



Détection de troubles de l'apprentissage chez les travailleurs de l'économie sociale bruxelloise (entreprises sociales mandatées insertion)

**Fobagra – Auberges numériques asbl
APEDA asbl**

Avec le soutien de la COCOF

Synthèse de l'étude

Introduction

Dans le cadre d'un projet de mutualisation des formations en économie sociale d'insertion, financé notamment par la COCOF (appel à projet *Actions innovantes dans l'alternance et la formation professionnelle*), l'asbl **Fobagra – Auberges numériques** et l'asbl **APEDA** ont réalisé ensemble une **étude** visant à **évaluer l'incidence des troubles de l'apprentissage (troubles Dys, TDH, HPI, etc.)** au sein d'un échantillon de travailleurs du public-cible des **Entreprises sociales mandatées insertion (ESMI)** bruxelloises.

Ce rapport est une présentation synthétique des principaux résultats de cette étude (réalisée entre Mai 2021 et Décembre 2021), dont le lecteur trouvera le rapport exhaustif sur le site de l'APEDA :

<https://www.apeda.be/wp-content/uploads/2022/01/Rapport-Fobagra-2.pdf>).

Note : Le projet comprenait, par ailleurs, un volet de formation/sensibilisation des encadrants en ESMI aux troubles de l'apprentissage. Il a, en outre, permis l'élaboration d'une grille d'analyse à l'usage de ces encadrants, pour les aider à soupçonner la présence de troubles de l'apprentissage au sein de leur public-cible, de façon à pouvoir orienter les travailleurs concernés vers un spécialiste pouvant établir un diagnostic

Méthode

L'**étude** s'est déroulée en deux étapes :

1. **Phase 1, entretien de dépistage**: au travers de rencontres individuelles avec un thérapeute de l'équipe de l'Apeda, cette première phase a permis d'apprécier, pour chaque travailleur de l'échantillon, la probabilité de la présence d'un trouble, via un entretien semi-dirigé permettant la complétion d'un questionnaire d'investigation du fonctionnement cognitif. Cette phase a permis également d'informer les travailleurs des modalités de l'étude et de son contexte.
2. **Phase 2, tests et diagnostic** : permettant l'évaluation méthodique du fonctionnement cognitif d'un groupe de travailleurs plus restreint (constitué des personnes pour lesquels la phase 1 a laissé apparaître une suspicion de trouble), au moyen d'une batterie de tests conduits par un spécialiste adéquat (logopède, neurolinguiste, neuropsychologue), afin d'établir un diagnostic probable.

Composition de l'échantillon de travailleurs

Il s'agissait de travailleurs « public-cible » de plusieurs EI mandatées insertion bruxelloises : *Arpaije, CABA Jette, Cannelle, CF2D, CF2M, CyCLO, Fobagra, K-fête*.

63 participants ont été rencontrés (44 hommes et 19 femmes). Nombre d'entre eux présentaient des caractéristiques courantes au sein du public-cible des ESMI :

- **Parcours marqué par des échecs scolaires** : seuls 30% des participants ont obtenu un CESS. 73% ont doublé au moins une fois en primaire ou en secondaire.

- Les participants se trouvaient régulièrement dans des catégories de population à **faibles revenus** (revenus d'intégration).
- Les participants sont marqués très régulièrement par des histoires familiales complexes, des vécus lourds sur le plan **psycho-affectif**.

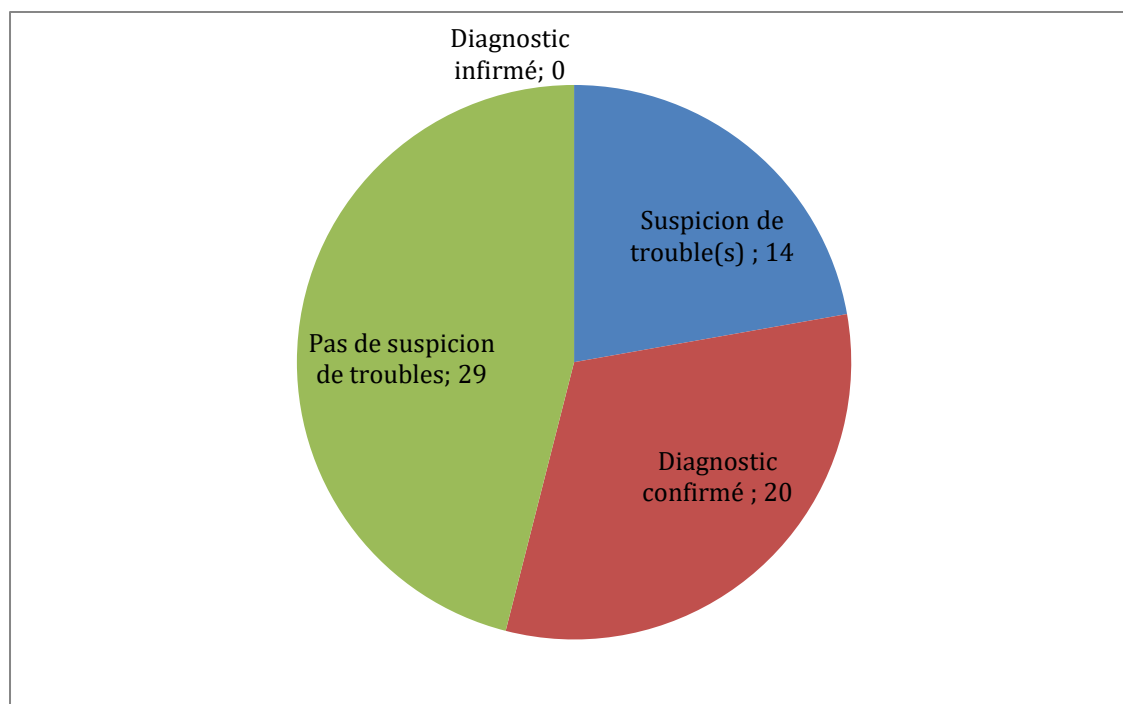
Les participants avaient 20 et 60 ans.

Principaux résultats

Première phase : Au terme de la première phase, **34 participants** sur les 63 rencontrés par les thérapeutes présentaient une **suspicion** pour au moins un trouble de l'apprentissage, soit **53,9%** de l'échantillon. Deux personnes nécessitaient même une double investigation (neuropsychologique et logopédique), ce qui porte à 36 le nombre de troubles suspectés.

- Ces 34 travailleurs étaient donc éligibles pour la seconde phase. Six d'entre eux ont cependant été écartés, car leur non-maîtrise de la langue française ou de la lecture/écriture aurait rendu les tests inopérants. 28 personnes (23 hommes et 5 femmes¹) ont donc été convoquées à la seconde phase.
- **La seconde phase**, nécessaire pour l'établissement d'un **diagnostic**, a permis de rencontrer 20 participants (sur les 28 invités à se présenter) et de réaliser 22 investigations (*deux doubles investigations logopédique-neuropsychologique*). Au terme de cette phase, nous avons pu **confirmer /diagnostiquer la présence de trouble(s) chez l'ensemble des 20 participants rencontrés**.

Tableau 1 : Nombre de travailleurs présentant des troubles suspectés ou confirmés (échantillon : 63 personnes).



¹ Cette surreprésentation des hommes (par rapport aux proportions de l'échantillon global) répond à celle qu'on retrouve dans la population générale pour les troubles de l'apprentissage.

Explications relatives au tableau 1:

Pas de suspicion de trouble (29 personnes) : au terme de la phase 1, ces personnes n'ont pas laissé apparaître de suspicion de trouble de l'apprentissage. Elles n'ont pas été invitées à la seconde phase.

Trouble(s) suspecté (14 pers): au terme de la phase 1, ces personnes présentaient une suspicion pour au moins un trouble de l'apprentissage. Cette suspicion n'a pu être confirmée par un diagnostic, car les personnes concernées ne se sont pas présentées au rendez-vous pour la phase 2 ou ont dû en être écartées pour des questions d'alpha/FLE. L'existence d'un trouble reste cependant probable.

Diagnostic confirmé (20 pers): ces personnes ont participé à la phase 2, et les tests ont confirmé l'existence d'au moins un trouble de l'apprentissage.

Diagnostic infirmé (0 pers): ces personnes ont participé à la phase 2, mais les tests n'ont pas confirmé l'existence d'un trouble de l'apprentissage.

Remarque : Les entretiens de dépistage (phase 1) se sont révélés sensibles, mais peu spécifiques : ils semblent avoir une grande efficacité pour ce qui est de détecter l'existence d'un trouble (100% des participants à la phase 2 ont vu cette existence confirmée par les tests) ; en revanche, ils sont moins efficaces pour identifier correctement le trouble présenté – dans 2/3 des cas, la phase 2 a diagnostiqué un trouble différent de celui qui était pressenti en phase 1.

Le tableau 2 ci-dessous précise les diagnostics posés.

14 personnes au total présentant une suspicion de troubles au terme de la phase 1 **n'ont pu être diagnostiquées** (faute de participation à la phase 2). Or, pour le groupe des travailleurs ayant pris part aux deux phases, la phase 2 a confirmé l'existence d'un trouble dans 100% des cas. On peut donc faire l'hypothèse que le taux de confirmation aurait été très élevé aussi chez ces 14 personnes si elles avaient pu bénéficier d'un diagnostic, et que la majorité d'entre elles présentent bel et bien un trouble.

=> En conséquence, le **taux d'incidence des troubles de l'apprentissage** (difficultés cognitives et/ou socio-affectives impactant le fonctionnement neurocognitif et les apprentissages tout troubles confondus) au sein de l'échantillon total est compris entre **31,7,% et 54%**, mais **tend vraisemblablement** à se rapprocher de **54%**.

La plupart des participants ont un profil cognitif complexe comprenant **des difficultés multiples**, associé à des vécus affectifs pénibles pouvant mettre à mal les déploiements cognitifs et l'intégration des aptitudes socio-professionnelles. Le symptôme le plus souvent déclaré est la difficulté à soutenir son attention, qui concerne 65% des répondants à la phase 1. Ce symptôme peut être rattaché à divers troubles. 30% des répondants déclaraient également une difficulté à produire une écriture lisible.

Parmi les 20 participants de la phase 2, tous positifs pour au moins un trouble de l'apprentissage, seuls **6 participants (30%)** avaient déjà bénéficié d'un **diagnostic préalable**. Ce diagnostic a été confirmé par les tests de la phase 2. Les autres (70%) n'avaient jamais été diagnostiqués.

Tableau 2 : nombre de diagnostics posés de manière effective, et taux de présence dans la population estimé.

catégorie diagnostic	Nmbre de personnes suspectées phase 1	Nombre de personnes diagnostiquées phase 2	Taux de présence estimé dans la population des ESMI	Taux de présence estimé dans la population générale
Dyslexie/dysorthographe	9	4	6,3 à 14,3%	5% / 6 à 8%
Dyscalculie	1	1	1,6%	2%
Dysphasie	1	0	0 à 1,6%	2%/ 7,5%
Dyspraxie	3	1	1,6% à 4,8%	2% à 10%
Tr. du fonctionnement intellectuel		1	0% à 1,6%	1 à 3%
Tr. attentionnel (TDA/H)	14	6	9,5% à 22,2%	2,9%
Haut potentiel intellectuel (HPI) et Zone de haute potentialité intellectuelle (ZHPI)	5	4	6,3% à 7,9%	2,27%
Tr. émotionnel-psycho/socio-affectif	–	5	7,9% (sous évalué)	12,5% (oscillant entre 6% et 21,4% selon le type de trouble)*

Explications relatives au tableau 2 :

Pour chaque type de trouble (dyslexie, dyspraxie, TDA/H, etc.) :

- La col. 1 reprend le nombre de personnes (sur les 63 de l'échantillon de départ) qui présentaient, au terme de la phase 1, une suspicion pour le trouble concerné.
- La col. 2 reprend le nombre de personnes pour lequel le trouble a effectivement été diagnostiqué en phase 2.
- La col. 3 traduit les col. 1 et 2 en pourcentages pour obtenir une fourchette basse (incluant seulement les personnes pour lequel le diagnostic a été posé en phase 2) et une fourchette haute (incluant aussi les personnes pour lequel le trouble a seulement été suspecté en phase 1, mais qui n'ont pas participé à la phase 2). Les pourcentages sont calculés par rapport à l'ensemble de l'échantillon (63 pers.).
- La col. 4 donne la prévalence estimée dans la population générale, en se basant sur différentes études.

Points d'attention :

Il est délicat de comparer la prévalence des troubles dans l'échantillon étudié avec leur prévalence dans la population générale. En effet :

- L'estimation de la prévalence dans la population générale varie d'une étude à l'autre et selon les critères et seuils de discrimination pris en compte.
- La prévalence des troubles au sein de notre échantillon, en pourcentage, est également une fourchette allant du minimum confirmé à l'estimation la plus inclusive.
- Comme mentionné plus haut, les entretiens de dépistage (phase 1) sont sensibles mais peu spécifiques (efficaces pour détecter l'existence d'un trouble chez une personne, mais moins fiables pour l'identifier correctement). Les personnes comptabilisées dans la col. 1 mais pas dans la col. 2 du tableau présentent donc une forte suspicion de trouble, mais la nature de ce trouble est plus hypothétique.
- Par ailleurs, notre étude ne visait pas à détecter les troubles émotionnels et affectifs. L'entretien de la phase 1 ne cherchait pas à les repérer ; seuls les tests de la phase 2 ont accidentellement révélé leur présence (uniquement chez les personnes participant à cette phase). Les chiffres repris dans ce tableau sont donc sous-évalués, car seules les 20 personnes ayant participé effectivement à la phase 2 ont bénéficié d'une véritable investigation à ce propos.

Faits saillants :

Malgré les réserves ci-dessus, on peut pointer quelques faits saillants :

- Le nombre de personnes de l'échantillon diagnostiquées pour un TDA/H est nettement supérieur à celui que l'on retrouve dans la population générale. Il s'agit du résultat le plus saillant.
- Le nombre de personnes diagnostiquées pour un HPI est clairement au-dessus du taux estimé dans la population générale (c'est un peu moins significatif au vu de la taille de l'échantillon, mais néanmoins intéressant à relever).
- 11% à 17,5% des participants présentent un trouble « dys ». Le nombre de dyslexiques est vraisemblablement supérieur à celui qu'on trouve dans la population générale.

Réticences et réactions du public

1) refus de bilan

Parmi les 28 personnes sollicitées pour prendre part à la phase 2 (évaluation/diagnostic), Seules 20 ont répondu présentes et fait l'objet d'un diagnostic. Parmi les absents :

- Certains ont exprimé clairement leur refus, motivé par des **aspects affectifs**, avec la crainte de revivre une situation d'évaluation anticipée douloureusement (et évocatrice de moments pénibles dans l'enfance).

- D'autres n'ont simplement pas répondu à l'invitation, ou se sont désistés sans explication.
- Des raisons pratiques ont également pesé : départ du participant de l'ESMI, horaire incompatible ou absence le jour du test...

2) Motivation au bilan

De nombreux participants ont, à l'inverse, exprimé leur motivation à réaliser ce bilan, malgré les réticences et craintes initiales. C'est souvent l'**envie de mieux se connaître**, de mettre le doigt sur une difficulté passée inaperçue ou jamais reconnue comme telle, de mettre des mots sur une souffrance, qui les ont décidés. Ce passage à l'étape du bilan est d'autant plus facile qu'un sentiment de confiance s'est établi avec les thérapeutes lors de l'entretien de la phase 1, notamment par la reconnaissance de la souffrance et des vécus complexes du travailleur.

Il est certain que la position humaine, l'écoute attentive et active des thérapeutes a permis à de nombreux participants de s'engager dans le bilan avec des anxiétés amoindries. Ces angoisses restent toutefois tapies en arrière fond, et mettent le doigt sur des difficultés longtemps associées à des sentiments d'incompétence, voire d'exclusion ou de stress.

3) Suites et conséquences du bilan

Suite à la phase 2, les travailleurs ayant fait l'objet d'un diagnostic ont **pu rencontrer les thérapeutes** pour obtenir un **feedback** et des informations sur **le trouble diagnostiqué**.

Cette prise de conscience a modifié le regard que ces travailleurs portaient sur eux-mêmes et sur leur parcours :

- **Avant le diagnostic**, les travailleurs rejettent sur eux-mêmes la responsabilité de leurs échecs scolaires et professionnels. Ils éprouvent également une méfiance et un ressentiment envers le système scolaire, méfiance qui se répercute aussi sur le personnel d'encadrement de leur ESMI (tous perçus comme des « employeurs »). Rares sont d'ailleurs les participants qui ont accepté d'inclure leur coordinateur aux entretiens de feedback.
- **En recevant le diagnostic**, la plupart des participants sont finalement soulagés de ne pas être "bêtes" ou "idiots" et d'avoir identifié la difficulté à l'origine de leurs échecs. Nous relevons également à quel point notre écoute et accueil a souvent été source de soulagement d'être enfin entendu et reconnu dans leurs difficultés. Plusieurs encadrants d'ESMI témoignent d'un changement positif dans l'attitude de leurs travailleurs à la suite de l'entretien de feedback (rebond dans l'estime de soi, regain de motivation).

Autrement dit, avant même la mise en place d'aménagements raisonnables ou d'un accompagnement spécialisé, le simple fait de poser le diagnostic et d'en discuter avec le travailleur a déjà un effet positif important sur la suite de son parcours d'insertion.

Limites de l'étude

L'étude réalisée doit être considérée comme une étude préliminaire, qui comporte quelques limites qu'il importe de souligner :

- **Taille limitée de l'échantillon** : l'échantillon se compose de 63 travailleurs seulement. Le coût des procédures de diagnostic ainsi que les limites de temps imparties n'ont pas permis de l'étendre davantage dans le cadre de notre projet.
- **Biais de sélection possible** : tous les participants de l'échantillon n'ont pas pris part à la phase 2, seule à même d'établir clairement un diagnostic (ou son absence !). En sélectionnant seulement les participants pour lesquels la phase 1 avait laissé entrevoir un soupçon de trouble, nous avons pu laisser de côté une population de "faux négatifs". Par ailleurs, l'une des ESMI participantes, l'asbl Fobagra, a fourni près de la moitié des travailleurs évalués dans l'échantillon. Or, ces travailleurs, actifs dans l'inclusion numérique, présentent un profil spécifique (maîtrise du français supérieure à la moyenne des travailleurs ESMI, profils créatifs).

Si nous souhaitons une véritable validation statistique, il est conseillé de poursuivre cette étude avec un **échantillon plus large** et un **groupe contrôle**, et de poursuivre le travail sur les outils de dépistage.

Notez que les personnes (partiellement) analphabètes ou maîtrisant mal le français peuvent être difficiles à diagnostiquer, faute d'outils adaptés. On se souviendra que ces personnes ne sont pas toujours identifiées comme telles par les encadrants ESMI (les personnes analphabètes tendent souvent à le cacher). Or, elles constituent aussi une part importante, sans doute sous-évaluée, du public-cible.

[Pistes d'action conseillées](#)

Plusieurs recommandations ont été évoquées dans le rapport exhaustif, en voici les principaux points:

- **Former/sensibiliser les encadrants ESMI** : continuer à former les équipes encadrantes aux troubles DYS pour les sensibiliser et les informer sur les répercussions de ces troubles sur les travailleurs ; sensibiliser les encadrants à la mise en place d'adaptations et d'aménagements raisonnables au bénéfice des travailleurs concernés.
- **Mettre en place des procédures de dépistage et de diagnostic systématiques du public-cible**, dès le début du processus d'insertion, via un partenariat avec des thérapeutes spécialisés (logopède, neuro-psychologues...).
- **Informers les travailleurs diagnostiqués** : il est indispensable d'expliquer au travailleur diagnostiqué la nature de son trouble et les difficultés qui en découlent. Les adultes DYS voient leurs troubles perdurer de façon plus ou moins handicapante, sans toujours les comprendre ou les avoir identifiés. Il y a lieu de les informer afin qu'ils cessent de se déprécier et développent les ressources permettant de compenser, adapter et s'engager dans leur projet. Cette information va permettre au travailleur de développer un sentiment de contrôlabilité de son vécu face à son trouble, qui est largement corrélé dans la littérature avec la possibilité de réussite socio-professionnelle et d'apprentissage.
- **Intégrer la prise en compte du trouble dans le plan d'insertion individuel des travailleurs** afin de déterminer, dès l'entrée dans l'ESMI, des pistes opérationnelles et

des objectifs concrets, spécifiques et atteignables pour le bénéficiaire, ainsi qu'un accompagnement spécifique et adapté – le tout avec l'aide de thérapeutes spécialisés.

- **Mettre en place des aménagements raisonnables** pour faciliter l'insertion du travailleur. Prévoir des moments de supervision entre les encadrants, les travailleurs concernés et les thérapeutes spécialisés, afin de repenser les aménagements qui évoluent forcément au cours du projet formatif du travailleur.
- **Considérer l'octroi d'une bourse d'étude pour réaliser une recherche plus poussée sur la question.** Un projet de recherche pourrait être considéré, réfléchi et proposé pour débloquer une bourse d'étude (type FNRS) afin d'investiguer plus profondément la question des troubles de l'apprentissage au sein du public-cible des ESMI, des aides et adaptations à proposer aux travailleurs concernés et de leur efficacité. Cette étude permettrait aussi d'étendre l'échantillon de notre étude préliminaire (limité à 63 personnes) pour en affiner et consolider les résultats.

La mise en action de ces différentes pistes pourrait s'effectuer via une équipe pluridisciplinaire mobile et indépendante, constituée de thérapeutes spécialisés, qui voyagerait entre les différentes ESMI (ressources mutualisées). Cette équipe pourrait non seulement réaliser les diagnostics individuels, soutenir l'équipe dans la mise en place de plans d'insertion individuels adaptés et d'aménagements raisonnables, mais aussi sensibiliser, former et outiller les encadrants, poursuivre l'étude et affiner notre connaissance du terrain. Elle agirait à la fois sur le public-cible et sur son environnement de travail.

Conclusion

L'étude laisse entrevoir une **incidence très importante des troubles de l'apprentissage (de l'ordre de 50% des participants)** au sein du public-cible investigué. Toutefois, ces résultats doivent être consolidés via un échantillon plus large. Les troubles de l'attention (TDA/H) sont particulièrement représentés ; les taux de dyslexie et de HPI semblent également supérieurs aux taux rencontrés dans la population générale.

Au vu de l'impact majeur des troubles détectés, et en l'absence d'un accompagnement adapté, il fait peu de doute qu'ils sont une cause fréquente des difficultés scolaires, d'insertion socio-professionnelle, de formation, et d'adhésion/engagement vécues par les travailleurs concernés.

Les équipes d'encadrement des ESMI bruxelloises (tout comme, d'ailleurs, les autres acteurs rencontrés par le public-cible au cours de leur parcours : agents d'insertion, agents d'Actiris, etc) restent peu sensibilisées à ces troubles. Elles ne sont pas équipées pour les détecter, comprendre leurs effets, concevoir un accompagnement adapté et des aménagements raisonnables pour le travailleur.

Le développement d'une réponse à cette problématique est un enjeu majeur pour le secteur ; elle peut passer par la mise en place de moyens mutualisés (équipe pluridisciplinaire).

Annexe : définition des troubles

Afin d'avoir une compréhension commune, voici les définitions pour chacun des troubles.

Dysphasie : ou trouble du développement du langage est un trouble spécifique et durable de l'acquisition et de l'automatisation du langage oral. La dysphasie peut être plus ou moins sévère. Certaines personnes dysphasiques éprouvent des difficultés ou craignent de s'exprimer à l'oral car leur expression est peu claire, leur élocution rapide et parfois maladroite, avec la présence d'erreurs syntaxiques, lexicales, des difficultés à comprendre les consignes, etc. Le trouble développemental du langage (TDL) est un trouble qui touche 2% de la population !

Dyslexie : selon l'organisation mondiale de la santé, la dyslexie se définit comme « une difficulté durable d'apprentissage de la lecture et d'acquisition de son automatisme chez des individus intelligents, normalement scolarisés, indemnes de troubles sensoriels et de troubles psychologiques préexistants » (BENBAKRETI; 2018). Les conséquences secondaires peuvent inclure des problèmes dans la compréhension en lecture. Cela peut entraîner une expérience réduite dans la lecture qui pourrait empêcher la croissance du vocabulaire de l'enfant et ses connaissances générales » (Lyon et coll (2003). La prévalence de la dyslexie / dysorthographe chez l'adulte est estimée entre 6 et 8%.

Dysorthographe : est un trouble spécifique d'acquisition et de maîtrise de l'orthographe, caractérisé notamment par des inversions de lettres ou de syllabes, par des confusions auditives ou visuelles, par des omissions, par des erreurs de segmentation. Une dysorthographe accompagne une dyslexie dans deux tiers des cas environ. La prévalence de la dyslexie / dysorthographe chez l'adulte est estimée entre 6 et 8%.

Dysgraphie : est un trouble affectant le geste graphique, l'aspect formel de l'écriture.

Dyspraxie : également appelée trouble de la coordination motrice est un trouble d'ordre psychomoteur provoquant un manque de coordination et d'adaptation des mouvements à la réalisation de l'acte voulu. Être dyspraxique c'est comme écrire avec des moufles, pratiquer l'escalade avec des bottines de ski, ou faire ses lacets avec des gants de boxe par exemple. La fréquence rencontrée dans la population moyenne est estimée entre 2% (pour les cas les plus sévères) et 10% selon les études.

Dyscalculie : ou la difficulté dans l'apprentissage des mathématiques se définit comme une difficulté persistante à apprendre ou à comprendre le concept de nombre, les principes de calcul ou d'arithmétique (Anne-Claire Praud-Marec ; 2013) ce trouble est présent chez des personnes avec une intelligence normale. La prévalence de la dyscalculie est estimée à 3% de la population.

TDAH : (Trouble déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) est un trouble neurodéveloppemental qui se manifeste par des comportements intenses, fréquents et persistants d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. Le sujet TDA/H présente cette triade de comportements de façon handicapante et sévère, qui le rendent dysfonctionnel dans les différentes sphères de sa vie. La fréquence rencontrée dans la population moyenne est estimée à 2,9% en Belgique, pour les adultes entre 18 et 44 ans.

Haut potentiel : Le haut potentiel intellectuel, bien que n'appartenant pas à la catégorie des troubles d'apprentissage, se définirait par les aptitudes cognitives mises en jeu lors de tests standardisés et évalués à un niveau d'aptitude situé au-delà de la norme.

Cette catégorie d'identification est importante, puisque de longue date, les quotients intellectuels sont corrélés au développement scolaire et d'apprentissage (Grégoire, J. 2005 & Renzulli, J. 2006). La fréquence rencontrée dans la population globale est estimée à environ 2,27 %.