ médico-scolaire, des conflits de diagnostics concourent à des trajectoires médico-scolaires divergentes. Si la mobilisation du diagnostic « dys » et du dispositif de handicap scolaire peut représenter une ressource dans la carrière scolaire de l'enfant auprès de familles issues de la classe moyenne (Garcia, 2013), pour une autre partie des enfants, le recours au dispositif de handicap n'est pas réalisé par leurs familles ou n'est pas possible du fait de l'infirmation du diagnostic. Cela renvoie à la fragilité du diagnostic, notamment celui de dyslexie, régulièrement remis en cause dans la sphère scientifique (Elliot et Grigorenko, 2014), ce qui peut conduire à des discours divergents de professionnels médicaux sur un même enfant. Certains professionnels se réfèrent en effet à des normes biomédicales, tandis que d'autres ont recours aux normes éducatives ou proches d'un « déterminisme parental ». Les stratégies familiales, basées sur leurs dispositions sociales et une connaissance fine du champ médico-scolaire local, ont alors une importance capitale dans la sollicitation des professionnels scolaires, médicaux et paramédicaux. En l'absence d'usage de dispositifs du handicap scolaire, la rééducation orthophonique libérale est massivement investie par ces familles comme dernier recours dans une stratégie de réussite scolaire.

L'émergence « des troubles des apprentissages » conduit ainsi à des rendements différenciés de catégories diagnostiques, selon les caractéristiques de l'offre scolaire locale, les normes mobilisées par les professionnels, les rapports de force entre familles et professionnels, et le rapport idéologique qu'entretiennent les familles avec les institutions. Devant l'injonction de plus en plus précoce de la réussite scolaire (Giuliani et Payet, 2014), la question de la carrière et de l'orientation scolaire devient centrale.

Ces modes de régulation des carrières scolaires indiquent de nouvelles façons de *fabriquer* l'élève, et révèlent l'évolution des normes scolaires et médicales, en modifiant les frontières du *normal* et du *pathologique* à partir de l'horizon scolaire (Canguilhem, 1966). Cette médecine des « troubles des apprentissages » concourt à une régulation des apprentissages scolaires à partir de normes neurobiologiques en matière de « bien parler », de « bien écrire » et de « bien compter », malgré la contestation de ces normes au sein des groupes professionnels et leurs effets différenciés sur les trajectoires scolaires des enfants selon leurs dispositions sociales.

## Bibliographie

Anyon, Yolanda. 2009. « Sociological Theories of Learning Disabilities: Understanding Racial Disproportionality in Special Education », *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19, 1 : 44-57.

Bélanger, Nathalie et Diane Farmer. 2004. « L'exercice du métier d'élève, processus de socialisation et sociologie de l'enfance », *Revue des sciences de l'éducation de McGill*, 30, 1 : 45-67.

Binet, Alfred et Théodore Simon. 1905. « Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux », *L'Année psychologique*, 11 : 191-244.

Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et le pathologique*. 10e édition. Paris, Presses universitaires de France.

Carrier, James G. 1986. *Learning Disability: Social Class and the Construction of Inequality in American Education*. New York, Greenwood Press.

Cash, Evelyne, Roland Cash et Anne-Christine Potocka. 2012. *Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*. Ardenais, Les Asclépiades/ONDPS.

Chamboredon, Jean-Claude. 1991. « Classes scolaires, classes d'âge, classes sociales. Les fonctions de scansion temporelle du système de formation », *Enquête*, 6. <http://journals.openedition.org/enquete/144>. Page consultée le 20 septembre 2020.

Chopart, Jean-Noël. 1996. « Le travail social face aux mutations économiques », *Recherches et prévisions*, 44, 1 : 23-36.

Cornoldi, Cesare, Agnese Capodieci, Carla Colomer Diago, Ana Miranda et Katherine G. Shepherd. 2018. « Attitudes of Primary School Teachers in Three Western Countries Toward Learning Disabilities », *Journal of Learning Disabilities*, 51, 1 : 43-54.

Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEP). 2018. *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche*. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24831-cid133876/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid133876/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid133876/reperes-et-references-statistiques-edition-aout-2018.html>. Page consultée le 20 septembre 2020.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2019. *Les dépenses de santé en 2018 — Résultats des comptes de la santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>. Page consultée le 20 septembre 2020.

Dubois, Vincent. 2010. « Politiques au guichet, politique du guichet », dans Olivier Borraz (dir.). *Politiques publiques 2. Changer la société*. Paris, Presses de Sciences Po : 265-286.

Dudley-Marling, Curt et Don Dippo. 1995. « What Learning Disability Does: Sustaining the Ideology of Schooling », *Journal of Learning Disabilities*, 28, 7 : 408-414.

Elliot, Julian G. et Elena L. Grigorenko. 2014. *The Dyslexia Debate*. New York, Cambridge University Press.

Furedi, Frank. 2002. *Paranoid Parenting: Why Ignoring the Experts May Be Best for Your Child*. 2e édition. Londres, Continuum.

Garcia, Sandrine. 2013. *À l'école des dyslexiques : naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?* Paris, La Découverte.

Giuliani, Frédérique et Jean-Paul Payet. 2014. « Introduction. Les logiques scolaires de la proximité aux familles », *Éducation et sociétés*, 2, 34 : 5-21.

Glaser, Barney et Anselm Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, Sociology Press.

Grelley, Pierre. 2010. « Contrepoint — Intérêt de l'enfant : un renouveau », *Informations sociales*, 160, 4 : 41.

Harry, Beth et Janette Klingner. 2006. *Why Are So Many Minority Students in Special Education? Understanding Race and Disability in Schools*. New York, Teachers College Press.

Houssaye, Jean. 2012. « La gestion pédagogique des différences entre les élèves : variations françaises », *Carrefours de l'éducation*, 34, 2 : 227-245.

Ichou, Mathieu et Agnès Van Zanten. 2019. « France: The Increasing Recognition of Migration and Ethnicity as a Source of Educational Inequalities », dans Peter A.J. Stevens et Gary A. Dworkin (dir.). *The Palgrave Handbook of Race and Ethnic Inequalities in Education*. 2e édition. Londres, Palgrave Macmillan.

Lemerle, Sébastien et Carole Reynaud-Paligot. 2017. *La biologisation du social : discours et pratiques*. Paris, Presses universitaires de Paris-Nanterre.

Lignier, Wilfried. 2012. *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*. Paris, La Découverte.

LOI du 15 avril 1909 relative à la création de Classes de Perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'Écoles autonomes de Perfectionnement pour les Enfants arriérés.

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

LOI n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

Martin, Claude. 2014. *« Être un bon parent » : une injonction contemporaine*. Rennes, Presses de l'EHESP.

Mazouz, Sarah. 2008. « Les mots pour le dire : la qualification raciale, du terrain à l'écriture », dans Alban Bensa (dir.). *Les politiques de l'enquête*. Paris, La Découverte : 81-98.

McIntyre, Alice. 1997. *Making Meaning of Whiteness: Exploring Racial Identity with White Teachers*. Albany, State University of New York Press.

Meyer, John W., Francisco O. Ramirez, Richard Rubinson et John Boli-Bennett. 1977. « The World Educational Revolution, 1950-1970 », *Sociology of Education*, 50, 4 : 242-258.

Morel, Stanislas. 2014. *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris, La Dispute.

Morel, Stanislas. 2016. « Troubles dans les apprentissages : neurosciences cognitives et difficultés scolaires », *Revue européenne des sciences sociales*, 54, 1 : 221-247.

Neyrand, Gérard. 2011. *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*. Toulouse, ERES.

Reid, Kim D. et Jan Weatherly Valle. 2004. « The Discursive Practice of Learning Disability: Implications for Instruction and Parent-School Relations », *Journal of Learning Disabilities*. 37, 6 : 466-481.

Serre, Delphine. 2009. *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*. Paris, Raisons d'agir.

Shifrer, Dara, Chandra Muller et Rebecca Callahan. 2010. « Disproportionality: A Sociological Perspective of the Identification by Schools of Students With Learning Disabilities », dans Sharon N. Barnartt (dir.). *Disability as a Fluid State* (*Research in Social Science and Disability, Vol. 5*). Bingley, Emerald Group Publishing Limited : 279-308.

Siblot, Yasmine. 2006. *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris, Presses de Science Po.

## Notes

1 Présentes dès le milieu du XX$^{e}$ siècle avec les théories génétiques de « l'enfance inadaptée ».

2 La classe, la race et le genre sont ici entendus comme des rapports sociaux hiérarchiques, et analysés dans leur imbrication. La catégorie « race » est convoquée dans cet article comme outil pour analyser l'assignation ethnoraciale et les formes de racialisations en tant que catégorie critique, construite historiquement et socialement, distincte de toute notion biologique. Ce positionnement de l'ethnographe — perçu socialement comme un homme noir diplômé issu de la classe moyenne — est également lié à sa propre expérience de l'assignation ou discrimination raciale (Mazouz, 2008).

3 Par la loi 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

4 Cela évoque le rôle joué par les professionnels médicaux et psychologues dans les politiques d'orientation scolaire française dès le début du XX$^{e}$ siècle. L'école spécialisée fait suite à des revendications issues de médecins. La création des classes de perfectionnement date de la loi de 1909 et c'est à partir des travaux de psychopédagogie de Théodore Simon et d'Alfred Binet, qu'est introduit le terme d'« anormalité » (Binet et Simon, 1905).

5 En continuité avec le champ de l'école spéciale, qui catégorise et oriente les enfants dans les institutions scolaires et médicales, à l'image de l'annexe 24 du décret du 9 mars 1956 sur les « établissements techniques pour enfants inadaptés ».

6 En tant que médecin scolaire, j'orientais, lors du bilan de six ans, près de 20 % des enfants vers de l'orthophonie libérale.

7 À l'échelle nationale, le nombre d'orthophonistes a augmenté de 33 % depuis 2009, d'après les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2019.

8 La MDPH produit des recommandations en cas de reconnaissance du handicap, entre autres une proposition d'orientation médicale et scolaire pour l'enfant soumise à l'acceptation de l'autorité parentale.

9 La direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (ou DEP) participe en France à l'évaluation des politiques publiques dans les domaines de l'éducation et de la formation.

10 Les catégories raciales et l'origine migratoire des enfants sont explicitées en raison de leurs effets dans la construction des inégalités scolaires en France (Ichou et Van Zanten, 2019) et du fait d'inégalités d'orientation liées à la catégorie raciale retrouvée empiriquement dans le quartier enquêté. Cela correspond aux formes de racialisation qui s'opèrent dans les rapports sociaux contemporains (McIntyre, 1997).

11 Extrait du journal de terrain.

12 La carte des secteurs scolaires en France impose, sauf dérogation, l'établissement de scolarité pour l'élève selon son lieu de résidence.

13 Le diagnostic de dyslexie est retrouvé majoritairement comme un diagnostic saisi par la classe moyenne (Garcia, 2013).

14 Les « troubles dys » renvoient aux troubles cognitifs spécifiques définis par la Classification internationale des maladies (CIM-10) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), qui comprennent la dyslexie, la dysorthographie, la dyscalculie, la dyspraxie, la dysphasie et le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.

15 L'instruction est rendue obligatoire à partir de trois ans depuis la loi du 26 juillet 2019. Cela témoigne d'une pression à la réussite scolaire de plus en plus précoce, et qui cible notamment le « langage oral » (art. 13, alinéa 2).

16 C'était le cas à l'entrée en maternelle, avant de rendre l'instruction obligatoire à 3 ans, qui était souvent conditionnée à la nécessité que « l'enfant soit propre ». Le cas échéant, l'enfant n'est pas considéré comme assez mature du point de vue neurodéveloppemental pour être intégré à l'école. C'est un exemple de construction et d'usage de norme — ici médicale — dans la régulation du scolaire (Chamboredon, 1991).