



HAL
open science

Chercher l'erreur : les bons élèves d'après leur enseignant le sont-ils également au regard du test orthophonique ? Étude comparative auprès de 30 enfants et 4 enseignants

Alexandrine Vaylet

► To cite this version:

Alexandrine Vaylet. Chercher l'erreur : les bons élèves d'après leur enseignant le sont-ils également au regard du test orthophonique ? Étude comparative auprès de 30 enfants et 4 enseignants. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01499251

HAL Id: dumas-01499251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01499251>

Submitted on 31 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

VAYLET Alexandrine

Née le 20 février 1989 à Millau

CHERCHER L'ERREUR :

Les bons élèves d'après leur enseignant le sont-ils

également au regard du test orthophonique ?

*Etude comparative auprès de 30 enfants et 4
enseignants*

Directeur de Mémoire : **WRONKE José,**

Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **JAUBERT Sandrine,**

Orthophoniste

Nice

2015

MEMOIRE présenté pour l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

VAYLET Alexandrine

Née le 20 février 1989 à Millau

CHERCHER L’ERREUR :

*Les bons élèves d’après leur enseignant le sont-ils
également au regard du test orthophonique ?*

*Etude comparative auprès de 30 enfants et 4
enseignants*

Directeur de Mémoire : **WRONKE José**, orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **JAUBERT Sandrine**, orthophoniste

Lecteur neutre : **BATELLIER Clémence**, orthophoniste

Nice

2015

REMERCIEMENTS

Un grand merci à mes directeurs et co-directeurs pour m'avoir proposé ce sujet de mémoire passionnant et pour m'avoir guidée, conseillée et soutenue tout au long de mon travail.

Je souhaiterais remercier Monsieur José Wronke pour m'avoir épaulée et accompagnée tout au long de l'année.

Je remercie également Madame Sandrine Jaubert pour avoir su me rassurer et me guider durant ce parcours.

A tous les deux, merci pour tout ce que vous m'avez appris et pour vos conseils précieux qui m'ont beaucoup aidée et m'ont permis d'avancer.

Je remercie également Madame Clémence Batellier pour avoir porté de l'attention à ce mémoire et pour s'en être proposée « rapporteur ».

Je remercie aussi Madame Elisabeth Genest et tous les psychologues scolaires qui m'ont aidée à entrer en contact avec les enseignants ayant participé à mon expérimentation.

Plus généralement, j'aimerais remercier tous les enseignants et les orthophonistes que j'ai rencontrés, en cours comme en stage, qui m'ont tant appris et m'ont transmis, chacun à leur manière, la passion de ce métier.

Je tiens aussi à remercier les enfants et les enseignants qui ont accepté de participer à cette expérience. Sans eux, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour...

Merci à ma famille et à mes amis à Millau pour votre soutien et vos encouragements malgré la distance.

Julie, merci pour ton aide dans la rédaction du résumé en anglais.

Merci également à mes amis niçois, à tous ceux avec qui j'ai foulé les bancs de la fac ou les terrains de basket.

Un merci tout particulier à mes amis : Eva, Natacha, Claire, Florise, Valérie, Audrey, Maxime, Marion, Laëtitia, Mélissa. Merci d'avoir été là, de m'avoir accompagnée et portée durant ces quatre années. Merci pour ces merveilleux moments passés ensemble qui nous auront permis de lier une belle amitié.

Papa, maman, Charlotte, merci d'avoir été là malgré ces kilomètres qui nous séparent. Durant ces quatre années, et bien avant, vous avez toujours été présents, vous n'avez cessé de m'encourager, de me rassurer, de croire en moi et de me permettre d'aller toujours plus loin. Ce mémoire est aussi un peu le vôtre...

Enfin, Charly, merci d'avoir été à mes côtés et d'avoir su trouver les mots dans les moments de doute. Ce mémoire est aussi un peu le tien...

Je dédie ce mémoire à ma grand-mère, mamie Michou.

SOMMAIRE

Remerciements	3
SOMMAIRE.....	5
Introduction	7
Partie théorique.....	9
I. La conception de la pathologie en orthophonie.....	10
1. Le normal et le pathologique.....	10
2. Dans le domaine du langage.....	42
II. L'orthographe : son acquisition, ses troubles et son évaluation	52
1. L'acquisition du langage écrit et de l'orthographe.....	52
2. La pathologie orthographique	68
3. Le bilan orthophonique du langage écrit.....	82
Problématique et hypothèse.....	99
Partie expérimentale	102
I. La première expérimentation.....	103
1. Les objectifs de l'étude	103
2. La présentation de l'étude	104
II. La deuxième expérimentation.....	111
1. Les objectifs de l'étude	111
2. La présentation de l'étude	111
III. La procédure	114
1. Organisation de la passation.....	114
2. Passation.....	114
3. Recueil.....	116
4. Cotation	116
Présentation et analyse des résultats	117
I. Résultats recueillis auprès des enfants.....	118
1. Ecole primaire La Mantega	119
2. Ecole primaire Righi	121
3. Ecole primaire Denis Delahaye.....	124
4. Ecole primaire Saint Roch 2.....	126
5. Conclusion de l'étude.....	128
II. Données recueillies auprès des enseignants.....	130
1. Analyse des réponses des enseignants	130
2. Conclusions de l'étude	135

Discussion des resultats	137
I. Rappels	138
II. Réflexions engagées par les résultats.....	139
1. Autour de l'adresse de soin par l'enseignant.....	139
2. Autour de la portée des tests orthophoniques : le décalage entre la subjectivité du langage et l'objectivité des tests	140
III. Biais et limites de l'expérimentation	143
1. La représentativité des échantillons	143
2. Les conditions de passation.....	143
3. L'analyse et les conclusions	144
Conclusion	146
Bibliographie	148
Glossaire	155
ANNEXES.....	156
Annexe I : Dictées des enfants	157
1. Dictées des enfants de l'école La Mantega	157
2. Dictées des enfants de l'école Righi	164
3. Dictées des enfants de l'école Denis Delahaye	174
4. Dictées des enfants de l'école Saint Roch 2.....	180
Annexe II : Questionnaires des enseignants	187
1. Questionnaire de l'enseignant de l'école La Mantega	187
2. Questionnaire de l'enseignant de l'école Righi.....	189
3. Questionnaire de l'enseignant de l'école Denis Delahaye	191
4. Questionnaire de l'enseignant de l'école Saint Roch 2.....	193
TABLE DES MATIERES	195

INTRODUCTION

En tant qu'étudiants, nous sommes sans cesse amenés à nous interroger sur ce qui sous-tend notre future pratique orthophonique. En effet, plus on avance, plus on apprend, plus on fait de rencontres et plus on s'aperçoit que chaque patient est singulier à travers la problématique qu'il nous laisse entrevoir. Au fil de nos études, les cours comme les stages donnent lieu à de multiples rencontres qui nous incitent sans cesse à remettre en cause nos connaissances théoriques et notre petite expérience pratique. De ce fait, ce mémoire propose de réfléchir sur une de ces questions qui s'est édifiée à partir des rencontres que j'ai pu vivre avec différents orthophonistes.

Ainsi, notre questionnement s'est élaboré à partir de l'observation, dans la pratique orthophonique et concernant les troubles du langage écrit, de distorsions entre le motif de consultation initial (émanant souvent de l'institution scolaire), ce qu'objectivaient les tests orthophoniques et la réalité clinique d'un même enfant. En effet, nous observons que, fréquemment, l'orthophoniste reçoit un enfant adressé pour un bilan orthophonique avec tel motif de consultation, tel trouble et le test normé ne relève pas forcément la présence de pathologie. Il arrive aussi que d'autres enfants viennent en bilan orthophonique pour un trouble et le test révèle finalement une autre pathologie. L'orthophoniste peut également, grâce notamment à son analyse clinique, observer une pathologie qui ne correspond pas au motif de consultation initial. On peut aussi rencontrer des adultes avec une pathologie telle qu'une dysorthographe mais qui n'ont jamais été pris en charge en orthophonie dans leur enfance.

D'ailleurs, quelques mémoires d'orthophonie ont également mis au jour, volontairement ou non, ces distorsions. Un mémoire de 2014¹ s'est intéressé aux personnes dysorthographiques ayant atteint un certain niveau d'étude sans jamais bénéficier de suivi orthophonique. Une autre étudiante, réalisant son mémoire en 2011 sur les aspects pathologiques du langage chez les enfants migrants², a dû réorienter son étude puisque les textes de sa population de référence contenaient tous des éléments significatifs d'une pathologie dysorthographique. Elle a constaté que l'ensemble de sa population de référence, non suivie en orthophonie, pourrait tout aussi bien l'être pour dysorthographie (d'après ses connaissances de la pathologie donc ici de la dysorthographie).

Nous pensons donc que ces observations posent des questions intéressantes concernant l'identification de la pathologie du langage écrit.

¹ GEOFFROY Elodie. Mémoire 2014, Nice. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*

² DUCHAMPS Charlotte. Mémoire 2011, Nice. *D'ici et d'ailleurs : le voyage des mots : pathologie du langage écrit chez les enfants de migrants*

En effet, qu'est-ce qui fait que des enfants perçus comme bons élèves peuvent se retrouver pathologiques au regard des tests orthophoniques d'orthographe ? Pourquoi leurs difficultés passent-elles inaperçues par rapport à celle d'autres élèves suivis eux en orthophonie ? D'ailleurs, si un enfant qui fait des erreurs d'orthographe massives et nombreuses peut être considéré comme l'un des bons élèves de la classe, alors où est la pathologie ? Et de fait, quels enfants adresse-t-on en bilan orthophonique ? Plus généralement, nous pouvons nous demander quel est finalement l'écart entre ce qu'évaluent les tests et la pathologie réelle ? Ces questions laissent entrevoir le type de réflexions qui jalonnent notre mémoire.

C'est à partir de ces constats et pour tenter d'apporter des éléments de réponse à toutes ces interrogations qu'est né ce sujet de mémoire. Qu'est-ce qui est à l'origine de ces distorsions ? Comment les comprendre ? Nous sommes ainsi partis de l'hypothèse que, dans l'identification de la pathologie du langage écrit, il existait un écart entre la représentation qu'ont les enseignants de la norme et la norme relative au test orthophonique.

Afin de vérifier ceci, nous avons donc choisi d'analyser les performances de bons élèves de CM1 sur une épreuve orthophonique normée et d'appréhender parallèlement le regard que portait l'enseignant sur ses élèves.

Dans notre partie théorique seront donc abordées entre autres les questions de la pathologie et de l'évaluation. Le premier chapitre consiste en une réflexion sur les notions même de normal et de pathologique, en essayant de voir comment se trouve posée la définition du pathologique dans ses rapports avec la norme, et sur une analyse des conséquences en matière de langage. Dans le deuxième chapitre, nous nous intéresserons plus précisément à l'orthographe. Nous éclaircirons le fonctionnement de l'orthographe française, son acquisition et ses troubles avant d'approfondir la question de son évaluation.

D'après ces apports théoriques, nous présenterons les expérimentations que nous avons menées afin de mettre au jour cet écart entre la représentation qu'ont les enseignants de la norme et la norme relative au test orthophonique.

PARTIE THEORIQUE

I. La conception de la pathologie en orthophonie

1. Le normal et le pathologique

Si l'orthophonie est une discipline ayant pour objet l'étude des troubles du langage, une interrogation émane d'emblée : comment définir si telle manifestation ou tel comportement langagier relève ou non d'un trouble ? Autrement dit, il faut avoir précisé avant ce que l'on entend par « bien parler/écrire » ou « mal parler/écrire », c'est-à-dire ce qui distingue le langage normal du langage pathologique. De manière plus générale, il s'agit donc d'élaborer une réflexion sur les concepts de normal et de pathologique, d'essayer de voir comment se trouve posée la définition du pathologique dans ses rapports avec la norme et d'en analyser les conséquences en matière de langage.

1.1. Analyse de la question du normal

La consultation de plusieurs ouvrages indique l'existence d'acceptions différentes du terme normal.

1.1.1. Normalité statistique

En premier lieu, la normalité peut être envisagée comme concept statistique. Elle se fonde alors sur la moyenne des occurrences d'un comportement, d'une situation. Par exemple, dans nos sociétés industrialisées, il est ainsi devenu presque aussi normal de vivre en couple sans être marié que de se marier, ce qui reste transgressif pour une normalité religieuse par exemple¹. Elle assimile la norme à la fréquence, c'est-à-dire à un pourcentage majoritaire de comportements par rapport à une moyenne statistique : l'âge mental normal ou le QI normal par exemple. Les individus dits normaux sont les individus moyens, qui ne s'écartent pas trop, en plus ou en moins, du résultat moyen d'une population considérée en référence. Les individus pathologiques sont au contraire les individus déviants de cette norme ou moyenne.

Le Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent précise que la définition statistique est purement quantitative: « est considéré comme normal un individu qui se rapproche suffisamment de la moyenne pour la distribution normale du caractère considéré dans la population à laquelle l'individu appartient (en médecine, par

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains.*

exemple, on considère comme normaux les écarts par rapport à la moyenne situés entre +/- 2 déviations standards) »¹.

Bien qu'essentiellement descriptive, la moyenne tend à être érigée en norme, en valeur, d'où l'ambiguïté et les risques de ses utilisations. Ainsi, l'anomalie, la singularité ou la dissidence sont facilement considérées comme anormales donc pathologiques². Assimiler le normal à la moyenne peut présenter le risque de rejeter dans le champ du pathologique tout ce qui n'est pas dans la zone médiane de la courbe de Gauss comme par exemple les individus surdoués sur le plan intellectuel.

Dans le même ordre d'idée, l'on peut faire jouer la norme statistique de façon normative : « C'est ainsi qu'un sondage constate, de façon plus ou moins fiable, l'attachement à une opinion, ou une intention de vote ; mais sa diffusion médiatique en fait un instrument d'influence, qui exerce une pression destinée à faire que d'autres individus rejoignent la norme statistique supposée, et qui renforce ainsi les tendances à l'uniformisation et au conformisme »³.

Enfin, nous avons vu que la fréquence était au cœur de la normalité statistique. Ainsi, elle reflète parfois des jugements subjectifs sur une normalité : « C'est normal de frauder dans les transports en communs puisque tout le monde le fait » ou « c'est normal que personne n'ait réagi à cette agression puisque, dans ce quartier, c'est toujours comme ça ». Le normal devient ici ce qui est habituel, ce que l'on rencontre généralement et que l'on a tendance à subir comme une fatalité ou à utiliser nous-même comme une facilité, sans se poser de plus amples questions. Ceci renvoie à la notion de « banalisation » des conduites « anormales ». Dans ce cas, seule l'habitude joue et peut être à l'origine parfois, comme nous l'avons vu, d'un sentiment fataliste ou d'impuissance. « Le normal est ici privé de toute profondeur normative »⁴. On constate ici un fait mais sans le confronter à ce qu'il devrait être, à ce qui est souhaitable ou possible. Et « lorsque seul le fait existe, sans qu'il y ait de recours critique et/ou normatif à un droit ou à un idéal, lorsque tend à se réduire le décalage entre soi et soi-même, entre la société telle qu'elle est et ce que pourrait être une société plus juste, entre ce qui est et ce qui doit être, le normal peut se confondre avec l'anormalité d'une humanité qui ne pense plus, qui ne désire plus, qui ne se projette plus vers l'avenir »⁵. La disparition de toute norme au profit de la seule habitude peut faire de nous des robots, du bétail, régi par des normes purement extérieures (à notre jugement, raison) qui ne sont que des contraintes que l'on a intériorisées mais qui ne sont plus pensées, acceptées ou contestées. Ici se trouve le

¹ HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. p.457.

² DORON Roland et PAROT Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. p. 492.

³ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

danger de rechercher systématiquement le consensus : de remplacer le conflit par l'habitude, de déshumaniser notre rapport à la compréhension du normal¹.

De ce fait, on ne peut pas poser comme normal ce qui est simplement fréquent s'il n'y a pas de critère qui nous permette de penser que ce qui arrive fréquemment est compréhensible, légitime ou familier. A l'inverse, on ne peut pas non plus poser comme normal ce qui arrive de manière exceptionnelle : l'acte héroïque n'est pas un critère du normal.

1.1.2. Normalité idéale ou sociale

Cette première acception du normal ouvre la voie à une autre conception du terme: la normalité idéale ou sociale. En effet, la notion de normalité, loin d'être neutre et constante, est intimement liée aux représentations et aux idéaux d'une société. Ainsi, un comportement peut être considéré, selon l'époque ou le contexte, comme banal, voire conforme, ou comme radicalement inadapté, signe de pathologie. Pour ne citer qu'un exemple, prenons l'homosexualité, acceptée et légalisée dans certaines cultures, pathologie dans d'autres ou jugée comme crime ailleurs. Selon ce critère, le normal est d'être comme la plupart des gens. Les critères sont élaborés par la société, de ce fait, plus on se rapproche d'un critère idéal, plus on est normal. Les comportements non habituels sont marginalisés. Ainsi, on est malade selon les critères élaborés par l'extérieur (société, famille, médias, politique, école..) : « la définition plus normative renvoie à une norme définie de l'extérieur, par exemple dans telle famille, dans tel milieu, seront considérés comme anormaux des comportements ou mode de pensée qui s'écartent de ce qui est considéré comme admis et admissible »².

La normalité sociale semble insuffisante étant donné qu'on peut être marginal sur le plan social tout en étant équilibré sur d'autres plans³. D'autre part, la référence à un idéal collectif conduit à considérer comme normaux les individus obéissant aux règles éthiques et aux institutions, les non-conformistes étant considérés comme pathologiques, or il y a danger à assimiler équilibre psychologique et conformisme social.

1.1.3. Normalité fonctionnelle

Ainsi, plutôt que d'envisager la normalité seulement par rapport aux autres, à la règle ou à un idéal, on tend actuellement à cerner la notion de normalité en se référant à un critère fonctionnel. Ainsi, la normalité fonctionnelle réfère au fonctionnement intérieur d'un individu, à son fonctionnement optimal compte tenu de ses caractéristiques

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. p.457.

³ BONNET-PINCHON Adeline. *Le normal et le pathologique, évolution du concept*.

psychologiques particulières. Le Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent utilise le terme d'« axiologique » pour définir cette normalité fonctionnelle : « La définition axiologique renvoie à un idéal de fonctionnement obéissant à certaines valeurs intrinsèques, par exemple le meilleur fonctionnement psychique ou la meilleure organisation de la personnalité »¹. Elle correspond à l'état qui paraît le plus approprié à un individu en fonction de ses caractéristiques psychologiques propres. La pathologie correspondrait à une rupture d'équilibre, sans que change la structure de base.

Pour le moment, aucune de ces définitions n'est suffisante pour établir les frontières entre le normal et le pathologique. Cependant, chacune y contribue selon le point de vue que l'on adopte². Selon le Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, du point de vue du thérapeute, c'est l'angle axiologique qui doit primer. En effet, aider un sujet à recouvrer la santé ne peut se résumer à le faire entrer dans une norme statistique, ni à l'adapter à des exigences extérieures, sans tenir compte de la qualité de son fonctionnement mental et de l'organisation de sa personnalité. Cela est d'autant plus vrai que l'on a affaire à un enfant dont le développement est en grande partie à venir et qui est soumis à de grandes contraintes adaptatives. Il y a danger à ignorer la qualité de son fonctionnement mental et à « se contenter de supprimer des symptômes gênants pour son adaptation ou hors norme statistique par des moyens nuisibles à son développement futur »³.

1.1.4. Normalité médicale

En médecine, la normalité peut faire référence à l'absence de trouble ou de maladie. Elle oppose ainsi la santé à la pathologie : « Médecine clinique : Est dite normale la valeur d'un paramètre biologique ou clinique dépourvue d'inconvénient ou de risque (s'oppose à pathologique) »⁴. Ce critère considère comme normal tous ceux qui ne présentent pas de symptômes ni de signes pathologiques.

La limite de cette définition, qui consiste à assimiler normal et santé en y opposant anormal et maladie, réside dans le fait que nous sommes dans une vision statique qui ne correspond plus à la dimension dynamique de la majorité des malades. Par exemple, la personne asthmatique, avant la crise, est normale au sens d'une absence de symptôme. D'autre part, ce qui est anormal n'est pas forcément pathologique et vice versa. En psychopathologie de l'enfant, il y a des manifestations normalement pathologiques (phobies de la petite enfance par exemple) et leur absence est alors inquiétante. Ou alors, certains enfants peuvent être pathologiquement normaux (hypermaturité par exemple)⁵.

¹ HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. p.457.

² Ibid. p.457.

³ Ibid. p 457.

⁴ KERNBAUM Serge. *Dictionnaire de la médecine Flammarion 8ème édition*.p.687.

⁵ BONNET Agnès, FERNANDEZ Lydia. *23 grandes notions de psychopathologie. Enfant, adolescent, adulte et personne âgée*. p. 24.

Le Dictionnaire de psychologie précise à ce sujet : « L'absence de pathologie est un critère négatif nécessaire mais insuffisant. Il requiert dans le domaine psychologique des critères du pathologique propres à fonder la légitimité des mesures psychiatriques imposées. En l'absence d'altération objective de l'organe ou de la fonction, on retient : la dangerosité, la souffrance, la contrainte, la rigidité, les limitations fonctionnelles, qui ne peuvent être évaluées en toute rigueur que par rapport à un individu d'âge, de sexe et de culture identique, ayant vécu et vivant dans les mêmes conditions. L'insuffisance du critère d'adaptation conduit à l'idée de normativité définie comme capacité à se donner des normes. De ce point de vue, la créativité est un critère de normalité. La normalité s'oppose à la pathologie et toute deux impliquent inévitablement la référence à des valeurs »¹.

1.1.5. Normalité subjective

Enfin, à travers ces différentes acceptions de la normalité apparaît la subjectivité de cette notion. En effet, chacun de nous a une représentation qui lui est propre des limites de la normale concernant toutes les conduites. Ces représentations sont strictement individuelles. On confronte l'individu face à notre comportement ou à ce qui nous est familier. Ainsi, ce qui est rare autour de moi me paraît anormal tandis que ce que je rencontre fréquemment m'est suffisamment familier pour que je lui reconnaisse intuitivement une légitimité²: si deux couples de mes amis sur trois ne sont pas mariés, il y a de fortes chances pour que le couple non marié bénéficie spontanément dans mon esprit d'une légitimité au moins équivalente à celle du couple marié.

C'est donc souvent la familiarité de l'expérience et la capacité de compréhension qui vont rendre telle position ou situation acceptable, légitime, normale : devient normal ce que je rencontre dans mon expérience ou dans mon univers familier³. La part de subjectivité est donc relativement importante. Dans sa pratique, le soignant est soumis au poids de cette subjectivité. Il tentera de ramener toute situation subjective à une attitude scientifique mais dans le domaine du comportement, il a sa propre subjectivité⁴. Il en est de même pour l'enseignant qui a ses propres représentations de la normalité et de ses limites, donc sa propre manière de « situer » un enfant par rapport à une norme, celle-ci étant inévitablement teintée de subjectivité. C'est ce que nous essaierons d'appréhender dans notre partie expérimentale.

Le Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie souligne le caractère relatif d'une telle notion, qu'elle soit définie sous l'angle quantitatif ou qualitatif (dimension subjective liée aux valeurs des individus et des sociétés) : « la notion de normal est aussi relative que celle d'inadaptation ; la normalité est beaucoup plus d'ordre quantitatif par

¹ DORON Roland et PAROT Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. p. 492.

² BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

³ Ibid.

⁴ BONNET-PINCHON Adeline. *Le normal et le pathologique, évolution du concept*.

référence à la moyenne statistique que qualitatif plutôt par référence à soi, sa culture ou à l'idée que l'on se fait du normal, surtout lorsque les manifestations sont d'ordre subjectif ; il n'y a pas une normalité, mais des normalités. Il est pratiquement impossible de définir ce que l'on pourrait appeler un comportement, une constitution, un caractère, une structure mentale normaux même en employant le pluriel. Le normal se situe entre des marges de valeurs dont les frontières sont imprécises et d'autant plus relatives que subjectives »¹.

Ainsi, c'est l'addition de ces différentes conceptions de la normalité qui définit une certaine normalité. Nous constatons que la normalité peut prendre des sens différents, ce qui peut engendrer confusion et ambiguïté autour de cette notion. Il semble qu'il n'existe pas de définition simple et satisfaisante du normal; chacun des cadres de référence choisis offre des exceptions où s'insinue le pathologique. En réalité normal et pathologique sont aussi dépendants l'un de l'autre, ils s'interpénètrent.

1.2. Evolution historique du concept de maladie et du pathologique

La racine grecque apparaissant dans le terme « pathologique » se retrouve dans notre adjectif « pathétique » : l'émotion, ce qui est éprouvé. Cette acception est donc première dans l'histoire du terme avant de désigner ce qui relèverait objectivement de l'ordre de la maladie, comme trouble ou lésion des organes, ou comme perte de la santé².

On retrouvera cette deuxième signification dans le Dictionnaire des termes techniques de médecine par exemple : « Pathologie : science qui a pour objet l'étude des maladies »³ ou dans le dictionnaire d'orthophonie qui définit la pathologie de la manière suivante : « en matière de santé, ce terme désigne à la fois :

- A. La science étudiant les maladies : leur fonctionnement, c'est-à-dire la physiologie pathologique, les effets qu'elles provoquent, c'est-à-dire les troubles, les lésions,
- B. L'expression d'une maladie => trouble »⁴.

L'histoire a marqué l'élaboration de l'opposition entre normal et pathologique. Ce dernier prend sens dans la société dans laquelle il se trouve posé. Ainsi, pour tenter de clarifier les enjeux sémantiques et idéologiques de cette notion, il est indispensable de s'intéresser à quelques configurations historiques significatives. Ce chapitre n'a pas pour objectif de donner un aperçu, même bref, de l'histoire de la médecine et de la psychopathologie mais de dégager, très schématiquement, les différentes façons de poser

¹ LAFON Robert. *Vocabulaire de psychologie et de psychiatrie de l'enfant*. p. 729.

² BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

³ GARNIER Marcel, DELAMARE Valéry. *Dictionnaire des termes techniques de médecine* (21ème édition). p.616.

⁴ BRIN-HENRI Frédéric, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique. *Dictionnaire d'orthophonie 3ème édition*. p.207.

le problème afin de percevoir cette diversité historique des conceptions du pathologique. Loin d'être immuable, la notion de pathologique est fortement corrélée aux problèmes qu'une société se pose et aux voies qu'elle a trouvées pour les traiter¹.

1.2.1. Le pathologique avant la clinique moderne

a. Conceptions mythiques et bibliques

De tout temps, l'homme a cherché une explication, a tenté d'interpréter les désordres de la santé.

Ainsi, à l'époque, la maladie était une énigme et la mort une fatalité. Le fonctionnement du corps et son anatomie était encore inconnus. Au fil des millénaires, l'homme a dû s'émanciper de l'emprise magique et religieuse dans laquelle il baignait, de l'idée selon laquelle des forces occultes dominaient le monde et gouvernaient sa propre vie. Il devait avoir recours à la magie, l'exorcisme ou invoquer des forces spirituelles pour contrer la maladie. Dans ces sociétés ancestrales, la maladie était perçue comme un mal nécessaire, comme une punition infligée à celui qui avait commis une faute. L'homme qui avait fauté tombait donc malade. Ainsi, toute guérison allait à l'encontre des forces supérieures. Donc seules quelques personnes, capables d'entrer en contact avec l'Au-delà et reconnues par la communauté, pouvaient prétendre contrecarrer la maladie. Ils étaient les seuls à prétendre posséder ce pouvoir de communiquer avec les forces occultes. Pour l'homme primitif, les pratiques religieuses ont donc été, pendant longtemps, la seule solution à la maladie. Le magicien était le seul à pouvoir tenter de repousser le mal. Mais avant, il fallait qu'il l'identifie, c'est-à-dire qu'il essaie de trouver les raisons de la colère divine.

A cette époque, si lointaine qu'il est difficile de la dater précisément, les maladies n'étaient pas identifiées grâce aux signes cliniques. Elles commencèrent à être distinguées et nommées vers la fin du troisième millénaire. Le mal se manifestait par un caractère unique : une fièvre, une jaunisse, une douleur². Le processus de guérison consistait à supprimer ces manifestations du mal : supprimer la fièvre par exemple. Le traitement était transmis, oralement, de générations en générations. Ainsi, cette médecine empirique utilisait rites, incantations, prières et offrandes.

Nos connaissances sur la médecine égyptienne, provenant de la traduction de papyrus originaux, de l'analyse de momies ou de données extraites de la Bible, fournissent des preuves de l'existence d'une médecine déjà organisée. Le papyrus d'Ebers par exemple, premier papyrus médical connu, représente une sorte d'encyclopédie des connaissances sur la médecine dans lequel apparaît différentes affections et leur

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p10.

thérapeutique : dieux à invoquer, prières à réciter¹. L’Égypte antique est marquée par un souci d’avancée du savoir en anatomie, on insiste beaucoup sur les mesures d’hygiène afin d’éviter les épidémies et la médecine apparaît déjà compartimentée en spécialités. Les égyptiens ont été les premiers à distinguer les différentes parties du corps par des mots et à attribuer une fonction à certains organes².

Les soins apportés aux malades sont donc spécifiques en fonction de la pathologie mais sont encore l’apanage de la magie et de la religion : formules, rites, incantations, breuvages magiques et invocation de pouvoir de guérison des dieux représentent les thérapeutiques de cette médecine empirique.

Dans ces conceptions, la santé et la maladie ne sont donc pas pensées en opposition l’une à l’autre : elles trouvent toutes deux leur fondement dans les récits mythiques et relèvent donc de ce qui explique l’existence. Dans ces sociétés structurées par le mythe, qui explique tout ce qui arrive et peut arriver, la distinction entre le normal et le pathologique ne se pose plus³. Le malade sent qu’il est malade mais la maladie n’est pas une irrégularité par rapport à une norme qui serait la santé. Le mythe va y donner une explication. Le malheur et la maladie sont des punitions divines pour un péché envers Dieu. La maladie et la souffrance relèvent du cours normal de l’existence, des relations entre Dieu et son peuple. L’irrégularité et l’aléatoire y sont donc possibles.

b. Conception grecque : la maladie comme entité propre

Les grecs, avec l’expérience sur l’art de soigner qu’ont acquise leurs prédécesseurs, notamment les égyptiens, ont cherché à s’appuyer sur des connaissances plus théoriques. Les premiers courants philosophiques naissent, les « présocratiques », et vont influencer l’approche de la maladie. Ils privilégient les forces de la nature pour expliquer la maladie au lieu de tout imputer au pouvoir des dieux⁴. Ainsi, la maladie est appréhendée comme plutôt liée à des phénomènes naturels qu’à des caprices des dieux.

Chez les médecins grecs, la maladie n’a donc pas d’origine divine, elle est comprise comme rupture d’un équilibre interne, conçu initialement d’après un modèle cosmique : le corps est un petit univers organisé et les régularités astronomiques (mouvements des astres, rythme, processus physiques) en sont la norme. C’est la description des processus morbides, la « bile noire » de la mélancolie par exemple, qui est le moyen de comprendre ce qui ne va pas et de rétablir l’harmonie⁵. Hippocrate développe l’approche de la maladie par l’observation et le raisonnement et non plus seulement par des processus empiriques (telle plante pour soigner tel mal). Il insiste sur l’examen du malade (regard, toucher) afin

¹ GONZALES Jacques. *Initiation à l’histoire de la médecine*. p.14.

² Ibid. p.15.

³ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

⁴ Op.cit. p. 20.

⁵ Ibid. p. 20.

de rechercher tous les signes de la maladie et sur son interrogatoire pour connaître ses antécédents. La maladie est la conséquence d'un déséquilibre des « humeurs » du corps¹. Elle est une collection de symptômes qui se manifeste extérieurement chez le patient : on peut donc dresser une description des maladies et de leurs signes, c'est-à-dire mettre au point une nosographie des différentes maladies. En effet, l'observation répétitive des mêmes symptômes chez les personnes malades et leur absence chez les personnes normales signent la maladie. Les maladies mentales relèvent de ce même type de déséquilibre, elles sont le signe d'une démesure : la manie est ainsi marquée par une agitation tandis que la mélancolie par l'abattement².

Hippocrate, en refusant les explications surnaturelles des maladies, est le premier à étudier rationnellement leur évolution : en analysant les signes cliniques et leur modification, il cherche à établir un « pronostic » pour chaque situation pathologique. Rétablir l'équilibre des humeurs consiste à évacuer celle qui est en excès, d'où l'idée de pratiquer des saignées, des lavements pour guérir le malade³.

Avec la médecine hippocratique, l'approche du pathologique a donc débuté par une entreprise d'observation et de classification de signes cliniques, symptomatiques de maladies. En dépit de raisonnements souvent analogiques, les théories d'Hippocrate et de ses successeurs introduisent une certaine rationalité dans la compréhension du pathologique, envisagé jusqu'alors comme mythique. La compréhension de la norme et de son dérèglement, est liée à une déontologie (serment d'Hippocrate) et conduit à un souci d'hygiène de vie afin de maintenir un équilibre de vie.

Galien, autre médecin grec, marquera comme Hippocrate l'histoire de la médecine par sa tendance à expliquer analytiquement la maladie. En pratiquant des dissections et en étant le médecin des gladiateurs grecs, il approfondira ses connaissances en anatomie. Ainsi, il identifiera et décrira les organes du corps et fera correspondre aux quatre humeurs d'Hippocrate quatre tempéraments fondamentaux (bilieux, mélancolique, sanguin et flegmatique), prédispositions à telle ou telle maladie⁴. Pour Galien, les humeurs doivent être réparties selon un juste « tempérament », les maladies résultent donc d'un déséquilibre à ce niveau et leurs manifestations extérieures sont observables : les symptômes. L'affection mentale sera un dysfonctionnement d'ensemble.

Galien a ainsi séduit les romains par le réalisme de ses positions et les religions monothéistes par son finalisme (la position idéale des organes pour le fonctionnement du corps est la preuve qu'il existe un grand créateur de la nature)⁵. Cette conception des maladies, qui conduit les médecins à concevoir la maladie comme une lésion reliée à des causes, et de leur thérapeutique va s'imposer jusqu'à l'époque moderne. Le soin consiste

¹ GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p. 21.

² Ibid. p.21.

³ Ibid. p.22.

⁴ Ibid. p.34-35.

⁵ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

en une maîtrise du déséquilibre, tout en ayant bien à l'esprit que c'est la nature qui guérit. Elle seule est dépositaire de l'ordre et donc elle est la seule à pouvoir le rétablir.

Il nous faut retenir ici la puissance de la pensée classificatoire. Le pathologique se construit à travers le découpage et la classification des maladies. On associe la maladie à des symptômes, comme, beaucoup plus tard, la médecine anatomo-clinique associera la maladie à des modifications tissulaires.

c. Conceptions médiévales

La médecine islamique, issu du monde musulman dont les richesses atteignent leur apogée au X^{ème} et XI^{ème} siècle, va conserver ces connaissances et les enrichir. Les arabes vont préciser le cadre de la médecine et renforcer son approche scientifique. L'intérêt pour l'étiologie (trouver la cause d'une maladie) grandit, en témoigne l'œuvre de Rhazès dans laquelle figurent les signes permettant de reconnaître de nombreuses maladies comme la rougeole ou la variole¹. Toutefois, peu de textes traitent des pathologies mentales. La médecine arabe rayonne par ses connaissances évoluées en pharmacopée. En ces temps, médecine et philosophie sont encore intimement liées.

La médecine occidentale, quant à elle, fait état de connaissances médicales qui restent encore profondément influencées par les textes médicaux de l'Antiquité (doctrines religieuses et philosophies). Ainsi, la théorie des humeurs continue à servir d'explication aux maladies et à la mise en place des traitements médicaux. Les maladies sont la conséquence d'un excès ou d'une insuffisance de sang, de lymphe, de bile, de mélancolie. L'arsenal médical est principalement constitué de saignée et de purges. Concernant l'examen clinique, le médecin reste à distance de son malade pour établir le diagnostic².

En somme, les outils de diagnostic et la thérapeutique connaissent peu de changements sinon l'examen des urines et la pharmacopée, issue de la médecine arabe, axée sur l'utilisation des plantes. Mais la médecine médiévale reste encore plus analogique que logique : l'homme est comme le cosmos, il est relié aux astres et les thérapeutiques découlent de ce raisonnement. Ainsi, les remèdes sont choisis en fonction de « signes » présents dans la nature et envoyés par le créateur, les fruits et légumes rouges servent par exemple à soigner les maladies du sang. Le fonctionnement des organes, chacun étant associé à un astre, relève également de considérations astrologiques.³ Parallèlement et corrélées à une montée de la peur, des ségrégations apparaissent ou se renforcent envers les lépreux et les fous. Le devoir d'assistance, de charité, amène l'enfermement de ces malades dans les hôpitaux pour indigents⁴. Vers le XV^{ème} siècle, la conception surnaturelle de la folie ou de la lèpre, fait du malade, une

¹ GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p. p.43.

² Ibid. p.45.

³ Ibid. p.39.

⁴ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

victime du démon¹. La description des affections, notamment mentales, incombe plutôt aux théologiens qu'aux médecins. La grande épidémie de peste, sévissant à partir de 1347, viendra accentuer ces sentiments de peur, d'impuissance et de fatalité. Le souci de poursuivre les observations et expérimentations médicales est toutefois présent chez les médecins et anatomistes mais l'alchimie, l'astrologie et la théologie tendent à s'imposer : comme nous l'avons vu, les traitements relèvent donc plus de substances auxquelles l'on attribue des vertus occultes.

La pathologie sera donc l'étude médicale de ce qui est éprouvé et souffert par des patients, un mal qu'ils éprouvent et subissent dans leur corps et dans leur esprit. Bien plus tard, les comédies de Molière, qui tournent en dérision les prescriptions médicales, illustrent ce paradoxe du recours à des médecins que l'on sait peu efficaces mais qui sont les seuls à pouvoir nommer ce qui est éprouvé². Ils pratiquent des saignées, des lavements, ils font transpirer et saliver en abondance les malades afin de purifier leurs organes et d'éliminer les humeurs³. D'autre part, la mortalité des femmes lors des accouchements et des très jeunes enfants fait que la vie et la mort sont étroitement liés et que la santé prend des allures de survie⁴. C'est à partir du recul de la mortalité précoce que la maladie et la mort cessent d'être respectivement une énigme et une fatalité pour devenir des anomalies tragiques⁵. En effet, elles ont été longtemps considérées comme l'une des composantes de l'existence, comme un mal nécessaire, une issue fatale, comme un risque normal en quelque sorte.

1.2.2. Naissance de la clinique : l'identification du pathologique

M. Foucault a étudié précisément ce qui marque le moment décisif d'une « Naissance de la clinique ». Deux nouvelles dimensions importantes sont à retenir.

La première est la présence du médecin au chevet du malade. Le terme même de « clinique »⁶ évoque la passivité et l'invalidité qu'entraîne la maladie. Le malade est celui qui est couché, au lit, en situation d'impuissance. Ainsi, la santé, et peut être la normalité, pourrait donc être liées à la position debout, à celui qui peut prendre une initiative, être dans l'action. S'oppose ici l'autonomie de celui qui n'est pas malade et la dépendance de celui qui l'est, dépendance de ce dernier pour la satisfaction de ses besoins et envers le

¹ LAHARIE Muriel. *Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age*. Communication présentée à la séance du 24 octobre 1992 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

² BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

³ GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p.71.

⁴ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

⁵ Op.cit. p.9-10.

⁶ Emprunté du latin « *clinicus* », du grec « *klinikos* », « propre au médecin qui exerce son art près du lit de ses malades », lui-même de « *klinê* », « lit ». Signification éditée par l'Académie Française, 1986.

médecin qui est celui qui sait et qui peut éventuellement le guérir¹. De cette dépendance naîtra l'importance de la relation entre le malade et le médecin, relation qui pourra être elle-même un véritable instrument thérapeutique (notion de transfert en psychanalyse).

L'autre nouveauté est l'importance de l'alliance du voir et du contact avec le corps. La clinique s'inscrit dans la lignée des sciences expérimentales fondées sur une connaissance très précise de l'anatomie et des mécanismes physiologiques. Mais ces derniers ne se voient pas directement, c'est le corps qui les donne à voir, à entendre et à sentir donc l'examen clinique du malade devient fondamental. Ainsi, l'auscultation, développée entre autres par l'invention du stéthoscope par Laennec, est la méthode qui permet de percevoir « l'intérieur » du corps du malade². Avant la naissance de la clinique, le médecin restait à distance de son malade, tandis qu'ici, s'opère une proximité clinique. Cette proximité a offusqué au début puisque le médecin a eu accès à l'intime du corps, notamment à celui de la femme, jusqu'alors entouré de tabous. De plus, en ayant accès à mon corps, le médecin en sait plus sur moi que je n'en sais moi-même.

En autorisant l'observation et l'auscultation du corps et en la confrontant aux savoirs, la médecine clinique du XIX^{ème} siècle transforme la culture occidentale. La théorie des humeurs et des tempéraments, qui marquait encore les connaissances du XVIII^{ème} siècle, est ainsi dépassée au profit d'une approche médicale plus scientifique³. Ainsi, l'examen clinique du malade permet, d'une part, de préciser les classifications et l'identification des maladies mais également de percevoir la singularité de vécu individuel de ces dernières⁴. En effet, il est difficile d'écouter le patient sans entendre la souffrance qui survient dans son histoire. Donc, à côté de l'objectivation des sémiologies et de la pathologie en général, la clinique rend compte de la singularité du patient. Le médecin rencontre ainsi un malade et non une maladie.

Le moment de la clinique a donc été un moment marqué par un rapport particulier entre le médecin et son malade autour du corps de ce dernier. Et cette situation clinique a influencé la conception de la notion de pathologique : « un corps subjectivement investi, atteint par des lésions ou des dysfonctionnements, et confié au regard d'un autre, pour une entreprise de « réparation » à la fois physique et psychique »⁵. La véritable prise en compte de la douleur ne s'est réalisée que plus tard avec notamment la considération du vécu psychique du patient et de son rapport à lui-même.

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² Ibid.

³ GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p.107.

⁴ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

⁵ Ibid.

1.2.3. Le pathologique comme écart quantitatif par rapport à la norme biologique

Comme nous l'avons vu, les conceptions de la santé et de la maladie, du normal et du pathologique, sont évolutives à travers l'histoire.

Deux conceptions importantes vont marquer le XIX^{ème} siècle : la méthode anatomo-clinique et la physiologie expérimentale. Ce sont les deux piliers de la médecine moderne. La première consiste à déceler une lésion organique grâce aux signes cliniques relevés pendant l'examen clinique du patient. Le deuxième courant conçoit la santé et la maladie comme des variations quantitatives d'une fonction, C. Bernard en est l'instigateur.

Ce physiologiste introduit la notion de constance du milieu intérieur et fait de la maladie une dérégulation d'un processus biologique, identifiable par analyse biochimique et que l'on doit corriger médicalement¹. En effet, pour lui, la vie doit être considérée comme un échange permanent entre le milieu extérieur et l'organisme, plus précisément le milieu intérieur. Ce dernier est un ensemble liquide (sang, lymphe...) présent dans les vaisseaux et en dehors dans lequel baignent les cellules et les tissus². Ce milieu intérieur est gouverné par un processus d'autorégulation : l'homéostasie, qui signifie que l'organisme régule les conséquences des changements souvent brutaux, inadéquats, délétères de l'environnement. Pour C. Bernard, la norme réfère au maintien, dans les limites physiologiques, de la constance du milieu intérieur par le processus d'homéostasie. Les phénomènes à l'état pathologique et à l'état physiologique ne diffèrent que quantitativement³.

Pour lui, il y a une continuité des phénomènes physico-chimiques et biologiques, du normal et du pathologique : il n'y a pas de rupture entre le normal et le pathologique, ce dernier étant l'exagération ou la diminution quantitative par rapport au normal. Selon lui, la science physiologique et la science pathologique sont fondamentalement identiques comme en témoigne ses travaux sur la glycémie concluant qu'elle est aussi bien normale que pathologique : il y a toujours du glucose dans le sang mais, au-delà d'un certain taux, on se trouve devant une maladie, le diabète⁴. Il n'y aurait donc qu'une différence de degré entre le normal et le pathologique, une continuité de l'un à l'autre.

Dans cette conception, la thérapeutique aura donc pour but de réguler, augmenter ou diminuer. Pour C. Bernard, la clinique est première chronologiquement mais est

¹ MOUTEL Grégoire, PLANCHE Olivier. *Le normal et le pathologique : évolution historique du concept de maladie et du pathologique*.

² GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. p.126.

³ DORON Roland, PAROT Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. p.492.

⁴ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

seconde par rapport à la médecine expérimentale ; « Je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; [...], mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale ; c'est là seulement qu'il cherche les explications de la vie à l'état normal et pathologique au moyen de l'analyse expérimentale »¹.

Plus tard, dans sa thèse de médecine, G. Canguilhem rejettera cette idée que seule la variation quantitative permet de définir le pathologique. Pour lui, le problème du normal et du pathologique ne peut se résoudre d'un point de vue purement quantitatif où le pathologique est défini par son excès dans un sens ou dans l'autre². Selon lui, « l'organisme est sain pour autant qu'il est normatif relativement aux fluctuations du milieu tandis que l'état pathologique traduit une réduction de ces normes de vie tolérées par le vivant; aucune guérison n'est simplement le retour à des normes physiologiques »³. L'apport de Canguilhem, concernant le normal et le pathologique, étant décisif, nous nous pencherons plus précisément dans la partie suivante.

Le philosophe positiviste A. Comte s'inscrit, à l'instar de C. Bernard, dans la doctrine physiologique et donc pour la thèse selon laquelle il existe une « identité réelle des phénomènes vitaux normaux et pathologiques »⁴. Selon lui, l'état pathologique est une imperfection, une dégradation de l'état parfait dont il devient possible de fixer des normes. La maladie s'inscrit ainsi dans le prolongement de l'état normal sur le seul mode du déficit ou de l'excès. Cette conception de la maladie fait du pathologique un extrême de l'état normal, une variante quantitative mesurable en degré, en plus ou en moins par rapport à lui. Il est ainsi possible de passer graduellement de l'individu sain à l'individu malade⁵. Pour lui, les mêmes lois et règles dirigent le développement normal de la vie, elles sont également amenées à produire les formes dites pathologiques. Cette conception de la pathologie est reprise du principe de Broussais (médecin) selon lequel toute maladie consisterait « dans l'excès ou dans le défaut de l'excitation des divers tissus au-dessus et au-dessous de degré qui constitue l'état normal »⁶.

Le chirurgien R. Leriche définit la santé et la maladie de la manière suivante : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes [...] La maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de la vie et dans leurs occupations, et surtout ce qui les fait souffrir »⁷. Pour ce spécialiste de la douleur, celle-ci est le symptôme qui vient briser la vie dans le silence des organes et conduit le malade à consulter. Il s'inscrit dans le sillage de C. Bernard en déclarant que « la maladie apparaît surtout comme une

¹ BERNARD Claude. *L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. p.258.

² HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. p.457.

³ DORON Roland, PAROT Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. p.492.

⁴ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.12.

⁵ MOUTEL Grégoire, PLANCHE Olivier. *Le normal et le pathologique : évolution historique du concept de maladie et du pathologique*.

⁶ Op.cit. p.18.

⁷ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.52.

perversion fonctionnelle », une simple déviation fonctionnelle étant capable, selon lui, de provoquer la maladie avant d'entraîner des dégâts anatomiques irréversibles¹.

En pratique toutefois, la définition du pathologique comme déviation par rapport à une moyenne présente une ambiguïté. Nous l'avons vu, la fréquence d'un phénomène ne suffit pas à rendre compte de la normalité étant donné que certaines altérations pathologiques sont tellement fréquentes qu'elles constitueraient statistiquement l'état normal. D'autre part, des examens d'exploration fonctionnelle et biologique peuvent découvrir chez certaines personnes, apparemment en bonne santé, des maladies à un stade infra-clinique. À l'inverse, des personnes annonçant des symptômes subjectifs variés (douleur, trouble psychosomatique, etc.) peuvent avoir ces mêmes examens absolument négatifs. Enfin, il existe une grande variabilité des paramètres biologiques au sein d'une population d'individus en bonne santé, paramètres qui sont amenés à fluctuer régulièrement (cycles circadiens, vieillissement, etc.)².

Pour toutes ces raisons et tout en admettant qu'il existe des cas où le pathologique apparaît comme variations quantitatives d'un phénomène, Canguilhem va nuancer l'idée que seules ces variations puissent le définir. Le pathologique doit aussi être appréhendé de manière qualitative. Il replace dès lors le vécu du patient, son ressenti par rapport à la maladie, au cœur de la définition du pathologique.

1.2.4. L'apport de Georges Canguilhem : conception subjective et qualitative du normal et du pathologique

G. Canguilhem, philosophe, médecin et épistémologue français, a établi une recherche approfondie sur la notion de normalité en médecine et en biologie dans sa thèse de médecine « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique » (1943), recherche qu'il poursuivra dans de nombreux écrits notamment « La connaissance de la vie ». Notre réflexion se poursuivra en suivant l'analyse qu'il propose.

Le normal et le pathologique sont deux notions indissociables, inhérentes à la pensée et à l'activité du médecin, et qui restent pourtant ambiguës. G. Canguilhem engage une réflexion sur ces deux concepts et va tenter de les définir : Pathologique est-il synonyme d'anormal ? Normal est-il identique à sain ?

a. Ambiguïté du terme normal

D'abord, G. Canguilhem va analyser les notions de norme et de normal qui ont déjà inspiré les propos précédents du paragraphe sur la normalité. Il part de leur étymologie

¹ CORVOL Pierre. *René Leriche, célébrations nationales 2005*.

² MOUTEL Grégoire, PLANCHE Olivier. *Le normal et le pathologique : évolution historique du concept de maladie et du pathologique*.

latine « norma » qui signifie « équerre, règle donnant la perpendiculaire » mais explique que « le normal n'est pas un concept statistique ou pacifique, mais un concept dynamique et polémique »¹. Le normal présente plusieurs définitions qui expliquent en partie son ambiguïté : « normal qui désigne tantôt un fait capable de description par recensement statistique [...] et tantôt un idéal, principe positif d'appréciation, au sens de prototype ou de forme parfaite »². Le normal admet ainsi deux acceptions qui lui sont toujours liées : la moyenne statistique et l'idéal.

Dans la définition statistique, on assimile le normal à la fréquence, à ce qui est habituel. La norme est alors une norme calculée, métrique : une norme quantitative et objectivable. Mais, nous l'avons vu, un talent spécial ou une intelligence supérieure ne sont pas fréquents, peut-on dire pour autant qu'ils soient pathologiques ?

Dans la définition selon une normalité idéale, est considéré comme normal ce qui est tel qu'il doit être, ce qui inclut un jugement de valeur. La norme est ce qu'il convient de faire, d'atteindre, de respecter, c'est donc une norme estimée et valorisée : une norme qualitative. Normal prend ici un sens prescriptif, idéal. Au regard de cette conception, on a vu que l'on se confrontait au problème du conformisme par rapport à des représentations et des valeurs établies par la société ou d'autres instances.

L'ambiguïté est également liée au fait que, bien souvent, l'une des acceptions ne va pas sans l'autre : en effet, être normal c'est être dans la moyenne, ce qui est considéré comme un bien, comme un signe de bonne santé (physique et mentale) ou de bonne intégration sociale. C'est cette confusion que G. Canguilhem va interroger.

b. C'est la vie qui invente ses normes

Pour G. Canguilhem, on ne peut comprendre ce qu'est une norme qu'à condition de la penser à partir d'une réflexion sur la vie. La vie est la notion qui permet d'appréhender le concept de norme. C'est ainsi que G. Canguilhem va être conduit à concevoir la vie comme une activité consistant à poser des normes : en effet, la vie ne se caractérise pas par un simple maintien des normes, elle est créatrice de normes pour répondre aux modifications des milieux de vie dans lesquels un corps se situe. Cette capacité à inventer des normes, c'est ce que G. Canguilhem appelle la normativité. La vie est donc une activité normative, elle est capable de modifier certaines normes, d'en instituer de nouvelles. La vie est création, nouveauté, altérité.

Mais pour parvenir à cette conception, G. Canguilhem doit d'abord revenir sur une « sorte de dogme, scientifiquement garanti »³ : celui de l'identité réelle des phénomènes vitaux normaux et pathologiques. Il démontrera ainsi que ce dogme se fonde sur une

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.161.

² CANGUILHEM Georges. *La connaissance de la vie*. p.200.

³ Op.cit. p.12.

théorie unifiée de la vie, erronée selon lui, et qui conduit à envisager toute forme de pathologie, d'écart comme une déficience, une erreur, un échec.

c. La normalité selon le principe de l'identité

G. Canguilhem va montrer, au début de son ouvrage sur le normal et le pathologique, comment, au XIX^{ème} siècle, le fait pathologique est dissout dans le fait normal, ceci entraînant la constitution d'une normalité en soi, élevée alors comme forme dominante de tout vivant. Cette homogénéité entre phénomènes normaux et pathologiques est un dogme qui va s'imposer aussi bien sur le plan médical que biologique. La médecine, dont l'objectif consiste en la restauration du normal, considère la maladie comme une augmentation ou une diminution de l'être. La pathologie est ainsi envisagée comme un fonctionnement normal mais qui fonctionne trop bien ou pas assez bien : « ces déviations sont de l'ordre du défaut ou de l'excès »¹. Il y a donc une identité réelle, aux variations quantitatives près, des phénomènes normaux et pathologiques.

Cette conception est le fait, selon G. Canguilhem, du primat accordé à la physiologie sur la pathologie : si la pathologie est envisagée, ce n'est pas pour elle-même mais parce qu'elle s'oppose à la santé, parce qu'elle permet de mieux la comprendre. La maladie, la pathologie n'est envisagée qu'en référence à la santé, ce qui est donc premier est la santé et ce qui s'y rapporte. En résumé, la suprématie de la physiologie sur la pathologie entraîne un discours qui, en authentifiant les phénomènes biologiques, les homogénéise. Nous sommes en présence d'une conception unifiée des phénomènes de la vie. G. Canguilhem va montrer que ce dogme s'ancre également dans un fondement idéologique. Ainsi, cette norme scientifique, mise en place au XIX^{ème} siècle, est aussi sous-tendue par un jugement normatif d'origine sociale. G. Le Blanc nous explique que, derrière cette identification du normal et du pathologique, se joue en fait autre chose, c'est-à-dire l'affirmation de la primauté de l'ordre sur le désordre, de la conservation sur le changement, de l'identité sur la différence : « la tentative thérapeutique de restaurer, contre le désordre de la maladie, l'ordre de la bonne santé est à comprendre à partir d'un primat général de l'ordre sur le désordre »². Il y a ainsi une norme sociale qui érige l'ordre en norme et qui voit toute forme de désordre comme dangereuse, contre laquelle il faut combattre. L'identité doit être de mise et toute différence, tout écart, tout changement est proscrit, conception que la théorie sur l'identité des phénomènes normaux et pathologiques véhicule aussi.

Ainsi, contre donc cette idée de normalité biologique univoque, d'une pathologie qui se réduirait au normal, G. Canguilhem fait valoir sa pensée d'une pluralité des formes de vie : la vie a plusieurs allures qu'on ne peut ramener à un caractère commun. En découle une redéfinition par leur individualisation des concepts de normal et de pathologique et une relativisation de la normalité.

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.20.

² LE BLANC Guillaume. *Canguilhem et les normes*. p.48.

d. La normalité sous l'angle de la pluralité des formes de vie

Afin d'analyser les rapports entre le normal et le pathologique, G. Canguilhem change de perspective : il quitte l'approche scientifique pour adopter le point de vue subjectif du malade, lequel est à même de nous renseigner sur la différence qualitative de la pathologie. C'est l'expérience du sujet individuel qui permet de penser les rapports entre le normal et le pathologique. Il oppose à la définition scientifique du normal une définition plus subjective. Avant d'être un concept scientifique, le normal est d'abord ce à quoi se rapporte, positivement ou négativement, un individu dans l'expérience de la santé et de la maladie.

La normativité

Si on se positionne du point de vue du malade, on constate que la maladie n'est pas comparable à la santé. L'expérience de la maladie est l'expérience d'une autre forme de vie. Le malade, dans l'expérience de la maladie, se vit autre. Pour lui, être malade c'est être un autre homme : « être malade, c'est vraiment pour l'homme vivre une autre vie »¹. La maladie ne se cantonne pas à désorganiser la vie, elle la bouleverse complètement. Elle constitue une rupture : pour le sujet vivant, la maladie surgit comme un événement, comme une altération qualitative de la totalité de son être.

D'où une polarisation de l'existence entre ce qui est valorisé, la santé, et ce qui est vécu comme une restriction, la maladie. « Nous pensons [...] que la vie n'est pas indifférente aux conditions dans lesquelles elle est possible, que la vie est polarité et par là même position inconsciente de valeur, bref que la vie est en fait une activité normative. [...] Au sens plein du mot, normatif est ce qui institue des normes »². La vie est définie en termes d'activité. C'est une activité de conservation et de régulation, autrement dit de maintien de l'organisme dans sa normalité organique (stabilité interne de l'organisme, autonomie et constance malgré les variations du milieu). Mais la vie est aussi productrice ou créatrice. Et c'est cette dimension créatrice qui permet à l'organisme, confronté à des situations nouvelles ou menaçantes, de créer de nouvelles normes. On dépasse ici la normalité organique, il est question de normativité organique. Cette dernière permet de clarifier la distinction entre le normal et le pathologique : en effet, la normativité désigne la capacité de la vie à créer de nouvelles normes, c'est donc elle qui va fonder le normal. La normalité d'un organisme vient de sa normativité. Cela signifie que la norme, pour un organisme, est la capacité à changer de norme de vie, la pathologie se manifeste, au contraire, par la réduction de l'organisme à une norme unique : « l'homme normal, c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques. Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement »³. C'est donc la normativité organique (capacité de créer de nouvelles normes) qui définit la normalité de

¹ LE BLANC Guillaume. *Canguilhem et les normes*. p.49.

² Ibid. p.77.

³ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.77.

l'organisme, un organisme malade étant un organisme dont la capacité normative est altérée.

La santé et la maladie du point de vue de la norme

De ceci découleront de nouvelles conceptions de la santé et de la maladie. La santé représente pour G. Canguilhem la « possibilité de dépasser la norme »¹, de « tolérer des infractions à la norme habituelle »² et la possibilité d'« instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles »³. Ce qui caractérise la santé c'est donc la capacité de tolérer des variations des normes auxquelles la stabilité fragile du milieu donne une valeur trompeuse de normal définitif. En fait, pour G. Canguilhem, « l'homme n'est vraiment sain que lorsqu'il est capable de plusieurs normes, lorsqu'il est plus que normal »⁴. C'est « pouvoir tomber malade et s'en relever ; c'est un luxe biologique »⁵, une capacité d'adaptation. Si la santé se caractérise par cette capacité normative, c'est cette même capacité qui est altérée dans la maladie. La maladie est : « la réduction du pouvoir d'en surmonter d'autres (normes) »⁶. G. Canguilhem précise que la capacité normative ne disparaît pas, mais il s'agit d'une normativité restreinte : être malade c'est voir cette capacité normative altérée, par rapport à ce que peuvent faire les autres mais également par rapport à ce que l'individu était capable de faire avant. La maladie réduit la marge de tolérance aux variations du milieu et impose à l'individu un effort pour continuer à vivre : « La réduction plus ou moins grande de ces possibilités d'innovation mesure la gravité de la maladie »⁷. La guérison est donc « la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques »⁸. Cependant, « aucune guérison n'est un retour à l'innocence physiologique »⁹ car il y a irréversibilité de la normativité biologique. Ainsi, « guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes »¹⁰, mais jamais identiques.

G. Canguilhem s'est également intéressé au domaine de la psychopathologie en mettant en évidence que son analyse du problème physiopathologique se trouvait renforcée par le problème psychopathologique. En effet, de nombreux psychiatres ont reconnu que le malade est un « autre homme » et pas seulement parce que le trouble prolonge et grossit son psychisme normal. Dans ce domaine, l'anormal est en possession d'autres normes. En psychologie, il arrive que, face à une inadaptation à un milieu donné,

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.115.

² Ibid. p. 116.

³ Ibid. p. 116.

⁴ CANGUILHEM Georges. *La connaissance de la vie*. P.167.

⁵ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.117.

⁶ Ibid. p.167.

⁷ Op.cit. p.115.

⁸ Ibid. p.138.

⁹ Ibid. p.138.

¹⁰Ibid. p.138.

on ne soit plus en mesure de distinguer la folie de la génialité. En général, le psychologue ou le psychiatre envisage le normal comme une forme d'adaptation au réel ou à la vie. Mais ce réel n'a rien d'absolu. Celui qui adhère sans réserve aux valeurs techniques, économiques et culturelles de ce réel, sans prendre en compte son conditionnement par son entourage et son histoire, serait dans une illusion, proche de celle que l'on décrit dans la folie. G. Canguilhem reconnaît dans la santé un pouvoir normatif de mettre en question des normes physiologiques par la recherche du débat entre le vivant et le milieu, recherche impliquant l'acceptation du risque de maladie. De la même manière, en ce qui concerne le psychisme humain, la norme c'est « la revendication et l'usage de la liberté comme pouvoir de révision et d'institution des normes », ce qui implique le risque de folie. G. Canguilhem se questionne ainsi ; Qui voudrait soutenir, en matière de psychisme humain, que l'anormal n'obéit pas à des normes ? Le psychisme est peut-être anormal parce qu'il obéit trop à des normes justement. Afin d'illustrer cela, G. Canguilhem cite T. Mann : « Il n'est pas si facile de décider quand commence la folie et la maladie [...] Il faut toujours qu'il y en ait un qui ait été malade et même fou pour que les autres n'aient pas besoin de l'être.... Sans ce qui est maladif, la vie n'a jamais pu être complète.... Seul le morbide peut sortir du morbide ? Quoi de plus sot ! La vie n'est pas si mesquine et n'a cure de morale. Elle s'empare de l'audacieux produit de la maladie, l'absorbe, le digère et du fait qu'elle se l'incorpore, il devient sain. Sous l'action de la vie... toute distinction s'abolit entre la maladie et la santé »¹.

En résumé, la distinction entre la santé et la maladie n'est pas une distinction selon la normalité mais selon la normativité. Cela signifie également que la maladie n'est pas une absence de normes : « l'état pathologique ou anormal n'est pas fait de l'absence de toute norme. La maladie est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable qu'elle est de se changer en une autre norme »². Etre malade revient à se sentir anormal, non pas au sens d'absence de normes mais au sens où l'on éprouve subjectivement un sentiment de réduction de sa normativité. L'idée que développe G. Canguilhem est que le sens du normal et du pathologique est d'abord individuel : ils doivent être déterminés en fonction de la capacité normative de l'individu. La norme ne prend sens que pour un individu. Dans cette optique, G. Canguilhem réalise une individualisation des concepts de normal et de pathologique : « en matière de normes biologiques, c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer »³. La normalité est donc singulière et non universelle, c'est l'individu qui se sent normal ou non, qui s'éprouve subjectivement ainsi. Par conséquent, il n'y a pas de frontière absolue entre ce qui est normal et ce qui est pathologique : en effet, ce qui relève de la normalité dans une situation peut se révéler pathologique dans une autre et vice versa. En ce qui concerne le passage de l'un à l'autre, il est éprouvé subjectivement par l'individu : « de cette transformation, c'est l'individu qui est juge »⁴.

¹ MANN Thomas cité CANGUILHEM Georges. *La connaissance de la vie*. p.168.

² LE BLANC Guillaume. *Canguilhem et les normes*. p.119.

³ Ibid. p.118.

⁴ LE BLANC Guillaume. Loc.cit.

Cette individualisation du concept de normalité entraîne ainsi sa relativisation. Il n'y a plus de frontière distincte entre le normal et le pathologique puisqu'elle dépend de l'individu, mais également de la manière dont il appréhende la situation. Par exemple, une même situation peut être vécue par un individu comme normale à un moment donné et anormale à un autre moment. Ainsi, « Il n'y a pas de fait normal ou pathologique en soi. L'anomalie ou la mutation ne sont pas en elles-mêmes pathologiques. Elles expriment d'autres normes de vie possibles »¹. G. Canguilhem définit l'anomalie comme un fait biologique insolite, sans rapport avec une anormalité. Elle représente une variation individuelle, une irrégularité constitutionnelle, congénitale. L'anomalie est un terme descriptif et non normatif ou appréciatif. L'anomalie, si elle a des incidences sur l'activité de l'individu, si ce dernier se sent dévalorisé à cause d'elle, est alors une infirmité. Si elle est liée au « pathos », autrement dit à « un sentiment direct et concret de souffrance, un sentiment d'impuissance et de vie contrariée », elle est alors une pathologie. Ainsi, l'anomalie peut évoluer en maladie mais elle n'est pas une maladie à elle seule.

Du coup, on ne saurait déterminer, de manière absolue, une normalité valable immuable pour un individu et universelle pour tous les individus. La normalité se mesure en fonction de la subjectivité qui s'éprouve comme telle. Toutefois, en définissant la normalité par le vécu individuel d'une normativité et la situation inverse par celui d'une normativité restreinte, l'on pourrait penser que G. Canguilhem abolit la distinction entre le normal et le pathologique, réintroduit une certaine continuité entre les deux, une différence quantitative.

La maladie conçue comme altérité

Cependant, il faut comprendre que, selon lui, la maladie ne se contente pas de désorganiser ou modifier l'état de santé. Elle ne doit pas être envisagée comme déficience (par rapport à la santé) mais plutôt comme altérité : elle est un bouleversement de la vie, elle-même une allure de vie. L'organisme est « autre » dans la maladie et non pas le même aux variations près. La vie à l'état pathologique connaît d'autres normes. La pathologie n'est donc pas le contraire logique de normal mais le contraire vital de sain. Ainsi, l'état de maladie impose à l'homme de « vivre une autre vie, même au sens biologique de ce mot »² et à l'organisme de modifier ses allures antérieures. G. Canguilhem insiste sur cette idée que la vie a plusieurs allures.

G. Canguilhem précise que l'altérité de la maladie est à comprendre sous plusieurs angles. Au sens biologique d'abord puisque la maladie affecte la totalité de l'organisme, le rendant alors comme étranger à lui-même : il nous conduit à prendre l'exemple du diabète et à remarquer qu'il n'affecte pas une ou deux fonctions de l'organisme (même si certains organes sont touchés préférentiellement) mais ce dernier en globalité (même les larmes du diabétique sont sucrées). Dans cette perspective, le diabète apparaît comme une autre allure de vie. L'altérité de la maladie est également envisagée au sens existentiel

¹ LE BLANC Guillaume. *Canguilhem et les normes*. p.91.

² CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.44.

étant donné que le rapport à la vie est tout autre dans la pathologie. Le malade peut ressentir un sentiment d'anormalité car il se sent malade, séparé des autres (non-malades) et de lui tel qu'il était avant d'être malade. Comme nous l'avons vu, la pathologie entraîne une rupture, une discontinuité dans l'existence de l'individu. Etre malade revient à être transformé dans son corps et dans son esprit : la vie psychique, et pas seulement la vie somatique, est marquée par la maladie ; chacune pouvant évoluer différemment puisqu'on peut être encore atteint sur le plan psychique alors que l'on est guéri physiquement. Enfin, la vie du malade réfère aussi à une signification sociale étant donné que le normal est socialement associé à la capacité et le pathologique à l'incapacité ou au handicap.

En conclusion, ce que nous révèle G. Canguilhem est que, si pour l'individu qui est malade, la maladie est une restriction ; toutefois pour la vie, la maladie est une forme nouvelle, une invention de vie qui accroît la normativité. Envisager la maladie comme un processus normal, même s'il est ressenti comme anormal par celui qui est atteint, c'est penser autrement l'irrégularité, l'erreur que pourrait constituer la maladie. Selon G. Canguilhem, la maladie est à concevoir comme une création originale de la vie dans le vivant. D'autre part, elle ne représente pas un simple accident à la vie et pour le vivant, elle est une structure nécessaire du comportement vivant. Aussi, « une santé parfaite continuelle apparaît comme un fait anormal »¹. Dans la maladie, la santé est mise à l'épreuve : testée, menacée et renforcée.

Ainsi pour G. Canguilhem, la santé est définie comme une possibilité de courir des risques, d'admettre de l'imprévu, d'affronter l'inédit et, de cette manière, d'explorer des possibles, jusque-là inexplorés, de la vie. Et la maladie est ce qui vient freiner, limiter cette capacité d'innovation, d'adaptation et en même temps la révéler dans la possibilité à la surmonter ou à vivre avec : la santé et la maladie sont deux devenirs possibles du vivant, deux allures distinctes de la vie.

e. Conclusion

G. Canguilhem a souligné la complexité du problème du normal et du pathologique. Selon lui, le problème ne peut se résoudre seulement d'un point de vue quantitatif où le pathologique serait caractérisé par un excès dans un sens ou dans l'autre. Il ne peut pas non plus être associé à un point de vue statique dans lequel il s'agirait d'adapter définitivement l'organisme à son milieu. Il en appelle donc à l'envisager selon un point de vue dynamique, dans lequel tout vivant est capable de créer de nouvelles normes afin de s'adapter à son milieu. Dans cette perspective, le pathologique serait une différence qualitative, et plus seulement quantitative, par rapport au normal; ce serait la perte de cette capacité créatrice de nouvelles normes.

Cette approche du pathologique, en nuancant la validité des moyennes statistiques dans la définition de norme de santé, a d'importantes conséquences. La normalité n'a plus

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.75

de sens absolu. Aussi bien pour le médecin que pour son patient, le pathologique est défini en fonction de son référentiel propre, de son univers psychique et affectif, de ses valeurs, de sa culture, de ses événements de vie, de ses expériences ou de ses épreuves. Ainsi, la notion de guérison n'est plus identique pour le malade et son médecin : un individu présentant des séquelles d'une maladie peut se sentir guéri et normal même si ses données physiologiques sont très éloignées de ce qu'il considérerait comme normal avant la maladie.

G. Canguilhem donne une mission à la médecine : se souvenir de son origine et reconnaître la primauté de l'expérience, du vécu, de la thérapeutique, de la clinique sur la biologie. La clinique débute par une observation, une compréhension et la thérapeutique est la restauration du normal vécu et éprouvé par le malade qui définit sa norme de vie.

Ainsi, d'une manière plus générale, nous pouvons nous rendre compte que la normalité de référence a changé tout au long de l'histoire. Et ceci parce que nos représentations du corps humains et de son fonctionnement ne sont plus les mêmes. A l'époque appréhendée comme une punition divine, la maladie a fait l'objet de diverses conceptions. Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

1.3. Bref regard sur le pathologique en psychiatrie

En psychiatrie, la notion de norme est présente relativement tôt, pourtant la compréhension d'une pathologie proprement psychique, et plus encore des traitements adéquats, met du temps à se clarifier. Cette compréhension va s'élaborer progressivement au fil des descriptions des tableaux cliniques pour parvenir peu à peu à constituer une nosologie¹ d'ensemble.

Depuis l'étude de M. Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique », nous comprenons comment la politique du « grand enfermement », qui réunit les vagabonds et les fous dans les hôpitaux généraux, a permis aux psychiatres des observations comparées et suscité les observations et les hypothèses de la psychiatrie classique. Les aliénistes du XIX^{ème} siècle usent du regard clinique de la médecine dans la conception des troubles de l'esprit et acquièrent ainsi un savoir sur ces troubles par la classification des symptômes et des syndromes². L'enjeu est ici de classer les différentes formes du pathologique et d'appréhender un pathologique qui affecte l'esprit. Cependant, il y a des cas où seuls les comportements ne suffisent pas à le dévoiler : c'est là une des limites de la méthode clinique de l'observation.

¹ La nosologie est l'étude des maladies, dans leurs formes et leurs traitements.

² BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

A côté de la volonté de voir, l'appréhension psychiatrique de la folie va connaître différents types d'intervention. La première étant le traitement moral : il s'agit de parler au malade, de tenter de le raisonner parfois même de faire pression sur lui afin qu'il revienne à des comportements plus rationnels et socialisés. Le psychiatre se montre ferme et bienveillant et le soin est en fait une rééducation. Cette méthode va connaître des limites, notamment face aux états délirants, puisqu'elle suppose que le fou peut contrôler sa folie et le psychotique son délire. L'enfermement sera un autre type d'intervention. Il n'intervient pas seulement pour protéger la société du fou mais aussi pour protéger le fou de lui-même et d'autrui. Il est justifié en étant défini comme une méthode de protection, comme un contenant sécurisant¹. L'antipsychiatrie, ainsi que les études de M. Foucault, montreront la violence de l'exclusion à l'encontre des malades et la chronicisation des troubles qui découle d'un enfermement prolongé et de l'adaptation de la vie dans l'hôpital. Si en psychiatrie, l'idée d'une hospitalisation permettant un apaisement de l'angoisse et des troubles reste présente, elle est à envisager sous la forme d'hospitalisation brève, dirigée vers la reprise de la vie ordinaire et accompagnée d'un suivi ambulatoire. Puis d'autres solutions vont devenir possibles avec l'apparition de moyens nouveaux permettant de contenir les troubles aigus, les risques d'actes incontrôlés et dangereux. Ce sont les foyers, les appartements thérapeutiques, le suivi à domicile ou par une équipe dite « de secteur ». L'apparition des neuroleptiques, dans les années cinquante, a permis le développement d'une psychiatrie plus efficace et plus humaine, malgré les effets secondaires de ces traitements pouvant être relativement lourds. Le médecin retrouve son rôle de prescripteur et la clinique est réinvestie. On ne se laisse plus inquiéter par la folie à laquelle on oppose une réponse médicale : le médicament². Le psychisme est conçu comme structures neuronales sur lesquelles on peut faire agir une substance chimique.

Ainsi, l'appréhension psychiatrique de la folie est influencée par le primat du voir des sciences biologiques, de la pratique médicale et l'on a davantage qu'avant recours à des médicaments pour y répondre. Mais cette description néglige la dimension psychopathologique qui est propre à la psychiatrie.

A côté des psychiatres formés uniquement par les neurosciences, il y a une autre approche psychiatrique : la psychopathologie. Elle est définie comme la prise en compte, dans la compréhension des symptômes intervenant dans les pathologies psychiques (névrose, psychose, dépression), des processus et des fonctionnements proprement psychiques³. Ces derniers ne peuvent être révélés seulement par la description des comportements, ils ne se donnent pas à voir mais peuvent s'entendre et être décodés à partir du langage du patient. Dans cette optique, l'écoute prime sur le voir. Mais écouter un patient c'est rencontrer une personne qui souffre de tel ou tel trouble mais qui ne peut être réduite à ce trouble. Un médicament peut apaiser une angoisse mais la compréhension de cette angoisse et la source du délire ne sont pas pour autant résolus.

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² Ibid.

³ Ibid.

Seul un travail proprement psychique, un échange avec le patient nous renseignant sur son histoire et la façon dont il l'a vécue, peut essayer de guérir les carences dont il a souffert, mettre au jour ses ressources, faire un deuil ou accepter la réalité.

La psychopathologie qui s'intéresse à ce qui est proprement psychique rencontre une personne et écoute son histoire. Cette prise en compte de la personne au regard de son histoire et de son avenir est notamment l'objet de la « psychiatrie dynamique » de l'école française de Henri Ey¹. Intimement liée à la psychanalyse et à la psychologie qui se développent parallèlement, la psychopathologie ne s'exclut pas des modèles médicaux mais ne s'y réduit pas non plus. Elle est aujourd'hui un héritage essentiel pour la réflexion sur la notion de pathologie.

1.4. Le pathologique : entre l'éprouvé singulier et l'écart à la norme

Après ce bref aperçu sur l'histoire des conceptions de la pathologie (en médecine puis en psychiatrie), on peut constater que la pathologie oscille toujours entre deux pôles: d'une part l'éprouvé singulier, caractérisé par une sensibilité individuelle, d'autre part, l'écart à la norme, objectivable.

En médecine anatomo-pathologique, l'observation directe et l'interprétation correcte des signes cliniques (tel type de douleur, tel type de fièvre) permettent d'objectiver une lésion ou un dysfonctionnement, la cause des troubles et leur éventuelle réparation grâce à un médicament. La pathologie est ici un écart par rapport à une norme : l'os est fracturé, le muscle est étiré, l'organe ne remplit plus sa fonction. Dans le même ordre d'idée, en psychiatrie, la raison ne semble plus contrôler les actes ou les pensées et il faut essayer de faire en sorte qu'elle en reprenne ce contrôle.

Mais parallèlement à cet écart par rapport au bon fonctionnement d'un organe physique ou même psychique, il y a la prise en compte de l'histoire du sujet et pas seulement de ses symptômes, le souci de traiter la douleur, l'accompagnement par des soins palliatifs lorsque la guérison n'est plus une option. Ces éléments font appel à une autre référence et c'est à ce moment que l'on retrouve le « pathos » du pathologique : l'éprouvé et la souffrance. Les soins ne consistent plus seulement en une réparation mais en l'écoute et la compréhension de cette dernière. La guérison n'est plus simplement une disparition du trouble (on ne peut pas faire comme si le cancer n'avait jamais existé par exemple), le sujet doit intégrer la maladie dans son histoire et dans la compréhension de lui-même pour commencer une nouvelle étape de son histoire. Des études montrent le travail psychique qu'il faut à un enfant guéri d'une grave maladie, et à ses parents, pour que cette dernière et la guérison soient prises en compte. Par exemple, pour ne pas que l'enfant soit surprotégé ensuite, de telle manière à ce que cela nuise à son développement,

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains.*

parce qu'à un moment, on a craint pour sa vie¹. La guérison passe donc également par l'acceptation de ce qui est arrivé et d'éventuelles séquelles.

On voit dans cet exemple, que la psychopathologie dépasse beaucoup de ce qui relève des maladies mentales. La maladie physique, le traumatisme brutal, le deuil peuvent entraîner des perturbations psychologiques normales, bien que douloureuses, chez chacun de nous. La psychopathologie ne s'intéresse pas seulement à la maladie qui rend fou. D'ailleurs, les souffrances psychiques peuvent affecter les gens « normaux » (ce que l'on dit ou qui se croient tels), souffrances qui peuvent, parfois, ne pas se révéler de nature fondamentalement différente des souffrances psychiques aiguës². De même, la psychopathologie considère comme pathologique des comportements défensifs qui font que les gens ne rêvent pas, ne se troublent jamais, n'expriment pratiquement aucun affect, qui sont dans une adaptation sociale sans faille, l'essentiel de leurs préoccupations étant pratique, et ayant une existence sentimentale, personnelle et culturelle pauvre. Ces éléments peuvent être révélateurs d'une dépression sans pour autant que la personne ne se sente triste ou déprimée. Certains ouvrages, dont « Plaidoyer pour une certaine anormalité »³, étudient justement les comportements sur-adaptés. Ainsi, le pathologique n'est pas tout ce qui saute aux yeux de prime abord.

On s'aperçoit donc bien que le concept de pathologique s'érige entre la notion d'écart à la norme et celle d'éprouvé singulier, parfois générateur d'inadaptation, d'impuissance ou de souffrance. Son étude permet une réflexion sur la normalité et un déplacement de l'idée même de cette dernière. Inversement, nous l'avons vu au début de cette partie, le normal nous a interrogé sur le statut du pathologique. C'est en cela qu'il est intéressant de les analyser conjointement.

1.5. La question du pathologique fonctionnel, sans lésion repérable

La clinique médicale classique (modèle anatomo-pathologique) cherche à voir la lésion : soit directement à partir des maladies et blessures visibles sur le corps, soit lors d'autopsies, soit de manière indirecte grâce aux radiographies, analyses, qui sont des signes suffisamment clairs permettant de déterminer telle infection. Les progrès des techniques médicales, notamment en imagerie avec, par exemple, des moyens tels que le scanner ou l'IRM, contribuent à affiner l'identification de la lésion. De cette manière, la maladie a un lieu : elle se caractérise par une lésion identifiable, affectant un organe ou un tissu. Ainsi, la guérison consiste à restaurer l'élément anatomique touché ou à rétablir un dysfonctionnement physiologique.

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² Ibid.

³ MC DOUGALL Joyce. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*.

Cependant, le pathologique n'est pas toujours visible : que faire alors quand il y a pathologie et qu'aucune lésion ne peut être identifiée, qu'aucun élément anatomique ne semble touché ?

La médecine ne se limite pas à voir une lésion, elle va tenter de chercher à comprendre la cause du trouble. Elle va être amenée à rechercher l'étiologie de la perturbation. La tendance est de rechercher un facteur prédominant, mais l'étiologie peut être plurifactorielle¹ : ainsi, je peux tousser parce que j'ai pris froid ou parce que j'ai un virus ou parce que je suis asthmatique ou parce que je fume trop mais plusieurs explications peuvent se combiner. La médecine occidentale envisage le plus souvent la pathologie comme résultante soit d'une agression externe (microbe, virus), soit d'un déséquilibre interne, innée ou acquise. Dans tous les cas, la cause doit être identifiée, comme la lésion devrait l'être. La maîtrise du pathologique requiert la description du trouble, l'identification de sa cause et, quand cela est possible, le recours à un médicament. C'est un schéma de causalité linéaire : après l'identification du dysfonctionnement déterminé, on apporte une réponse permettant de rétablir un état de santé ou d'équilibre.

Toutefois, en ce qui concerne les troubles mentaux, c'est un peu différent. Le trouble psychique est plus rarement expliqué de façon certaine et ne résulte généralement pas d'une causalité unique. Malgré les descriptions sémiologiques précises élaborées par les psychiatres, la médecine classique rencontre ici une de ses limites². L'hystérie par exemple illustre bien cette limite : aucune lésion n'est identifiable, pourtant certains troubles hystériques (vomissements, contractures, etc.), survenant notamment dans les formes bruyantes que l'hystérie pouvait prendre à la fin du XIX^e siècle, affectent directement le corps.

Cette idée va être essentielle dans la caractérisation du pathologique. Elle amène une réflexion sur la conception traditionnelle de la médecine qui distinguait les pathologies relevant d'une cause somatique (phénomènes physiques ou chimiques entraînant une lésion identifiable) de celles résultant d'affections psychiques touchant l'esprit du patient mais pas son corps. A partir de là, le « voir la lésion » ne peut plus être seul à interpréter le pathologique : des corps biologiquement normaux peuvent souffrir physiquement malgré l'absence d'une lésion identifiable. La compréhension du pathologique ne relève pas simplement d'une causalité simple et unique, l'interprétation de la parole du patient et de son histoire est à prendre en compte. L'appréhension du normal et du pathologique demande une interprétation des signes et plus particulièrement de la parole subjective du patient pour les pathologies psychiques.

Aujourd'hui, la tendance n'est plus à rechercher une causalité unique, soit somatique, soit psychique. On sait que, même dans une causalité somatique avérée, les facteurs psychiques sont importants. La pathologie relève d'une causalité complexe

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*.

² Ibid.

joignant éléments somatiques et psychiques, ces derniers ne pouvant pas être pensés selon une causalité linéaire simple.

1.6. Quelques mots sur la pathologie ailleurs

Parce que la conception occidentale du normal et du pathologique correspond à une civilisation donnée, ne rend pas compte de tout l'art de guérir et s'est développée aux côtés d'autres traditions, il nous a semblé intéressant de nous pencher très brièvement sur d'autres façons de concevoir le pathologique. Aujourd'hui, l'intérêt grandissant porté aux médecines parallèles, à la naturopathie, le besoin d'avoir recours aux guérisseurs attestent de la coexistence de plusieurs modes d'appréhension du pathologique. La compréhension de la maladie reste un enjeu de société. D'ailleurs, l'importance croissante des préoccupations de santé publique, le souci du risque zéro et la mise en place délicate d'un principe de précaution en témoignent également.

1.6.1. Compréhension orientale du pathologique

Les conceptions orientales du pathologique se fondent sur une attention majeure portée à l'équilibre du corps et de l'esprit. Même si l'on ne peut les réunir selon un modèle unique, le principe essentiel de la médecine chinoise, à savoir l'équilibre du yin et du yang, est aujourd'hui relativement connu. L'alimentation, en particulier les traditions végétariennes hindoues, représente également un élément important de ces conceptions¹. Les pratiques médicales orientales sont marquées par un véritable art de vivre, par la recherche d'une unité et d'un équilibre entre l'homme et l'univers. L'homme est appelé à se limiter, à vivre selon ses ressources, autrement dit à acquérir une certaine maîtrise de soi (plutôt que de la nature extérieure).

1.6.2. Compréhension africaine du pathologique

Les conceptions africaines du pathologique ne peuvent, elles non plus, être réunies sous un même modèle. D'autant plus que, dans telle ou telle zone géographique, cohabitent différentes nations et ethnies et divers modèles liés aux traditions religieuses (animisme, religions traditionnelles telles que l'islam ou le christianisme). Ce qui est important ici est de souligner la valeur des modèles africains dans l'appréhension du pathologique.

Dans les conceptions africaines, la dichotomie occidentale corps/esprit n'existe pas. C'est l'être entier qui est atteint, toute affection du corps touche l'être dans sa globalité : il n'y a pas d'opposition entre corps et esprit, entre matériel et spirituel, le principe est

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains.*

celui de la vie¹. Tout ce qui est vivant est essentiellement spirituel. L'homme ne peut être parcellé comme il pourrait l'être en anatomo-clinique occidentale. En somme, selon les conceptions africaines, un mauvais esprit anime l'homme malade, ses forces vitales devant être libérées. La cause de cette maladie, se manifestant comme un emprisonnement ou une destruction interne, est identifiable dans des forces externes qui se sont emparées de l'être. Le soin revient aux traditions religieuses qui doivent guérir tous ces maux physiques, psychiques, sociaux qui empêchent l'homme de vivre. La guérison ne se limite pas à mettre fin au trouble, elle engage alors l'être dans sa globalité et consiste en un salut spirituel. Le salut est la libération et la santé est le salut. La cause de la maladie est souvent envisagée comme une perturbation des relations avec la nature ou les autres. Le sort dont est victime le malade (et qui a entraîné la maladie) n'est pas à envisager, de façon occidentale, comme la cause directe de la maladie mais il s'agit plutôt de symboliser le conflit sous-jacent, la rupture de relation et d'harmonie en soi-même induite par la perturbation des relations avec les autres. Ceci explique pourquoi, le soin et la guérison, ne sont pas les seuls faits du médecin et de son malade mais nécessitent la mobilisation spirituelle de toute la famille, voire des voisins, voire de tout le village quand cela est possible.

1.7. Anomalie versus pathologie

Dans son ouvrage intitulé, « Le normal et le pathologique », Canguilhem a attiré notre attention sur la confusion qui crée souvent un amalgame entre la notion d'anomalie et celle d'anormalité.

Anomalie vient du grec « anomalia » qui signifie inégalité, aspérité. « Omalos » désigne en grec ce qui est uni, égal, lisse alors que « an-omalos » désigne ce qui est irrégulier, rugueux, inégal. Au substantif « anomalie » correspond l'adjectif « anomal », c'est-à-dire porteur d'une anomalie, tombé en désuétude aujourd'hui. S'il est vrai que le mot anomalie désigne un fait ou même un état, il s'agit en principe d'un terme descriptif alors que le mot anormal (du terme normatif « nomos » signifiant loi) comporte nécessairement la référence à une valeur, à une commune mesure ou à un fonctionnement considéré comme normal². Il est construit en opposition directe à l'adjectif normal.

Selon Canguilhem, le terme de « normal » n'a aucun sens absolu ou essentiel : ni le vivant ni le milieu ne peuvent être considérés comme anormaux s'ils sont pris séparément. Sans cette idée, on fera l'erreur de tenir pour anormal (donc pathologique) tout individu anomal, c'est-à-dire aberrant par rapport à un type statistiquement défini.

Une anomalie, donc par exemple une valeur non fréquente, est au départ une singularité, une bizarrerie qui demande à être interprétée. Le fait qu'elle sorte des valeurs habituelles ne la rend pas pour autant anormale, autrement dit pathologique, car cet écart

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*. .

² OTERO Marcelo. *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. p.81.

peut être simplement la manifestation du pouvoir qu'a la vie de s'épanouir, dans des conditions non ordinaires, conditions qu'elle est d'ailleurs susceptible de réinventer sans cesse. Toutes les anomalies, toutes les innovations de la vie, ne sont pas pathologiques. Ce qui rend une anomalie pathologique c'est le fait qu'elle gêne les hommes dans leur vie quotidienne, ou qu'elle ait été rattachée par la science à des symptômes éprouvés par des hommes qui ne se sentaient pas normaux. Autrement dit, un résultat peu fréquent n'est pas pathologique en soi, il le devient s'il est relié à une souffrance ou à une gêne ressentie par le malade. Il en résulte qu'un résultat n'est pas anormal parce que écarté des normes habituelles, ni normal parce que fréquent.

La distinction qu'opère Canguilhem entre ce qui est une anomalie et ce qui est anormal (ou pathologique) est intéressante dans le sens où elle conduit tout thérapeute à se demander, face à un résultat considéré comme une anomalie (statistiquement hors des normes habituelles) si cette anomalie témoigne d'une simple singularité, bizarrerie ou si elle a une signification anormale et pathologique. Il s'agit d'identifier en premier lieu si un résultat sort des valeurs habituelles. Ainsi, pour savoir si la valeur mesurée est ou non une anomalie, il convient de la confronter à un référent qui soit, soit le sujet lui-même, soit une population de référence constituée de sujets sains pour la variable étudiée. C'est dans cette comparaison à un référentiel que les statistiques sont utiles. Elles permettent de fixer des seuils au-delà desquels un résultat peut être considéré comme une anomalie. Mais les statistiques ne nous disent pas ce qui est anormal ou pathologique. C'est l'interprétation des résultats qui permettent de juger si les anomalies repérées avec les outils statistiques ont un caractère pathologique ou non. Cela dépend des explications données aux symptômes présentés par le patient. Une anomalie ne tire pas son caractère pathologique de son simple écart statistique à une moyenne, quelle que soit la façon dont cet écart est appréhendé. En somme, c'est la confrontation des résultats aux données cliniques qui permettent de déterminer si ce résultat a une valeur pathologique ou non, qu'il sorte ou non des limites statistiques. Chaque résultat permet d'édifier un tableau sémiologique mais c'est le tableau global qui permet d'interpréter l'anomalie¹.

1.8. La psychologie des enfants et le repérage des anomalies et anormalités

Plus proche de nous, la problématique du pathologique a resurgi avec la question de l'école obligatoire et du dépistage des inadaptations et des échecs scolaires. C'est pour résoudre cette question du dépistage des enfants en difficultés à l'école et dans le but de rechercher des formes d'enseignement qui leur conviendraient mieux que Binet et Simon ont mis au point des tests pour déterminer le Quotient Intellectuel. Le ministère de l'Éducation, inquiet de l'échec scolaire, chargea ces deux psychologues de développer un test afin de repérer les enfants en difficultés. C'est ainsi que le test de QI est né au début du XX^{ème} siècle. Ce Quotient intellectuel ne prétend pas mesurer une réalité déterminée

¹ Compte-rendu de la table ronde des XV^{ème} Journées francophones d'électro-neuromyographie (Grenoble 2006). *Le normal et le pathologique*.

qui serait l'intelligence mais a plus vocation à analyser des aptitudes hétérogènes (désignation d'objets, raisonnement logique, etc.) qui formeraient ensemble l'intelligence. Le QI normal se mesure par rapport à une moyenne référée à une classe d'âge, fixée à 100, et c'est l'écart à cette moyenne qui permet des mesures différentielles entre les enfants. Binet et Simon n'entendent pas non plus révéler quelque chose d'irréversible lorsque un QI est inférieur (ou supérieur) à la moyenne, ils veulent juste établir une mesure précise à un moment donné: l'enfant est-il en retard, en avance par rapport aux autres de son âge? Il s'agit d'une estimation du développement intellectuel de l'enfant. Elle ne présage en rien l'avenir de l'enfant mais a pour dessein de repérer quels enfants nécessitent une attention particulière ou des mesures pratiques pour une scolarisation adaptée.

Mais une tout autre interprétation du test s'opère quand des tests, inspirés de celui de Binet et Simon, sont utilisés aux Etats-Unis dans le recrutement des soldats pour la première guerre mondiale. Ils n'ont plus pour vocation de repérer des difficultés mais de sélectionner et donc de juger des hommes inaptes à certains postes¹.

Ainsi, deux tests similaires peuvent rapporter des conceptions radicalement différentes du retard scolaire, de l'inadaptation ou de la pathologie.

D'ailleurs, on pourrait de poser la question de savoir s'il y a un critère purement scolaire du normal. Si l'on pense que oui, l'on pourrait avancer qu'il est relatif puisque l'exigence scolaire requiert certaines capacités mais en néglige d'autres. Dès lors, en quoi consisterait-il ? S'agit-il de la capacité d'apprentissage ? Mais celle-ci demande des prérequis notamment en ce qui concerne la socialisation : il faut pouvoir être dans un groupe, participer sans pour autant monopoliser l'attention, sans se montrer trop violent, pouvoir rester assis sur une chaise, etc. En fait, il s'agit d'un ensemble d'aptitudes non scolaires mais plutôt liées à l'éducation qui rendent la scolarité possible ou non. Pour autant, l'absence de ces aptitudes est-elle nécessairement pathologique ? Certains avancent qu'elle témoigne plutôt de quelque chose qui n'a pu s'élaborer dans l'éducation de l'enfant. D'autre part, le fait que ces conditions soient (suffisamment) remplies n'est pas pour autant suffisant. En effet, l'apprentissage suppose également le désir d'apprendre. Cette absence de désir d'apprendre est-elle pathologique ? Dans certains cas, elle peut l'être, si par exemple elle résulte d'une inhibition. Mais pas toujours : elle peut résulter du fait que l'enfant n'a pas été suffisamment éveillé par les expériences qu'il a faites au cours de son histoire. Parce qu'apprendre demande un effort, il faut compenser celui-ci par une envie : une envie de s'identifier à quelqu'un que l'on admire pour ses connaissances, une envie de plaire à telle ou telle personne ou toute autre envie.

Ainsi, la normalité scolaire ne signe pas l'absence de phénomènes pathologiques (il existe même des pathologies dont l'une des caractéristiques peut être la réussite scolaire), inversement, l'échec scolaire ne signifie pas toujours une pathologie, même si elle peut

¹ BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains.*

être une des causes de l'échec. C'est un ensemble d'éléments qui sont à prendre en compte dont notamment l'éducation et les relations de l'enfant.

2. Dans le domaine du langage...

Les conceptions du normal et du pathologique constituent des points de référence essentiels aussi bien dans la définition de la santé et de la maladie que dans la mise en place de l'action thérapeutique et c'est en cela qu'elles nous intéressent en orthophonie. Puisque l'orthophonie a pour objet les troubles du langage, il est important de définir si telle manifestation langagière relève ou non de la pathologie.

Ainsi, nous avons vu que le normal se situait dans des marges de valeurs dont les frontières étaient imprécises, mouvantes et d'autant plus relatives que subjectives. En effet, loin d'être neutre et constante, la normalité est intimement liée aux représentations et aux idéaux d'une société à un moment donné. Après avoir engagé une réflexion sur ces concepts et tenté de voir comment se trouvait posée la définition du pathologique dans ses rapports avec la norme, nous essaierons à présent de tisser des liens avec le langage et l'orthophonie.

2.1. Normal au sens de moyenne, de fréquence, de concept statistique

Selon ce point de vue, la notion de normalité désigne la conformité à un type moyen. Cette définition de la normalité par la moyenne est d'ordre statistique. On l'appréhende grâce à des travaux de recherche expérimentaux qui isolent certains aspects du domaine étudié. Concernant ce rapport entre le normal et l'expérimental, Canguilhem énonce : « Ce que les physiologistes [...] entendent par phénomènes normaux, ce sont des phénomènes dont l'exploration permanente est possible grâce à des dispositifs de laboratoire et dont les caractères mesurés se révèlent identiques à eux-mêmes pour un individu donné, dans des conditions données, et à quelques écarts d'amplitude définie près, identiques d'un individu à l'autre dans des conditions identiques. Il semblerait donc qu'il y ait une définition possible du normal, objective et absolue, à partir de quoi toute déviation au-delà de certaines limites serait logiquement taxée de pathologique. En quel sens l'étalonnage et la mensuration de laboratoire sont-ils dignes de servir de norme pour l'activité fonctionnelle du vivant pris hors du laboratoire ? »¹.

Sur le plan du langage, cela nous entraîne à porter notre attention sur les recherches réalisées dans ce domaine. En prenant par exemple l'acquisition du langage chez les enfants, les études consistent généralement à créer une situation délimitée : de répétition, d'expression ou de compréhension du langage, pour un certain nombre d'enfants réunis par tranches d'âge. On suppose alors que l'on va repérer des caractéristiques communes à un certain âge qui nous permettrons de dire « à tel âge, les enfants sont capables de dire ou comprendre telle ou telle chose, et s'y prennent de telle ou telle manière ». Les caractéristiques sont ainsi calculées à partir de pourcentages et donnent des courbes².

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.81.

² DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.17.

D'une manière générale, les chercheurs considèrent qu'un phénomène langagier est acquis si 70% à 80% des enfants interrogés, d'un âge donné, ont réussi la tâche qui leur était proposée. C'est une tendance majoritaire que les chercheurs essaient de relever. Cette majorité est à différencier de la moyenne qui se calcule à partir de l'ensemble des résultats individuels, or il est possible que peu d'enfants aient obtenu ce résultat moyen. Cela voudrait dire que beaucoup d'enfant se situent bien en-dessous ou bien en-dessus de la moyenne de leur groupe. Ainsi, la mise en évidence de la moyenne permet généralement, soit de comparer les groupes entre eux, soit d'apprécier les différences individuelles, c'est-à-dire celles qui existent entre les différents enfants d'un même groupe. Apparaîtra ainsi la notion statistique d'écart type qui existe toujours en référence à une moyenne et qui, en orthophonie, permettra de considérer comme pathologique les écarts situés à +/- 2 déviations standards¹. Tous les tests ou les devoirs scolaires peuvent illustrer ce type d'approche.

Dès lors, nous l'avons vu, un comportement normal est défini par un résultat moyen ou un résultat qui ne s'en écarte pas trop, en plus ou en moins par rapport à la population de référence. Ce résultat moyen, essentiellement descriptif à la base, tend à être érigé en norme et en valeur. Or, dans cette optique, l'anomalie, la singularité ou la dissidence risquent d'être facilement considérées comme anormales donc pathologiques. Identifier le normal par la moyenne peut présenter le risque de considérer comme pathologique tout ce qui ne se trouve pas dans la zone médiane de la courbe de Gauss comme les individus surdoués intellectuellement par exemple.

Ainsi, à ce propos, Canguilhem précise: «Etablir une courbe [...], ce n'est pas résoudre le problème du normal, pour un caractère donné, par exemple la taille. Il faut des hypothèses directrices et des conventions pratiques permettant de décider à quelle valeur des tailles, soit vers les grandes, soit vers les petites, se fait le passage du normal à l'anormal. Le même problème se pose si l'on substitue à un ensemble de moyennes arithmétiques un schéma statistique à partir duquel tel individu s'écarte plus ou moins, car la statistique ne fournit aucun moyen pour décider si l'écart est normal ou anormal »².

Les hypothèses directrices permettant d'analyser les écarts par rapport à la moyenne proviennent des théories qui réfèrent au domaine étudié. En ce qui concerne le langage, les modèles du fonctionnement langagier se fondent sur les connaissances de différentes disciplines telles que la linguistique, la psychologie, la psycholinguistique, la neuropsychologie, les sciences de l'éducation, la médecine, qui explique tel fonctionnement par tel organe, et d'autres encore³. En effet, le langage est une entité complexe qui peut être abordée par de multiples points de vue. C'est cette diversité des modèles qui fait que, parfois, des interprétations différentes peuvent être fournies pour des résultats identiques. Toutefois, il existe un consensus selon lequel on parlera de retard

¹ HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. p.457.

² CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.81.

³ DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*.p.18.

dans le cas d'un enfant qui présenterait des résultats coïncidant avec ceux d'un enfant plus jeune, ou de déviance lorsque ces résultats ne correspondent pas au développement typique ou normal.

2.2. L'importance du contexte dans l'appréhension du normal

Nous avons vu précédemment que la norme n'avait de sens que par rapport à un contexte de référence. En ce qui concerne le langage, cela signifie que les recherches et travaux entrepris mettront en évidence des éléments correspondant à un contexte donné et à un groupe d'individus donné. Par exemple, telles données correspondent aux résultats d'enfants de pays industrialisés, européens et qui fréquentent un certain système éducatif. D'ailleurs, un mémoire d'orthophonie de 2010¹, grâce à l'étude des manuels, a mis en évidence que les batteries et les tests d'évaluation en orthophonie révélaient diverses influences théoriques implicites ou explicites. Ainsi, chaque fois que l'on se réfère à des constantes mises en évidence par les études dans le domaine langagier, il est important de connaître le contexte dans lequel elles ont été collectées : Dans quelle situation ? Dans quel contexte géographique, linguistique, social, culturel ?

Et pour apprécier la relativité des données recueillies, autrement dit des normes à un moment donné, il peut être intéressant d'établir des comparaisons avec des groupes vivant dans des situations différentes (comparaison synchronique) ou vivant à un autre temps (comparaison diachronique). Puisque la réflexion de ce mémoire s'étayera en pratique sur un test d'orthographe, nous nous centrerons sur la perspective diachronique. En prenant l'exemple de l'orthographe, nous essaierons de montrer l'appréhension d'un même domaine (l'orthographe) par des groupes vivant à des époques différentes.

2.2.1. Coup d'œil sur les différences interculturelles

Concernant la perspective synchronique, nous pouvons dire brièvement que des travaux en anthropologie linguistique, s'intéressant aux habitudes de communication de groupes culturellement distincts, ont mis en évidence des différences importantes entre les cultures concernant la signification de comportements verbaux et non verbaux identiques en apparence (les distances entre les interlocuteurs dans un dialogue par exemple). Par ailleurs, ils ont également mis au jour des différences dans les usages de la langue ou dans les attitudes par rapport au langage² : la façon de demander quelque chose à quelqu'un, le choix des formes linguistiques ou la valeur sociale du mensonge différent par exemple. Ceci implique qu'il est important de prendre en compte toutes les règles de communication de la culture concernée dans l'interaction afin d'éviter toute incompréhension.

¹ HERNANDEZ Emmanuelle, RIBAGA Sophie. *La construction et l'évolution du cadre théorique de l'orthophonie en France : Lecture par une sélection de batteries et tests (1967-2005)*.

² DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*.p.19.

Cela est intéressant pour l'orthophonie puisque le thérapeute peut être amené à travailler avec des familles ayant une culture différente de la sienne. Le plurilinguisme et le pluriculturalisme posent alors un certain nombre de questions (les troubles du langage ont-ils la même signification pour des personnes de culture différente ?, etc.) sur lesquelles nous ne pouvons nous attarder étant donné que ce n'est pas l'objet de notre propos.

2.2.2. L'orthographe à travers le temps

Le deuxième exemple, destiné à mettre en évidence le rôle du contexte dans l'établissement des normes, concerne l'orthographe. Dans son principe, l'orthographe est une simple technique, autrement dit un ensemble de procédés graphiques mis au point pour lever les ambiguïtés de la langue orale. En réalité, l'orthographe est beaucoup plus que ça. Elle est à la fois un code concret (un corpus de normes) et une véritable institution¹. Elle renvoie à un imaginaire collectif où se cristallisent les contradictions des différents systèmes de valeurs sur lesquels s'érige notre société. Elle interroge le rapport entre la langue et la communauté et porte les relations de pouvoir entre ceux qui détiennent la légitimité culturelle et les autres. Un survol rapide de son histoire permettra de concevoir que l'évolution de la société a une influence sur la façon d'appréhender l'orthographe et les normes scolaires

C'est donc à partir du XVIIIème que va se fixer l'orthographe telle qu'on la connaît de nos jours. Jusque-là, l'orthographe française est approximative, tolère une marge de flottement : « savoir l'orthographe, c'était faire un choix parmi des graphies possibles, en évitant les formes aberrantes, mais sans s'interdire la fantaisie voire l'originalité »². Au Moyen-Age par exemple, les sermons sont les premiers textes écrits en français, ce sont des écrits pour soi donc le souci de la lisibilité, et par conséquent de la norme, n'est pas prégnant. Au XVIème siècle, il n'y a pas un français mais des français³. L'orthographe n'est pas fixée, plusieurs systèmes linguistiques, dialectes coexistent. Jusqu'au XVIIIème siècle, écrire est une technique propre à certains corps de métiers (typographes, imprimeurs, secrétaires) et savoir écrire n'est pas un fondement de la culture comme cela peut être le cas aujourd'hui. Dans un traité de 1726 par exemple, on conseille aux professeurs de s'entendre sur une orthographe « afin que les écoliers ne soient pas obligés de changer d'orthographe à mesure qu'ils changeront de classe »⁴. A cette époque, l'orthographe relève donc d'un usage flottant, c'est une manière d'écrire le français et chacun est assez libre dans le choix des graphies. L'usage n'est pas la norme, il est une moyenne à l'intérieur de la norme qui est le plus haut degré. Contrairement à ce que l'on peut observer aujourd'hui concernant l'orthographe, usage et norme ont des significations différentes.

¹ ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie*. p.5.

² BENVENISTE et CHERVEL citées par DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.20.

³ CATACH Nina. *L'orthographe*. p.24.

⁴ BENVENISTE et CHERVEL citées par DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Loc.cit.* p.20.

Au XIX^{ème} siècle, l'orthographe française devient une affaire d'état. Ce n'est plus seulement l'Académie qui institue les normes mais également l'Etat. L'orthographe est donc prise en charge par l'Etat et devient officielle. En 1835, dans la sixième édition du Dictionnaire, l'Académie se trouve investie « d'une responsabilité qu'elle n'avait jamais eue [...] : les imprimeurs, en particulier, firent de l'orthographe du Dictionnaire de 1835 [...] l'étalon suprême du français écrit, erreur dont encore à l'heure actuelle, nous payons doublement les frais, par le mauvais choix de l'étalon, et par le principe même d'un étalon en la matière »¹. Cette sixième édition prescrit, norme l'orthographe. Par conséquent, la norme se resserre et les fluctuations ne sont plus permises. Ainsi, on a une orthographe unique et usage et norme se confondent : si l'usage se distingue un peu de la norme, on parle alors de faute. D'autre part, l'école, obligatoire après 1880, constituera naturellement le canal de diffusion et de légitimation de cette nouvelle discipline qui enseigne la manière d'écrire « correctement ». L'orthographe devient ainsi officielle et donc obligatoire. Progressivement, l'école accorde de plus en plus d'importance à l'orthographe. Avec le Certificat d'Etudes Primaires instauré en 1874, les élèves se doivent de maîtriser l'orthographe. L'orthographe devient aussi un moyen de sélection puisqu'elle entre en jeu pour accéder à certains emplois publics et pour l'élévation sociale. Faire des fautes d'orthographe devient une tare, on parle de « faute » parce que l'élève aurait dû savoir. Au XX^{ème} siècle, l'orthographe est l'objet de deux institutions : l'Académie et l'Etat (ministère de l'Education Nationale), chacun donnant son avis concernant les projets de réformes. Ce statut ambigu participe à la confusion qui existe entre réforme de l'orthographe (en référence à la linguistique) et réforme de l'enseignement de l'orthographe (en référence à la pédagogie).

La norme orthographique est une norme contraignante qui a évolué dans le temps. Elle a toujours provoqué des débats entre les partisans de l'immobilisme et ceux de l'évolution nécessaire de l'orthographe. En effet, la spécificité du système orthographique français, tenant à sa structure et à son histoire, engendre certaines réactions psychosociales expliquant l'ambivalence des français face aux réformes². Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Quel regard porte-t-on sur l'orthographe ?

Depuis deux décennies, on entend souvent dire que le niveau orthographique des enfants est mauvais, qu'il est en constante baisse et que nous nous trouvons face à une crise de l'orthographe. Toutefois, ces dernières années, les progrès en linguistique de l'orthographe et des recherches sur les apprentissages, qui permettent de mieux comprendre le système orthographique et la façon dont les enfants s'y prennent pour l'acquérir, semblent entraîner un changement d'attitude face aux fautes d'orthographe³. Ces dernières tendent à être appréhendées sous le terme d'erreurs plutôt que de fautes. Ce changement terminologique n'est pas anodin puisque, si l'on s'intéresse à l'étymologie des deux mots, on se rend compte qu'ils ne signifient pas la même chose et n'ont pas la même portée. Le terme de faute (du latin « fallita » : faillir, manquer) suggère l'idée de

¹ BRAUN DAHLET Véronique. *L'orthographe française : entre langue et politique*. p.163.

² CIBOIS Philippe. *Point de vue sociologique sur l'orthographe*. Rééducation orthophonique n°200. p.5.

³ DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.182.

manquement à la règle morale et sous-entend le jugement. A l'inverse, la notion d'erreur (du latin « errare » : action d'errer çà et là, de s'égarer, de se tromper, de tenir pour vrai ce qui est faux) évoque plutôt l'idée de mouvement intellectuel. Cette évolution terminologique, même si le terme de « faute » reste couramment utilisé, s'inscrit dans une réflexion plus générale concernant l'incorrection orthographique : l'erreur est envisagée comme porteuse de sens, engage une vraie réflexion, fait partie des apprentissages et peut donner des indications sur la manière dont l'enfant saisit le système orthographique, acquiert la langue écrite. En orthographe, comme c'est le cas dans tous les autres domaines, les élèves ont le droit de réfléchir, de chercher et de faire des erreurs. Il y a une certaine prise de conscience que l'orthographe est complexe, que son acquisition l'est aussi, qu'elle nécessite du temps, et que, peut-être, le niveau d'exigence est trop élevé : l'enfant qui apprend l'orthographe est différent d'un adulte qui la connaît.

D. Manesse, qui tente d'interpréter la baisse sensible des performances orthographiques entre 1987 et 2005, évoque que le temps accordé à l'enseignement du français s'est considérablement réduit en vingt ans et que la nature du travail sur l'orthographe s'est modifiée. Selon elle, on demande aujourd'hui aux professeurs de relativiser l'orthographe au profit d'enjeux supérieurs (maîtrise du discours). Le système orthographique, très complexe, a exigé à des générations antérieures beaucoup de temps, des exercices répétés, d'après dictées. L'école a pu le faire car elle s'appuyait sur une valeur qui faisait consensus : la langue écrite et ses exigences précises. La langue unit, c'est une valeur traditionnellement respectée. Crise des valeurs partagées, éclatement des normes sociales, D. Manesse se demande alors si les temps ne sont pas en train de changer.

E. Prairat évoque à ce sujet: « Les attitudes scolaires et les normes comportementales ne font plus l'objet d'un consensus. D'une manière générale, on peut dire que l'exigible en matière de discipline scolaire est devenue floue et mal définie. [...] L'émiettement des repères, l'affaiblissement du sens de l'interdit ou encore la perte des effets structurants de l'obligation ne sont que des déclinaisons de cette crise de la fonction symbolique qui est crise du lien, défaut d'articulation, effritement généralisé de tout ce qui nous relie et nous articule »¹.

D'autre part, D. Manesse n'impute pas cette baisse d'attention portée à l'orthographe aux nouvelles formes d'écrits (mails, textos, etc.). Elle rappelle d'ailleurs que les scripteurs ont toujours utilisé des codes peu normés, adaptés à la situation, comme la prise de note par les étudiants en cours par exemple. Toutefois, elle n'exclut pas que, les nouvelles pratiques d'écrit dans la vie quotidienne diffusent un écrit, se restreignant à n'être qu'un simple canal de communication, sans aucun contrôle, qui pourrait participer à la construction d'une langue écrite dégagée de toute contrainte, à l'inverse de ce que l'école cherche à construire.

¹ MANESSE Danièle. *A propos d'un domaine linguistique normé mais peu coté : l'orthographe à l'école.* p. 90.

Selon E. Prairat, il y aurait un « télescopage axiologique » entre l'école et le monde: « D'un côté, une société qui fait l'apologie de l'immédiateté, du zapping [...] ; de l'autre une école qui en appelle au long terme, au plaisir différé, à l'abnégation et à une certaine gratuité de l'effort. Conflit de valeur entre l'école et la société, qui fait de l'école un lieu exigeant, trop exigeant pour certains »¹.

Ainsi, aujourd'hui, l'orthographe reste toujours vivante puisqu'elle entraîne toujours la construction de significations sociales relativement importantes dans la vie de tous les jours comme à l'école mais semble avoir perdu son unité. Le code reste pratiquement le même depuis le XIX^{ème} siècle mais il n'est plus appréhendé comme une norme absolue qui domine toutes les situations sociales².

2.3. La norme comme un choix fait par une communauté : norme sociale

L'exemple de l'orthographe ouvre la voie à une autre conception de la norme : la norme sociale. Ce sont les membres d'une société qui attribuent une valeur normative à certains critères, ces derniers devenant alors la norme donc pouvant prétendre définir ce qui est normal. A ce propos, Canguilhem précise : « Une norme, en effet, n'est la possibilité d'une référence que lorsqu'elle a été instituée ou choisie comme expression d'une préférence et comme instrument d'une volonté de substitution d'un état de choses satisfaisant à un état de choses décevant. Ainsi toute préférence d'un ordre possible s'accompagne, le plus souvent implicitement, de l'aversion de l'ordre. [...] En bref, sous quelque forme implicite ou explicite que ce soit, des normes réfèrent le réel à des valeurs, expriment des discriminations de qualités conformément à l'opposition polaire d'un positif et d'un négatif »³.

Concernant le langage ou même d'autres domaines, les normes, érigées par la société, s'accompagnent souvent d'un phénomène de normalisation, c'est-à-dire par la mise en place de moyens permettant de se conformer aux normes établies. Ainsi, en matière de langage, l'école participe en quelque sorte à cette normalisation puisqu'il s'agit d'y apprendre le français standard, normé. De même, l'orthophonie participe également, dans une certaine mesure, à la transmission et à la diffusion des normes.

Ces essais de clarification des notions de normes, normal nous renseignent sur le fait que les limites entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, en matière de langage, sont relatives : elles dépendent des représentations qu'ont les individus de la norme, des représentations de ce que signifie « bien/mal parler/écrire », des tournures de langage que nous pouvons, devons, ou devrions utiliser.

¹ MANESSE Danièle. *A propos d'un domaine linguistique normé mais peu coté : l'orthographe à l'école.* p.91

² ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie.* p.5.

³ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique.* pp. 161-162.

Et parce que la langue est une institution sociale, parce qu'elle est utilisée par les individus d'une communauté pour répondre à des besoins de communication, elle est en perpétuelle évolution et se déploie sous différentes formes : français familial ou maternel, français scolaire, français administratif, français des médias, etc. Les individus ont recours à l'un ou l'autre niveau de langue selon la situation dans laquelle ils se trouvent. L'emploi de telle ou telle forme doit être appréhendé ici comme relevant d'un fonctionnement linguistique plutôt qu'en termes de norme. Ainsi, même s'il existe un français normé, à côté de lui cohabitent plusieurs autres formes dont l'utilisation va dépendre en grande partie de la situation dans laquelle se trouve le locuteur.

2.4. Le normal comme idéal de santé

Nous avons vu précédemment qu'en médecine, la normalité pouvait faire référence à l'absence de trouble ou de maladie. Dans cette perspective, la normalité est, face à une pathologie, la représentation que le clinicien a de la fonction normale et vers laquelle il tentera de ramener le patient. En d'autres termes : « Guérir c'est en principe ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés. La norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie, dite science de l'homme normal, à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme dans un milieu social un moment donné. Celle des trois autorités qui l'emporte est de loin la physiologie. La physiologie moderne se présente comme un recueil canonique de constantes fonctionnelles en rapport avec des fonctions de régulation hormonales et nerveuses. Ces constantes sont qualifiées de normales en tant qu'elles désignent des caractères moyens et les plus fréquents de cas pratiquement observables. Mais elles sont aussi qualifiées de normales parce qu'elles entrent à titre d'idéal dans cette activité normative qu'est la thérapeutique. Les constantes physiologiques sont donc normales au sens statistique qui est un sens descriptif et au sens thérapeutique qui est un sens normatif »¹.

Si l'on essaie d'appréhender cela dans une perspective orthophonique, l'on pourrait dire que les connaissances sur l'acquisition et le fonctionnement du langage sont des fondations solides et inévitables sur lesquelles le thérapeute va s'appuyer. Il en a besoin pour situer l'enfant par rapport aux normes de son âge et envisager ainsi sa thérapeutique. Mais l'orthophoniste, comme tout clinicien, s'appuie également sur ses propres expériences par rapport au langage et sur les représentations qu'il a de la norme linguistique (représentations à la fois individuelles et sociales). A côté des connaissances théoriques qu'il possède s'ajoute inévitablement l'intervention d'aspects normatifs.

¹ CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. p.66.

2.5. L'orthophonie avec et au-delà de la norme

Les différentes acceptions de la normalité et de la norme ont révélées la relativité de ces notions. Cette relativité tient aux différents facteurs qui entrent en jeu lors de l'établissement de normes, notamment langagières: données objectives concernant le langage, souvent quantitatives et liées aux usages les plus fréquents, critère historique, social, économique, culturel ainsi qu'individuel.

Nous avons pu mettre en évidence que la frontière entre le normal et le pathologique renvoie à d'autres frontières auxquelles elle se superpose souvent, comme celle qui existe entre la santé et la maladie, chacune des notions ne prenant sens que par rapport à l'autre. Cette frontière est mouvante dans le temps et dans l'espace : d'une culture à l'autre et d'une période à l'autre. Et comme toute frontière, elle est sujette à des fluctuations : ce qui est franchement pathologique ici et maintenant peut être au seuil de la norme en un autre lieu et un autre temps.

D'autre part, l'approche de Canguilhem ; qui consiste à appréhender la maladie, l'écart à la norme de santé en termes de normativité, autrement dit comme une rupture de la capacité de s'adapter à un état particulier qui dévie de l'ordinaire; se révèle fondamentale car elle individualise et donc relativise les concepts de normal et de pathologique. Lorsque l'on compare des individus, la relativité du normal est la règle, le normal et le pathologique ne peuvent être envisagés que pour un individu donné. La norme ne prend sens que pour un individu. Cette réflexion nous amène à nous concentrer sur la personne et sur ses propres normes plutôt qu'à une norme statistique dont on se servirait pour penser ce que doit être une personne donnée.

Par ailleurs, cette norme, envisagée comme concept statistique, est très présente en orthophonie, peut-être pourrait-on l'expliquer en partie par l'ancrage de l'orthophonie dans les sciences médicales et dans la recherche d'objectivité qu'elles engagent généralement. Pour beaucoup, le signifiant « ortho » et l'orthophonie se rejoignent dans la recherche du « parler droit », avec cette idée de « remettre dans la norme ». Un mémoire de 2011¹ a d'ailleurs interrogé les étudiants à propos de ce rapport à la norme en orthophonie et a révélé combien cette norme était questionnée. Il a mis en évidence qu'en orthophonie, chacun se situe différemment par rapport à la norme, selon sa personnalité, son rapport au symptôme et en fonction des exigences parentales, scolaires et sociétales.

D'ailleurs, l'absence de trouble semble être de plus en plus la norme dans notre culture. En effet, nous avons tendance à définir le trouble, le mesurer, le normer, sans toujours considérer ce qu'en dit la personne touchée. Ainsi, le langage devient parfois un moyen et n'est plus l'expression fondamentale de l'être. On aspire à objectiver toujours plus la pathologie alors qu'elle implique inévitablement une subjectivité. D'ailleurs, c'est peut-être ici que se situe la principale liberté du professionnel : son positionnement par rapport à la culture.

¹ DURANT Mélanie, VARIN Charlotte. *Histoire d'un cheminement de la norme au sujet*. Nantes, 2011.

L'orthophoniste peut l'appréhender comme une contrainte à laquelle se conformer, sans forcément la questionner mais toujours pour le bien de l'enfant : pour lui éviter des souffrances à l'école où une certaine efficacité est nécessaire. Il peut aussi se penser comme un passeur nécessaire de culture dans une dynamique émancipatrice¹. A ce propos, Y. de Monneraye écrit : « cette culture, on y invite l'enfant plutôt qu'on ne le force, que donc il y viendra à sa manière à lui, à son rythme à lui, et qu'on est là pour l'y aider et non pour l'y contraindre »². Ce point de vue place la rééducation comme soin pour l'enfant et non au service de la société vue comme fin. L'enfant n'est plus au centre d'un processus qui le dépasse mais le cœur du travail mis en place.

Selon C. de Firmas, il y a ainsi une autre manière d'appréhender ce signifiant «ortho»: « L'objectif d'une thérapie ortho-phonique est d'accompagner le sujet dans l'élaboration d'une parole ni trop surchargée d'affect, ni vidée de subjectivité, une parole juste, du grec « ortho » : debout, droit et « phônēin » : parler, chanter. Une parole juste pour le sujet qui la porte debout, c'est-à-dire digne et fier, en justesse avec lui-même et en relation avec sa communauté linguistique et son histoire singulière, plutôt qu'une parole droite, qui serait simplement conforme au code formel »³.

¹ BOURRINET GERMAIN Sylvie, CAER Erwan. *Les fondements d'une clinique orthophonique. Quelles positions pour quels soins ?* p. 38.

² DE LA MONNERAYE Yves. *La parole rééducatrice : la relation d'aide à l'enfant en difficulté scolaire.* p.39.

³ DE FIRMAS Claire. *Les Marqueurs Transversaux, repères pour la clinique orthophonique.* p.79.

II. L'orthographe : son acquisition, ses troubles et son évaluation

1. L'acquisition du langage écrit et de l'orthographe

Le terme « orthographe » signifie, dans son acception la plus élémentaire, « manière correcte d'écrire un mot ». Cette définition renvoie à l'idée qu'il n'y a qu'une façon d'écrire donc à la notion de norme, qui est centrale dans notre mémoire. Cet aspect normatif transparaît également dans la définition de l'orthographe que donne le Dictionnaire d'orthophonie : « manière considérée comme seule correcte, et parfois arbitraire, d'écrire les mots propres à une communauté linguistique donnée : l'orthographe dite d'usage correspond aux graphies usuelles des mots et l'orthographe dite grammaticale aux graphies des mots selon leur fonction au sein de la phrase. L'orthographe peut être considérée comme un code ou une institution sociale »¹.

L'orthographe constitue le versant expressif du langage écrit, aux côtés du graphisme et de la production de texte. Avant d'aborder ses dysfonctionnements et son évaluation chez les enfants d'âge scolaire, et de réfléchir sur ce qu'ils impliquent, il semble intéressant de commencer par une brève description de son fonctionnement et de l'acquisition du langage écrit en général.

1.1. Le fonctionnement de l'orthographe française

Les travaux de N.Catach et de son équipe² se sont affranchis de la vision normative de l'orthographe pour s'intéresser à ce que les enfants ont à apprendre en matière d'orthographe. Ils ont dû, en premier lieu, clarifier la notion de système graphique et notamment celui du français.

Les systèmes d'écriture dits linguistiques consistent en des « écritures dont les unités sont en relation avec des unités de la langue, unités de l'oral comme les syllabes, les consonnes, les voyelles, ou unités pourvues de sens comme les préfixes, suffixes, radicaux, flexions verbales et grammaticales »³. Dans la majorité des langues, les systèmes d'écriture sont des systèmes alphabétiques. Dans les langues alphabétiques, il y a une correspondance entre les signes écrits (graphèmes) et la façon dont on les prononce (phonèmes). Le français est une langue alphabétique, toutefois, on peut trouver des mots

¹ BRIN-HENRI Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique. *Dictionnaire d'orthophonie*. p. 198.

² CATACH, GRUAZ et HONVAULT, DUCARD et Coll., JAFFRE cités dans DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.182.

³ DUCARD et Col cité dans DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.182.

en français pour lesquels on n'observe pas cette correspondance absolue entre graphèmes et phonèmes. En fait, le fonctionnement de l'orthographe française est fondé sur deux principes fondamentaux: le principe phonographique et le principe sémiographique.

1.1.1. Le principe phonographique

Selon ce principe, les unités graphiques ou graphèmes ont pour premier rôle de représenter les unités sonores ou phonèmes¹. Le principe phonographique permet donc l'écriture des sons de la langue. Il s'agit de noter la dimension sonore de la langue. L'écrit sert donc à coder du son.

Mais en français, il n'y a pas de relation biunivoque entre oral et écrit : un même signe écrit peut correspondre à plusieurs sons (le signe « s » peut coder les sons [s] ou [z] et un même son peut être transcrit par plusieurs signes graphiques différents : le son [ɑ̃] peut s'écrire « en », « em », « an »). D'autre part, dans certains mots, des graphèmes sont représentés en l'absence de phonèmes, on observe, autrement dit, la présence de lettres muettes (« t » dans « lait », « c » et « t » dans « aspect », « d » dans « lourd », « ent » de « jouent »). Le fait que plusieurs graphèmes soient associés à un même phonème peut poser problème au niveau de l'apprentissage de l'orthographe.

L'orthographe du français se caractérise donc par une phonographie très irrégulière, nécessitant, de la part des sujets, une bonne maîtrise de l'orthographe lexicale et grammaticale.

1.1.2. Le principe sémiographique

Le principe sémiographique qualifie la relation entre une forme graphique et une unité pourvue de sens linguistique². En fait, dans une écriture alphabétique comme le français, les graphèmes peuvent renvoyer à des aspects sémantiques ou grammaticaux des mots, sans forcément correspondre à des phonèmes. Le « s » de « enfants » dans « les enfants » transcrit la signification du pluriel. Dans le plurisystème de l'orthographe de N. Catch, ces graphèmes sont appelés morphogrammes et logogrammes. Selon ce principe, l'écrit sert donc aussi à coder du sens.

On distingue les morphogrammes lexicaux et les morphogrammes grammaticaux. Les morphogrammes lexicaux sont des marques graphiques finales ou internes intégrées au mot pour établir un lien visuel avec les dérivés (le « s » du mot français ou le « t » du mot « respect »). Les morphogrammes grammaticaux sont des désinences graphiques s'ajoutant au mot (genre, nombre, flexion verbale) (« ils aiment »). Les logogrammes

¹ DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.183.

² DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. Loc.cit.

sont, quant à eux, des graphèmes distinctifs participant à la physiologie particulière du mot (« s » et « t » sont des logogrammes permettant de différencier « tous » et « tout »).

L'entrée dans l'écrit n'est donc pas particulièrement simple. La principale difficulté du français, concernant la lecture comme l'écriture, tient à ce que les psycholinguistes nomment sa faible transparence. En effet, sa double base, phonographique et sémiographique, conduit les sujets à utiliser un nombre important de graphèmes. Ainsi, on recense environ 130 graphèmes différents, dont 70 sont fréquemment utilisés, pour transcrire 36 phonèmes : « En fait, le principe phonographique est contaminé par le principe sémiographique. En effet, la plupart de nos phonogrammes donnent des informations morphologiques au même titre que les morphogrammes qui ne renvoient cependant, eux, jamais directement à l'oral »¹. Les morphogrammes représentent en fait une part importante de l'écriture qui fait que, dans bien des cas, la seule correspondance phonème-graphème est insuffisante pour choisir quel graphème transcrire. C'est cette inférence entre les deux principes qui complexifie l'orthographe française et qui fait que les correspondances phonèmes-graphèmes en écriture sont moins stables et régulières que les correspondances graphèmes-phonèmes en lecture.

1.2. La découverte de l'écrit

L'éveil à l'écriture débute alors que l'enfant ne sait pas encore écrire. Ainsi, l'écriture commence bien avant que celui-ci ne fréquente l'école. Les recherches situent cette période d'émergence de l'écrit entre 0 et 6 ans.

Cette sensibilisation à l'écrit est vécue de manière différente par chaque enfant et est intimement liée aux influences de son environnement familial et social. En effet, ses parents et les autres adultes qui vivent à ses côtés jouent un rôle majeur dans sa découverte de l'écrit car, bien souvent, ce sont eux qui vont lui transmettre l'envie, le désir, la motivation de lire puis d'écrire. Pendant cette période, les divers contacts de l'enfant avec l'écrit, notamment à travers le livre, vont lui permettre de développer un intérêt, une curiosité pour l'écrit mais également de découvrir l'aspect fonctionnel de la communication écrite². La façon dont les parents investissent l'écrit et le présentent à l'enfant influence donc grandement le développement de son langage écrit.

L'école remplit également une fonction d'éveil puisque l'enfant va être sensibilisé à l'écrit dès la maternelle grâce à des activités ludiques comme le dessin et des activités dans lesquelles la langue écrite occupe une place fonctionnelle comme l'écriture du prénom ou de la date.

¹ DUCARD et Col cité dans DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*.p.184.

² DE TUGNY Anna. *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique : réflexion sur les outils cliniques de l'orthophoniste*. p.40.

Pour développer le langage écrit de manière harmonieuse, il faut donc des conditions de vie stables et une stabilité affective qui permettent à l'enfant de se sentir bien et soutenu dans cet apprentissage tant espéré par la famille et l'école. L'enfant doit également présenter un bon développement du langage oral et une envie suffisante. Envie qui naîtra en grande partie, comme nous venons de le voir, du bain de langage que l'enfant aura reçu.

1.3. Les conditions d'accès à l'écrit

En plus des conditions sociales et affectives décrites plus haut, l'apprentissage de l'écriture, qui met en jeu plusieurs mécanismes cognitifs, nécessite également des compétences dans de nombreux domaines (motricité, audition, vision, mémoire, orientation).

Ainsi, la connaissance du schéma corporel est capitale pour cet apprentissage : « écrire commence dans le corps, c'est la musique du corps, et même si les mots ont un sens, s'ils peuvent parfois en avoir un, c'est dans la musique des mots que commence ce sens »¹. La conscience du corps, de ses différentes parties et de ses différents mouvements, se développe progressivement chez l'enfant et est fondamentale pour tous les apprentissages. En effet, le schéma corporel est à l'origine de toutes les acquisitions motrices : les schèmes moteurs que l'enfant met en place pour réaliser certaines actions s'érigent à partir du schéma corporel. Il est lié à la maturation cérébrale et à l'environnement dans lequel l'enfant évolue, aux représentations que l'enfant se fait de lui-même et des objets qui l'entourent. Ainsi, il est fort probable qu'une difficulté concernant le schéma corporel, introduisant une maladresse dans les mouvements, ait des répercussions sur l'écriture. A. Mucchielli-Bourcier précise « Un enfant ou un adulte-qui a un trouble du schéma corporel-donc de la conscience de son corps et de ses possibilités motrices- n'arrivera à construire aucun schème dynamique d'action puisque celui-ci exige la sensation de certaines régions corporelles »².

L'orientation temporo-spatiale, en lien avec le développement du schéma corporel, est également requise pour le développement de l'écriture. Elle permet l'acquisition de notions fondamentales pour entrer dans l'écrit (« haut/bas », « droite/gauche », « avant/après ») puisque toute action a lieu dans un espace et se déroule dans le temps. Ainsi, une mauvaise orientation temporo-spatiale chez l'enfant peut être à l'origine de repères instables et causer, entres autres, une difficulté à se déplacer sur la page³.

¹ AUSTER cité par GEOFFROY Elodie dans *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. p.40.

² MUCCHIELLI-BOURCIER Arlette. *La dyslexie : Maladie du siècle*. p.34.

³ GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. p.40.

Ecrire requiert également un niveau intellectuel suffisant. L'intelligence permet à l'enfant de savoir, choisir, comprendre et d'accéder au processus de symbolisation. Elle permet la manipulation de symboles donc entre en jeu dans l'écriture.

L'acquisition de l'écriture est également liée à l'intégrité des organes sensoriels. Pour écrire, l'enfant effectue des mouvements de balayage et de saccades oculaires. De même, la reconnaissance de lettres nécessite une bonne discrimination visuelle. D'autre part, l'audition doit être relativement préservée pour permettre à l'enfant de développer son langage, de prendre conscience des différents phonèmes de la langue pour pouvoir les écrire, de maîtriser la relation qui existe entre le son et le sens.

Et puisque le développement du graphisme et de l'écriture se réalise par un geste manuel qui va progressivement s'affiner, l'intégrité psychomotrice est également requise dans le développement de l'écriture. Ainsi, au fil du temps, les dessins de l'enfant seront de plus en plus structurés et précis et son geste plus personnel, intentionnel et mieux maîtrisé.

L'acte d'écriture mobilise également les capacités attentionnelles et la mémoire. Cette dernière est essentielle pour enregistrer la forme des lettres, leur ordre, la forme des mots, leur enchaînement dans la phrase et surtout pour accéder aux représentations mentales donc au sens.

1.4. L'apprentissage de l'orthographe

Cet apprentissage s'avère long, complexe, coûteux et pose des difficultés à beaucoup d'enfants durant la formation initiale. Il suppose que l'enfant soit entré dans la symbolique de l'écrit, vers 5-6 ans, en comprenant que le code alphabétique se distingue du dessin et qu'il représente les unités de la parole¹. Il implique parallèlement des performances graphiques précises concernant le tracé et la vitesse².

En 1985, U. Frith propose un modèle d'apprentissage du langage écrit, novateur par le lien qu'il établit entre lecture et écriture, suivant trois stratégies successives :

- Le stade logographique : l'enfant traite le mot globalement et visuellement, sans référence à la phonologie, grâce à certaines caractéristiques graphiques et sans appui sur l'ordre des lettres. La transcription est limitée aux mots connus, objets visuels plus que linguistiques, dont seule l'allure générale est restituée.
- Le stade alphabétique : l'enfant utilise la procédure analytique par décodage successifs de tous les graphèmes, l'identité et l'ordre des lettres devenant pertinents. La phonologie est centrale, la transcription est phonétique.

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p. 80.

² Ibid. p. 81.

- Le stade orthographique : elle met en œuvre l'utilisation de deux voies de lecture et d'écriture, notamment la voie directe permettant l'analyse du mot sur une base orthographique.

Cette linéarité de l'apprentissage a fait l'objet de critiques et a généré de nouvelles recherches. Des auteurs ont remis en cause cette idée de stades successifs, prenant en compte les interactions et les relations entre les différentes sources d'information (phonologique, lexicale, morphologique) influençant l'orthographe, comme nous le verrons plus loin.

Ainsi, concernant le développement des processus de lecture et d'orthographe, J. Alegria, P. Mousty et J. Leybart¹ (1994) précisent qu'il renvoie bien à une certaine séquentialité mais avancent que les stratégies alphabétiques et orthographiques sembleraient plutôt coexister de manière précoce et se développer en parallèle, les enfants utilisant l'une ou l'autre de ces stratégies pour orthographier les mots, en fonction des représentations orthographiques constituées au cours de leur développement.

S. Pacton et al.² (2005) mettent en évidence les dimensions essentielles qui interviendraient dans la procédure orthographique : d'abord la phonologie et les correspondances phonèmes-graphèmes, puis la mémorisation en lien avec le lexique orthographique, et enfin l'utilisation de connaissances morphologiques et de processus analogiques.

1.4.1. Conversion phonèmes-graphèmes : accès au principe alphabétique

Dans les écritures alphabétiques, la conscience phonologique paraît déterminante lors de l'apprentissage. L'enfant accède au principe alphabétique en comprenant que des séquences de lettres, plus ou moins complexes, correspondent à des suites sonores. Il segmente ainsi les énoncés en syllabes puis en phonèmes, conserve ces segmentations en mémoire afin de les transcrire puis vérifie le résultat par la lecture³.

Ceci commence à s'élaborer lorsqu'il apprend la forme, le nom ou le son de quelques lettres comme lorsqu'il apprend à écrire son nom et son prénom. La connaissance du nom et du son des lettres joue un rôle essentiel puisqu'elle permettrait à l'enfant d'effectuer les premières correspondances entre phonèmes et graphèmes.

La prise de conscience des relations entre les unités graphiques et les unités sonores est un long apprentissage au cours duquel l'enfant dégage progressivement l'unité pertinente sur le plan phonologique (le phonème en français) et élabore donc une analyse

¹ MOUSTY Philippe, ALEGRIA Jesus. *L'acquisition de l'orthographe : données comparatives entre enfants normo-lecteurs et dyslexiques*. p. 9.

² PACTON Sébastien, FOULIN Jean-Noël, FAYOL Michel. *L'apprentissage de l'orthographe lexicale. Rééducation orthophonique* 222. p 47

³ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p. 82.

de plus en plus fine des propriétés phonologiques des mots parlés : c'est le développement de la conscience phonologique.

Dès 3 ans, on sait que les enfants peuvent avoir une certaine réflexion sur les sons de la parole, ils peuvent jouer avec eux. Mais cette première forme de conscience phonologique porte sur les syllabes, rimes¹.

Progressivement, grâce à la pratique et à l'enseignement, l'enfant parvient à prendre conscience de tous les phonèmes et de leur correspondance avec les graphèmes du système orthographique. Il applique une écriture lettre à lettre, cette orthographe phonologique va le conduire à des régularisations (« femme » sera transcrit « fame »). Ces formes sont erronées mais elles respectent néanmoins la forme phonologique du mot.

Plusieurs recherches rapportent l'influence des habiletés phonologiques sur les performances orthographiques ultérieures. De récentes hypothèses suggèrent l'activation simultanée de multiples correspondances graphies-phonies en production sous dictée en temps réel. Celles-ci entraîneraient des latences de temps d'autant plus longues que les mots seraient inconsistants avec des graphies peu représentées.

Dans les systèmes orthographiques relativement transparents, l'accès au principe alphabétique permet à l'enfant de produire un nombre important de mots². Comme les correspondances entre phonèmes et graphèmes sont régulières, les enfants exploitent rapidement ces régularités et peuvent ainsi écrire de nombreux mots qu'ils n'ont jamais rencontrés. A l'inverse, dans les langues à faible consistance comme en français, l'apprentissage de l'écriture des mots est plus tardif (et pose plus de problèmes sans doute) à cause de l'inconsistance des relations entre phonologie et orthographe : les relations entre les phonèmes et les graphèmes sont irrégulières.

Ainsi, à son système de conversion phonographémique, l'enfant doit tenir compte de plusieurs dimensions comme le fait que la plupart des sons peuvent être représentés de plusieurs manières ou que de nombreux sons sont représentés par des combinaisons de lettres. D'autre part, afin de maîtriser complètement l'orthographe phonétique, l'enfant doit tenir compte des règles contextuelles qui modifient la manière dont un son est représenté en fonction de sa position dans la séquence et des lettres qui précèdent ou qui suivent.

¹ ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie*. p.19.

² Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p. 83

1.4.2. Construction du lexique orthographique

L'orthographe lexicale concerne l'écriture de mots isolés¹. Pour les enfants, il s'agit en fait d'apprendre à écrire les mots sans se préoccuper de leur emploi dans la phrase. La maîtrise de l'orthographe lexicale nécessite l'acquisition d'un lexique orthographique constitué de représentations mentales.

La constitution du lexique orthographique serait relativement précoce, vers 6 ans, avec deux effets caractéristiques du lexique : l'effet de fréquence et l'effet d'analogie². L'effet de fréquence désigne le fait que les mots les plus fréquents sont mieux et plus rapidement écrits par rapport aux mots rares. La stratégie d'orthographe par analogie, quant à elle, correspond au fait que, confronté à un mot dont il ignore l'orthographe, l'enfant va pouvoir chercher dans les mots qu'il a mémorisés des indices lui permettant d'écrire ce mot inconnu³. Ainsi, les enfants sont capables, dès le début de l'apprentissage de la lecture, de mémoriser des formes orthographiques. Cependant, le nombre d'expositions nécessaires pour que ces apprentissages soient acquis n'est pas encore précisément défini.

La mémoire à long terme, chargée du stockage du lexique orthographique ainsi que des règles grammaticales, semble essentielle dans l'acquisition de l'orthographe conventionnelle⁴. L'enfant stocke tels quels les mots qu'il rencontre, notamment ceux qui ont vraiment une forme particulière comme « thym » ou « yacht ». Pour D. Manesse (2007), l'apprentissage du lexique orthographique « relève de la mémorisation visuelle : aucune règle régulière ne permet de prévoir l'orthographe de « pouls » avant de l'avoir rencontrée et intégrée à son « lexique mental » en l'associant à son sens et en la distinguant de celle de « pou »⁵. Cependant, au début de sa scolarité élémentaire, l'enfant préférerait généralement le recodage phonologique à l'entrée visuelle pour écrire un mot.

1.4.3. Utilisation des informations graphotactiques

Certaines informations orthographiques renvoient à des configurations graphotactiques ou orthotactiques, c'est à dire des successions régulières de lettres acceptables⁶. L'enfant peut ainsi extraire des régularités lexicales qui apparaissent dans de nombreux mots qu'il rencontre de manière suffisamment fréquente comme la succession

¹ DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.190.

² Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.85.

³ ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie*. p.20.

⁴ Op.cit. p.86.

⁵ MANESSE Danièle, COGIS Danièle. *Orthographe, à qui la faute ?* p. 32.

⁶ Expertise collective. Loc.cit.

de lettres « eau » pour transcrire le son [o] en fin de mot ou le fait que les consonnes ne peuvent être doublées qu'en milieu de mot, jamais au début ou à la fin.

La sensibilité implicite à ces règles serait précoce et interférerait avec les autres connaissances notamment morphologiques. Même si les enfants ne vont pas jusqu'à l'extraction de règles, ils entreraient à l'école en ayant déjà acquis un certain nombre de conventions simples relatives à l'orthographe. Confrontés à l'écrit, ils sont en mesure d'extraire des régularités orthographiques et de les mettre en œuvre dans des tâches de production orthographique¹.

1.4.4. Importance de la morphologie

L'intérêt porté au rôle de la morphologie dans l'apprentissage de l'orthographe s'est accentué ces dernières années. Les recherches en ce domaine concernent notamment la morphologie flexionnelle bien que quelques études aient été également réalisées en ce qui concerne la morphologie dérivationnelle. Selon de nombreux auteurs, la sensibilité à la morphologie joue un rôle important dans la mise en place de la stratégie orthographique.

La morphologie dérivationnelle s'intéresse à la formation des mots, par combinaison de morphèmes ou par des phénomènes d'affixation, générant des changements de catégorie grammaticale et modifiant la signification du mot. La morphologie flexionnelle renvoie à l'organisation des mots dans la phrase. Elle recouvre le genre et le nombre des noms, adjectifs et verbes ainsi que le système verbal.

Concernant la morphologie dérivationnelle, S. Pacton et S. Casalis (2006) ont mis en évidence que les performances orthographiques d'élèves de CE2 variaient en fonction de la possibilité d'utiliser des informations présentes dans des mots morphologiquement reliés². Pour les mots avec une consonne muette finale, la possibilité d'utiliser des informations morphologiques réduirait les erreurs d'omission (« écar ») et de substitution (« écard »). Et pour des mots sans consonne muette finale, elle réduirait l'ajout erroné de lettre muette à certains mots mais l'augmenterait pour les mots « pièges » (« cauchemar ») pour lesquels les mots morphologiquement liés suggèrent à tort (« cauchemardesque ») la présence d'une lettre muette finale, par un phénomène de surgénéralisation.

En ce qui concerne la morphologie flexionnelle, les marques du pluriel en français, généralement muettes donc ne permettant pas la mobilisation d'informations

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p. 88.

² PACTON Sébastien, CASALIS Séverine. *L'utilisation d'informations morphologiques en orthographe rend-elle le cauchemar(d?) des lettres muettes moins cauchemardesque ? Rééducation Orthophonique* 225. p. 129.

phonologiques, conduiraient le scripteur à recourir à la morphologie du nombre de façon systématique et précoce¹.

Ces connaissances morphologiques pourraient se confondre avec la mémorisation de configurations orthographiques, corrélées aux informations phonologiques, orthographiques et sémantiques. De plus, elles sembleraient moins dépendantes de la fréquence des rencontres par rapport aux stratégies précédemment développées². Les lecteurs porteurs de dyslexies présenteraient donc des compétences morphologiques préservées amenant à l'hypothèse de l'utilisation d'une stratégie morphologique compensatoire chez les personnes dyslexiques. S. Casalis et al. (2006) suggèrent que « les unités morphémiques, dans la mesure où elles constituent des unités orthographiques renvoyant non seulement à des unités de son mais également à des unités de signification, pourraient être préférentiellement utilisées, à titre compensatoire, chez les dyslexiques »³.

1.4.5. Automatisation de l'orthographe

Lorsque l'enfant est en mesure d'orthographier des mots de façon suffisamment fonctionnelle pour écrire des phrases et produire des textes, il doit continuer à renforcer ses acquis pour arriver à être considéré comme un scripteur habile. La consolidation de l'écriture permet d'avoir une calligraphie automatisée et d'écrire des mots en respectant les orthographes lexicale et grammaticale simultanément à la formulation des idées en phrases⁴.

Lorsque celui qui écrit peut utiliser essentiellement ses ressources cognitives pour formuler ses idées plutôt que de porter son attention sur l'orthographe des mots, il est considéré comme ayant acquis l'automatisme de l'orthographe. Cette automatisme est acquise plus tardivement que celle de l'identification des mots.

1.4.6. Relation entre lecture et orthographe

On admet généralement que la production orthographique est plus difficile que la lecture : tandis que l'orthographe nécessite une connaissance précise des lettres et de leur ordre, la lecture peut s'élaborer à partir d'une représentation plus restreinte de ce système⁵. Bien que les recherches (Ehri, 1997) avancent également un lien entre les

¹ Expertise collective. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. pp. 91-92.

² Ibid. p. 88.

³ CASALIS Séverine., COLE Pascale., MATHIOT Emmanuelle. *La reconnaissance de mots morphologiquement complexes chez les dyslexiques, Rééducation orthophonique* 225. p. 111.

⁴ ST-PIERRE Marie-Catherine, DALPE Véronique, LEFEBVRE Pascal. *Difficultés de lecture et d'écriture*. p.42.

⁵ Op.cit. p.96.

performances en lecture et en écriture chez les enfants, elles n'authentifient pas pour autant une éventuelle relation causale entre les deux.

En tout cas, les recherches portant sur le développement et l'apprentissage ont mis au jour que l'écriture avait plus d'influence, au moins initialement, sur l'apprentissage de la lecture que l'inverse. Caravolas et al. (2001) ont mis en évidence que l'orthographe phonologique est un meilleur prédicteur de la lecture que l'inverse¹. Au début, le développement de l'orthographe n'est prédit que par la capacité à isoler les phonèmes et la connaissance du son des lettres. L'apprentissage des correspondances entre les lettres et les sons permettrait à l'enfant pré-lecteur d'établir des correspondances stables et concrètes des phonèmes, ce qui améliorerait la conscience phonologique. En ce qui concerne l'orthographe conventionnelle, la lecture en serait un bon prédicteur : de nombreux chercheurs s'accordent sur son rôle dans l'apprentissage des représentations orthographiques².

En somme, dans une certaine mesure, la lecture et la production orthographique précoces reposent sur des habiletés différentes. Comme le suggérait U. Frith (1985) : pendant la phase alphabétique, l'orthographe phonologique induit le développement de la lecture. Ensuite, la lecture devient un prédicteur de l'orthographe conventionnelle.

1.5. Eclairage de la psychanalyse concernant le développement du langage écrit et de l'orthographe

« [...] Car écrire est une activité engageant la motricité d'un sujet sur le versant symbolique du geste et de l'acte. L'écriture est le témoignage vivant de la parole reçue. Elle se réalise dans une adresse. Née d'une lecture, en référence à un père, l'écriture commence avec les mouvements du bébé dans le sein de sa mère. Elle se poursuit avec le gribouillage et le dessin. Elle se donne dans la séparation des corps par une trace ayant valeur de langage. L'écriture s'effectue dans l'absence. Ecrire, c'est pétrir la pâte des mots pour que lèvent des paroles à lire. Ecrire ne va pas sans le souffle d'une inspiration »³. J. Clerget

L'écriture, expression prise dans le corps, est non seulement le dénouement d'une maturation physiologique mais également psycho-affective.

¹ ST-PIERRE Marie-Catherine, DALPE Véronique, LEFEBVRE Pascal. *Difficultés de lecture et d'écriture*. p.97.

² ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie*. p.22.

³ CLERGET Joël. *L'enfant et l'écriture*. Présentation

1.5.1. Le langage écrit et la fonction symbolique

« Un des paradoxes du langage est qu'il ne peut advenir que là où il y a différenciation c'est-à-dire séparation (entre deux sujets, entre la mère et l'enfant) alors même qu'une de ses principales fonctions est précisément de colmater la faille, de passer un pont (sym-boliser, étymologiquement) pour réunir les individus (interlocuteurs) ainsi séparés »¹. B. Golse.

a. Accès à la fonction symbolique

La fonction symbolique est la capacité d'évoquer ou de nommer des situations, des objets perceptifs ou non perceptifs sur le moment, à l'aide de symboles, de signes. Elle apparaît et se développe dans le dessin, le jeu de « faire-semblant » et dans le langage². Pour accéder à la fonction symbolique, l'enfant va établir une différence entre ce qui est évoqué, le concept, et le moyen qui sert à l'évoquer, le symbole. Aujourd'hui, le lien qui unit les mots et la réalité qu'ils représentent est, dans la majorité des cas, arbitraire. Or c'est bien la fonction symbolique qui est à l'œuvre dans l'utilisation de ces derniers.

La fonction symbolique est donc fondamentale dans le langage puisque c'est elle qui nous permet d'édifier des liens et de créer du sens. Piaget énonce même que « le langage ne serait qu'une manifestation de la fonction symbolique, la capacité cognitive supérieure la plus spécifiquement humaine »³.

Pour accéder à la fonction symbolique, il faut passer par des représentations, c'est-à-dire par la capacité à s'imaginer, à se représenter mentalement une image, un objet, une personne. Et pour accéder aux représentations, l'enfant doit être confronté à l'absence⁴. Dans les situations où la mère laisse son enfant seul quelques instants, ce dernier est capable de se représenter sa mère absente et peut dès lors se réjouir de son futur retour. Winnicott désigne cela sous le terme de « principe de réalité ». Selon lui, l'enfant va se rassurer, s'accommoder de l'absence de sa mère en prolongeant l'illusion de sa présence grâce à un « objet transitionnel », par exemple un doudou. Ces premières séparations de l'enfant avec sa mère attestent un premier accès à l'ordre symbolique.

L'accès à la symbolisation requiert également l'intervention d'une tierce personne, en général le père, pour que l'enfant se sépare de sa mère et comprenne qu'il est un sujet à part entière. C'est en se constituant comme sujet qu'il pourra accéder au langage. La fonction paternelle, référant à la loi, permet la constitution de l'ordre symbolique pendant ce que l'on appelle le complexe d'Œdipe.

¹ GOLSE Bernard. *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant*. p.149.

² GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. p.17.

³ AIMARD Paule. *Les débuts du langage chez l'enfant*. p.39.

⁴ GEOFFROY Elodie. Loc.cit.

b. Le rôle de la fonction symbolique dans l'écriture

L'écriture est la forme finalisée de la fonction symbolique. Quand il écrit un mot, l'enfant symbolise un représenté. L'écriture n'est pas une simple transcription du langage oral, elle découpe, segmente et lève les malentendus de la langue orale.

Quand l'enfant écrit un mot, il doit prendre conscience que ce mot n'est pas une simple suite de lettres, à l'instar de l'oral qui n'est pas seulement une succession de sons. L'écriture permet d'accéder au concept : quand il écrit un mot, l'enfant doit voir « sous » son mot, l'image de ce qu'il représente et non pas simplement une association de lettres¹. Il doit s'apercevoir que cette chaîne de signifiants fige le mot, lui donne une stabilité, laisse une trace visible.

Ainsi, l'écriture permet la permanence de ce qui est absent, cœur de la fonction symbolique. Elle est à la fois représentation, puisque le mot écrit représente ce qui est présent mentalement, substitution car l'écrit transcrit donc substitue une représentation mentale et communication parce qu'elle permet de transmettre des informations. Progressivement, l'enfant va prendre conscience du fait que ses écrits peuvent être lus et compris par l'ensemble de la communauté linguistique. Ceci est fondamental puisqu'il va comprendre la nécessité de se conformer au code de l'écriture².

L'écriture érige donc, comme la fonction symbolique, un passage entre l'imaginaire et le réel : grâce à elle, l'enfant peut mettre en mots ses idées, ses pensées au moyen d'un code.

c. L'accès au symbolique de l'écrit

Dès lors, pour que l'enfant accède au symbolisme du langage écrit, il doit pouvoir mettre à distance le mot écrit et ce qu'il représente, tout en transcrivant ces représentations, pas trop chargée affectivement, dans un système reconnu par les autres. Si ces représentations sont trop chargées affectivement, elles ne seront saisissables que par celui qui les utilise et non pas par l'ensemble de la communauté linguistique³.

J. Clerget insiste sur cette « séparation symbolique » que l'enfant aura à effectuer avec le corps de la mère pour pouvoir entrer dans l'écriture. Il souligne qu'une longue histoire d'écriture précède le moment où un enfant prend à son compte les lettres de l'alphabet alors qu'il dessine déjà⁴. Selon lui, l'écriture suppose qu'aient été reçues les

¹ IPERS. *L'échec en écriture, comment y répondre ?* p.13.

² DE TUGNY Anna. *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique : réflexion sur les outils cliniques de l'orthophoniste.* p.31.

³ GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit.* p.42.

⁴ CLERGET Joël. *L'enfant et l'écriture.* p16.

différentes castrations symboligènes. La lettre n'est pas seulement réductible à la transcription graphique d'un son, elle ne peut s'inscrire que dans un processus de séparation. En d'autres termes, l'enfant doit grandir et comprendre qu'il n'est pas dans une relation fusionnelle avec la mère. Il doit renoncer à une forme de toute-puissance imaginaire et c'est la fonction paternelle qui va permettre cette séparation et l'ouverture de l'enfant au monde et aux autres. Ce jeu de représentations permet à l'enfant de supporter l'absence et, plus tard, ce seront les mots qui la nommeront et la représenteront. Ainsi, comme le souligne Freud, l'accès au symbole et aux représentations accompagne le début du langage.

M.A Du Pasquier et G. Pommier ont également étudié le développement de l'écriture. Ces deux auteurs considèrent que c'est dans l'acceptation d'une première perte relative au lien fusionnel à la mère puis d'une seconde ayant trait aux objets œdipiens que l'enfant pourra accéder, pendant la période de latence, à l'intériorisation de la règle calligraphique à travers celle de la loi œdipienne¹.

L'acte d'écrire requiert donc la capacité de se représenter l'autre absent et nécessite une séparation qui s'érige sur le pouvoir symbolique des mots et du langage. Dans cette perspective, L. Vygotsky met en exergue l'importance du niveau d'abstraction nécessaire pour accéder au langage écrit. En effet, pour écrire, l'enfant doit d'abord abstraire les mots eux-mêmes pour n'utiliser que les représentations de ceux-ci. Ensuite, il doit abstraire l'interlocuteur, absent lors de l'acte d'écriture. C'est la raison pour laquelle, selon lui, l'enfant doit atteindre un haut niveau d'abstraction pour faire face à toutes ces absences².

Ainsi, selon C. Barré-de Miniac : « De ce point de vue, on voit bien que l'accès à l'écrit et la constitution du rapport à l'écrit sont intimement liés au développement de l'enfant en relation avec son environnement, et à l'organisation de sa structure psychique, dès les étapes les plus précoces »³.

Selon C. Marcilhacy, l'étude de l'écriture chez l'enfant reflète les grandes étapes de la maturation pulsionnelle dans laquelle, comme toute activité de représentation, elle s'origine. Le refoulement constituerait ainsi une des clés de voûte conduisant la représentation graphique des premiers tracés à l'alphabet⁴. L'écriture incarne, dans la particularité de son tracé, une partie de cette histoire libidinale : dans sa continuité mais également dans ses régressions et ruptures : « Instrument de langage verbal, trace pulsionnelle et objet d'investissement narcissique l'écriture, toujours prise dans le corps, continuera à véhiculer une partie de cette histoire primitive, y compris dans ses aléas »⁵.

¹ MARCILHACY Charlotte. *L'apprentissage de l'écriture comme mise à l'épreuve du processus d'individuation-séparation*. p.323.

² VYGOTSKI cité dans GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. p.43.

³ BARRE-DE-MINIAC Christine. *Le rapport à l'écriture: aspects théoriques et didactiques*. p.27.

⁴ MARCILHACY Charlotte. *Développement de l'écriture et croissance psychique*. Résumé.

⁵ Ibid.

L'écriture appréhende, chez l'enfant, la solidité de ses processus de symbolisation. Son apprentissage, forcément anxiogène, viendra éprouver chez l'enfant la solidité de son ancrage narcissique et identificatoire. Elle s'enracine, comme toute activité de représentation, dans la croissance psychique elle-même s'élaborant autour de pertes successivement surmontées. Tout en se dégageant du corps, l'écriture garde la trace de l'ancrage corporel des premières représentations que l'enfant avait mis en place pour maîtriser la situation de séparation. Dans sa nature, l'écriture reste intimement liée au moment où l'enfant a tenté de symboliser l'objet perdu à travers une représentation agie avant d'être tracée.

Ainsi, l'enfant communique d'abord par le gribouillage. Par la suite, cet informe prendra une forme conventionnelle. L'écriture pose souvent problème à l'école qui voit parfois plus l'enfant comme un sujet à corriger que comme un sujet à initier, un écrivain. Quand cela est le cas, l'écriture n'est alors qu'une exigence scolaire, dénuée de tout aspect symbolique pourtant central pour les apprentissages. L'école peut faire obstacle à l'écriture en demandant aux enfants de se conformer à la norme, préformée et formelle, et en oubliant les expériences personnelles de l'écrit¹. A côté de cela, les psychologues et psychanalystes pensent que pour apprendre à écrire, il faut une présence proche et une main tendue amenant l'enfant au symbolique et au goût pour la lecture. Ainsi rassuré, l'enfant peut se lancer dans l'aventure, le changement et la nouveauté du langage. Pour écrire, le scripteur doit se laisser porter par son rythme intérieur d'où le respect que l'on doit porter au rythme de l'enfant.

Pour résumer, pour entrer dans le langage écrit, l'enfant doit s'inscrire dans le symbolisme. Pour être un élève, il doit s'engager dans un code langagier régi par des règles et des symboles et adhérer à un code comportemental de l'école.

Selon J. Clerget, les incapacités d'apprentissages chez les enfants normaux renvoient toujours à des blessures évènementielles précoces, organiques ou relationnelles, et donc à des failles narcissiques, à une base de sécurité non acquise. Ces aspects psychologiques seront donc à prendre en compte lors de prises en charge proposées à ces enfants blessés qui manifestent leur trouble dans l'acte d'écrire.

¹ LABADIE-MILLET Delphine. *Impact d'un entraînement de l'attention divisée sur le niveau d'orthographe de patients dysorthographiques*. p.24.

1.5.2. L'acceptation de la règle et de la loi

Nous avons vu que la fonction paternelle était cruciale pour que l'enfant accède au symbolisme puisque c'est elle qui va lui permettre de se séparer de sa mère et de se constituer en tant que sujet. Cette fonction paternelle, tiers entre la mère et l'enfant, réfère à la règle et à la loi. J. Clerget précise qu' « Une trop grande proximité d'avec le corps de la mère ou d'avec les angoisses de celle-ci [...] entrave l'écriture. Il y manque alors une séparation symbolique »¹.

La séparation entre la mère et son enfant permise grâce à la fonction paternelle, qui représente la loi, l'interdit, la règle, permet l'écriture. Acquérir le langage écrit revient à se constituer comme sujet en tant que « je ». Et pour entrer dans l'écrit, il faut respecter les règles qui le régissent. Ce sont notamment les règles d'orthographe, de grammaire qu'il faut pouvoir respecter afin d'être compris par la communauté qui partage le même code linguistique.

1.5.3. Le rapport à l'autre

Le sujet se construit dans l'interaction, le langage naît dans l'altérité et la relation, le développement de l'écrit ne peut donc se mettre en place sans l'autre. J. Clerget souligne d'ailleurs qu' « Un enfant apprend à écrire, par l'écriture, en écrivant, quand la main d'un autre, guidant la sienne, lui donne le goût de la lettre, lui apporte le plaisir de lier des lettres en mots. Il apprend à écrire dans une adresse, en faisant ses premiers pas »². Selon lui, le développement du langage écrit se révélerait particulièrement difficile sans la présence de l'autre et l'envie de l'enfant de l'imiter.

L. Vygotsky partage ce point de vue. Il précise que le besoin d'apprendre le langage écrit n'est pas éprouvé par le jeune écolier et que c'est justement l'autre qui va lui transmettre cette motivation.

D'autre part, l'écriture vit grâce à l'autre : elle évolue, se modifie. C'est un acte de partage, l'enfant doit accepter de partager avec l'autre ses écrits³. J. Clerget signale même que « Le tort des théories pédagogiques modernes est de croire que l'enseignement se réduit à l'acquisition d'un savoir, à la transmission des connaissances, sans autre, sans l'expérience de la relation à l'autre. L'apprentissage de l'écriture ne va pas sans transfert. Le maître est là. L'enfant n'est pas seul avec la page blanche ou le texte »⁴.

¹ CLERGET Joël. *L'enfant et l'écriture*. p.38.

² Ibid. p.13.

³ GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. p.44.

⁴ CLERGET Joël. *L'enfant et l'écriture*. p.74.

2. La pathologie orthographique

« La dysorthographe est une difficulté spécifique et durable de l'apprentissage de l'écriture et de l'acquisition de son automatisme chez des apprenants normalement intelligents, indemnes de troubles sensoriels et affectifs, sans carence culturelle et scolaire ». F. Estienne

« Une incapacité particulière de créer des liaisons correctes entre les constituants du discours et les signes graphiques qui les symbolisent ». R. Diatkine

Le trouble de l'orthographe est intégré dans les « troubles spécifiques des apprentissages » qui concerne une large palette de troubles pouvant s'étendre des troubles du langage aux troubles des aptitudes motrices. Ces dernières années, plusieurs définitions ont été proposées pour ces troubles, notamment pour ceux étant liés aux acquisitions scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), et ne cessent d'évoluer avec le temps. Nous nous intéresserons aux définitions concernant le trouble spécifique de l'orthographe. Les connaissances sur lesquelles se fondent ces définitions progressent rapidement. Toutefois, certaines définitions ne donnent pas de critères diagnostiques précis laissant ainsi une marge de fluctuation concernant leur utilisation. D'autre part, à travers les définitions du trouble de l'orthographe, nous aurons l'occasion de constater des orientations différentes concernant le trouble. Ceci est relativement intéressant pour notre mémoire dans la mesure où chacune des définitions tente de définir comment se trouve posée la définition du pathologique (orthographique, dans notre cas) dans ses rapports avec la norme. Bien qu'elles aient pour but d'objectiver un trouble, elles intègrent également, chacune à leur manière et à différents degrés, la subjectivité qu'implique inévitablement la pathologie. Les définitions de la dysorthographe sont multiples, elles reflètent les différents courants de pensée et tendance des auteurs.

2.1. Les définitions générales des classifications internationales

2.1.1. Le trouble d'apprentissage

Le trouble spécifique de l'orthographe fait partie de l'ensemble nosographique des « troubles des apprentissages » définis ainsi par Rutter : « Les troubles développementaux des apprentissages sont un ensemble de difficultés des apprentissages qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap physique, ni à des conditions adverses de l'environnement. Ces difficultés sont inattendues compte-tenu des autres aspects du développement, elles apparaissent très tôt dans la vie et interfèrent avec le développement normal. Elles persistent souvent jusqu'à l'âge adulte »¹.

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.160.

Dans cette définition, on retrouve les deux principaux critères utilisés pour définir les troubles des apprentissages. En effet, on relève le critère de discordance entre les difficultés liées au trouble en question et les bonnes performances à d'autres épreuves cognitives (il s'agit souvent du Q.I.). Le critère d'exclusion est également évoqué : les troubles ne doivent avoir comme cause primaire ni un retard global, ni un handicap sensoriel, ni un environnement défavorable (pédagogie inadaptée, niveau socioculturel insuffisant, diversité linguistique), ni de troubles mentaux avérés.

On retrouve ces critères dans les deux classifications internationales des maladies sur lesquelles nous nous arrêterons afin de voir comment elles appréhendent chacune le trouble de l'orthographe : la CIM-10 et le DSM-IV (et V). En effet, ces deux classifications présentent des parties communes mais elles ne se superposent pas pour autant.

2.1.2. Le trouble de l'orthographe

Les critères diagnostiques du DSM-IV¹ du « trouble de l'expression écrite » sont les suivants :

- A. Les capacités d'expression écrite, évaluées par les tests standardisés (ou par l'estimation de la qualité fonctionnelle de ces capacités), sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel et d'un enseignement approprié à son âge. « Nettement au-dessous » se définit par une discordance de plus de 2 écarts-types entre les performances à ces tests et le QI (dans certains cas une différence moins importante est suffisante, 1 ou 1,5 écarts-types).
- B. La perturbation écrite dans le critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante qui requièrent l'élaboration de textes écrits.
- C. S'il existe un déficit sensoriel, les difficultés d'expression écrite dépassent généralement celles associées à celui-ci.

Il est également précisé qu'un trouble de l'expression écrite est souvent associé à un trouble de la lecture.

La CIM-10² (OMS³, 1994) ne définit pas un trouble général de l'écriture mais consacre une section au « Trouble spécifique de l'orthographe » qu'elle détermine de la façon suivante :

¹ « Diagnostic and statistical manual of mental disorders », 4ème édition cité dans DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.207.

² Classification internationale des maladies, dixième révision.

³ Organisation mondiale de la santé.

- A. La note obtenue à une épreuve standardisée d'orthographe se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant
- B. Les notes obtenues à des épreuves d'exactitude et de compréhension de la lecture, ainsi que du calcul se situent dans les limites de la normale (+/- deux écarts-types).
- C. Absence d'antécédents de difficultés significatives en lecture
- D. La perturbation décrite en A interfère de façon significative avec les performances scolaires ou avec les activités de la vie courante qui font appel à l'orthographe.
- E. Critère d'exclusion le plus couramment utilisé. Le Q.I., évalué par un test standardisé passé de façon individuelle, est inférieur à 70.

Une première analyse de ces classifications permet d'observer qu'elles prennent largement appui sur les données théoriques de la neuropsychologie. En effet, le caractère spécifique de ces troubles existe par exclusion d'autres difficultés qui pourraient venir entraver le fonctionnement cognitif de l'acte d'écriture.

D'autre part, ces définitions générales sont intéressantes dans la mesure où elles sont orientées différemment. Ainsi, dans la CIM-10, il est question d'un trouble spécifique de l'orthographe qui n'apparaît pas en tant que tel dans le DSM-IV où il fait partie des problèmes décrits dans le trouble de l'expression écrite : il prend en compte l'orthographe mais aussi la rédaction. Il précise ainsi qu'on doit pouvoir observer : « un mélange de difficultés touchant les capacités du sujet à composer des textes écrits, objectivées par des erreurs de grammaire ou de ponctuation au sein des phrases, par une mauvaise construction des paragraphes, de nombreuses fautes d'orthographe et une très mauvaise écriture »¹.

Ainsi, le DSM-IV recommande, à l'inverse des autres définitions générales, de ne pas porter de diagnostic de « trouble de l'expression écrite » seulement en présence de fautes d'orthographe. Il n'envisage donc pas un trouble de l'orthographe isolé, quelle que soit sa gravité. Ceci peut poser la question de savoir comment les cliniciens appréhendent ce diagnostic de trouble de l'expression écrite puisque les capacités rédactionnelles ne sont pas souvent évaluées, en dehors d'une estimation intuitive. Il est possible que ce diagnostic soit posé le plus souvent en cas de trouble de l'orthographe. A l'inverse, on remarque que la CIM-10 est plus précise dans la définition du trouble puisqu'elle n'évoque que l'orthographe dans les différentes sections de sa définition.

Par ailleurs, le DSM-IV établit un lien entre les troubles de l'expression écrite et ceux de la lecture, les premiers étant souvent considérés comme consécutifs des seconds. Ceci peut nous laisser supposer que les deux types de troubles sont souvent associés mais n'exclut pas l'existence d'un trouble de l'expression écrite sans trouble préalable de la lecture. Ainsi, il est possible de porter les deux diagnostics dans le DSM-IV. Ce point de vue est différent dans la CIM-10 puisque, en cas de comorbidité, le trouble de la lecture

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.166.

est prédominant par rapport à celui de l'orthographe. Ces relations entre trouble de l'orthographe et trouble de la lecture constituent actuellement un sujet de débat.

D'autre part, la définition du DSM-IV préconise deux modes d'évaluation : les tests et une évaluation qualitative, cette dernière étant peut-être justifiée par le fait qu'il n'existe pas de tests standardisés permettant d'évaluer les capacités rédactionnelles. Toutefois, cette notion d'évaluation qualitative n'apparaît plus dans la définition de l'édition plus récente du DSM: le DSM-V¹. Il privilégie le repérage de signes « visibles » pour établir le diagnostic. Le DSM-V introduit la nécessité de prendre en compte l'ensemble des troubles des apprentissages avec une identification précise des difficultés.

2.2. Examen de ces définitions

L'examen de ces définitions met en avant l'imprécision de certains critères diagnostiques entraînant ainsi un flottement quant à leur utilisation. Par conséquent, il arrive que ces classifications internationales soient délaissées par les cliniciens dans leur pratique au profit de leurs propres classifications². D'autre part, certains points de ces classifications font toujours l'objet de débat entre les chercheurs.

Le caractère arbitraire du seuil de pathologie constitue une de ces questions fondamentales. Le trouble est défini de 2 à 1 écart-type au-dessous de la moyenne. Si l'on considère ce seuil à 1 écart-type en dessous de la moyenne, 16% d'individus se trouve sous ce seuil. Si le trouble est établi à partir d'un seuil de 2 écarts-types, comme dans la CIM-10, on y situe 2,5% d'individus³. Parfois, l'on utilise également les mois et les années de retard d'apprentissage pour définir le trouble. Le trouble a donc une composante arbitraire puisqu'il dépend à priori du seuil choisi. Toutefois, en pratique, le suivi clinique de chaque enfant corrélé aux tests permettent de poser un diagnostic.

La discordance, critère central de ces définitions, est un point également contesté. Elle correspond au décalage entre la note obtenue aux épreuves liées au trouble et le niveau intellectuel global de l'enfant. Ce dernier peut être évalué grâce à différents tests, le plus connu étant le test de Q.I. Or l'utilisation de cette épreuve pour mettre en évidence ce décalage se trouve contestée, tout comme la notion même de discordance⁴. Elle distingue, comme vu précédemment, les individus discordants de ceux moins discordants ayant une note basse à l'épreuve concernant le trouble mais avec un Q.I. moins contrasté. Plusieurs chercheurs remettent en cause cette notion, d'autant plus qu'il existe de nombreuses façon d'évaluer cet écart, et prônent l'inclusion d'enfants avec un profil moins contrasté dans le classement de ces troubles.

¹ American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 « diagnostic and statistical manual of mental disorders », 5ème édition

² Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.167.

³ Ibid. p.167.

⁴ Ibid. p.167.

La problématique que suscite cette notion de discordance et la comorbidité assez fréquente des troubles des apprentissages ont pour conséquence la mise en doute, de la part de certains chercheurs, du terme même de « spécifique »¹. Contrairement à la CIM-10, le DSM-IV n'utilise pas toujours cet adjectif pour définir le trouble orthographique sans pour autant changer la définition, ce qui montre que la question reste toujours ouverte.

Par ailleurs, les critères d'exclusion concernant les troubles sensoriels peuvent être appliqués sans souci à certains enfants, avec des examens auditifs ou visuels par exemple, mais de manière plus restreinte chez d'autres. L'existence d'autres critères d'exclusion comme les troubles mentaux posent également des difficultés d'évaluation.

D'autre part, la subjectivité de certains critères laisse une marge importante à des interprétations variables comme dans le cas des « problèmes interférant de manière significative avec [...] les activités de la vie courante » ou quand « il existe un déficit sensoriel, les difficultés d'expression écrite dépassent généralement celles associées à celui-ci. ».

Enfin, perdure la question de l'influence de l'environnement socio-culturel qui est relativement difficile à évaluer et qui est un critère d'exclusion dans plusieurs définitions.

2.3. Caractéristiques des différents types de dysorthographies développementales et étiologies

Les troubles d'apprentissage de l'orthographe, connus sous l'appellation de dysorthographie développementale, ont particulièrement été étudiés par la psychologie cognitive. Ainsi, les troubles des enfants ont été définis en référence aux troubles présentés par les adultes cérébro-lésés, autrement dit à partir de l'analyse de dysorthographies acquises. Les dysorthographies sont donc envisagées en fonction du modèle de l'apprentissage à deux voies. De ce fait, on distingue communément la dysorthographie phonologique, résultant d'une atteinte de la voie d'assemblage, de la dysorthographie de surface provenant d'un trouble de la voie d'adressage. L'atteinte des deux voies entraîne, quant à elle, une dysorthographie profonde.

Chez l'enfant, la dysorthographie développementale est donc définie comme un trouble spécifique de l'orthographe comprenant deux principales formes, les mieux connues et les mieux documentées : la dysorthographie phonologique et la dysorthographie de surface. Comme chez l'adulte, elles sont mises en relation avec les voies d'assemblage et d'adressage. On fait donc l'hypothèse que ces deux voies se mettent progressivement en place chez l'enfant : une étape alphabétique puis une étape lexicale ou orthographique. Les dysorthographies développementales seraient dues à un arrêt ou un ralentissement dans la séquence de ces différentes procédures d'acquisition.

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.168.

La dysorthographe phonologique (ou dysphonétique) correspond à une altération de la stratégie par assemblage donc se distingue par des difficultés à rendre compte à l'écrit des correspondances entre phonèmes et graphèmes. Elle se manifeste généralement par des erreurs non phonologiquement plausibles dues à l'incapacité de segmenter le stimulus entendu, des difficultés à transcrire les graphies complexes, les sons consonantiques, les non-mots, des erreurs de segmentation des mots, une orthographe grammaticale très perturbée et un stock lexical relativement réduit. La transcription de mots connus et réguliers est meilleure que la transcription de mots irréguliers. Nous avons vu que des études avaient mis au jour le rôle crucial de la conscience phonologique pour l'installation de cette stratégie. Il semblerait que les faibles orthographes présentent une difficulté à ce niveau, déjà observable en lecture, qui expliquerait les troubles de l'orthographe.

La dysorthographe de surface (ou dyseïdétique), elle, se caractérise par une atteinte de la voie d'adressage ou lexicale, troublant ainsi la constitution d'un lexique orthographique. Il semblerait quand même que les difficultés concernant cette stratégie soient constatées chez des enfants ayant déjà eu quelques soucis dans l'élaboration de la procédure d'assemblage en lecture. Elle se caractérise par des performances en dictée d'autant plus basses que la complexité du mot augmente. Les productions obtenues sont, de manière générale, phonologiquement plausibles avec une tendance à la complexification (« haricot » est transcrit « arricaud »). Généralement, on se pose la question de savoir si ces enfants présentent ou non un trouble phonologique. Le fait qu'ils aient recours préférentiellement à la voie d'assemblage pour orthographier les mots semble indiquer que non. Ces enfants auraient de grandes difficultés à se constituer des connaissances spécifiques concernant l'orthographe des mots ainsi qu'à maintenir en mémoire à long terme ces représentations orthographiques pour se constituer un lexique orthographique suffisamment stable et de qualité. Ces enfants présenteraient des difficultés à intégrer les correspondances phonèmes-graphèmes peu fréquentes et relativement complexes ainsi qu'à tenir compte des règles implicites pour écrire des mots. Le choix des homophones leur pose ainsi problème.

Enfin, les personnes présentant une dysorthographe mixte ou profonde révèlent une atteinte des deux voies responsables de la production orthographique : la voie d'assemblage et d'adressage. La voie utilisée varie en fonction des moments.

Le trouble de l'orthographe se manifeste de différentes manières et son étiologie n'est probablement pas unique¹. Beaucoup d'auteurs s'accordent aujourd'hui pour lui reconnaître une étiologie multifactorielle. D'ailleurs, « Il importe de rappeler que la question des apprentissages s'enracine à la fois dans le champ du cognitif et dans celui de l'affectif et que, de ce fait, toute modélisation des apprentissages et des difficultés

¹ Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. p.166.

scolaires qui ne prendrait en compte qu'un seul de ces deux registres s'avèrerait inéluctablement réductrice »¹.

Dès lors, M. Berger suggère de relever ce qui peut engendrer des difficultés d'apprentissage, en dehors de l'origine organique ou neurodéveloppementale. Ainsi, les troubles des apprentissages peuvent être corrélés avec :

- Un trouble psychopathologique : la difficulté d'apprentissage est un symptôme qui vient exprimer la difficulté affective du sujet à se différencier, à devenir autonome ou à accepter la frustration dans les cas de dysharmonie psychotique, de pathologie limite ou de névrose invalidante.
- Une insuffisance de stimulation ou d'investissement du plaisir corporel et langagier : les apprentissages ont besoin du corps puis du langage pour se mettre en place. Or, il peut s'avérer que l'environnement familial ou social ne soit pas suffisamment stimulant pour l'enfant et même, parfois, présenter un fonctionnement qui soit à l'origine de carences dans le rapport que l'enfant va entretenir avec son corps et son langage. Par ailleurs, ces derniers peuvent parfois être porteurs d'interdits, plus ou moins conscients. Ils ne peuvent donc être investis libidinalement par l'enfant sans être source d'angoisse ou de conflit. Dans certaines communautés où l'idée d'appartenance est puissante, l'enfant peut être pris dans un « conflit de loyauté ». Inconsciemment, il est possible qu'il ne s'autorise pas acquérir la lecture qui peut être vécue par tout le monde comme moyen d'assimilation.
- Des interactions précoces défectueuses : certaines situations affectives pendant la première enfance, sans parler de véritable carence éducative, peuvent induire « un mode d'attachement désorganisé, désorienté »². Cela peut être par exemple le cas de dépression maternelle précoce, ne permettant pas à la mère d'être suffisamment disponible pour son enfant et pouvant induire chez lui des difficultés de représentation de soi et d'appropriation.

Quand il propose ceci, M. Berger ne cherche pas à s'opposer à l'approche neuropsychologique, bien au contraire. Il avancera qu' « Il est probable que dans certaines situations, les deux causalités, affective et neurodéveloppementale, coexistent et cumulent leurs effets chez un même sujet »³. Il pense en effet que, dans la plupart des situations, la question neurologique est corrélée voire peut-être même induit la question affective et inversement. Ainsi, bien que les auteurs d'inspiration psychanalytique ne remettent pas en question la place centrale qu'occupent des troubles cognitifs et leur rééducation, il reste important de la lier à une analyse du développement affectif et des interactions de l'individu afin d'approcher au mieux la réalité du patient. La pratique clinique nous montre comment l'articulation des modèles cognitifs et psychanalytiques peut s'avérer

¹ MARCIANO Paul. *L'accession de l'enfant à la connaissance. Compréhension et prise en charge des difficultés scolaires*. p.9.

² BERGER Maurice. *Les troubles du développement cognitif approche thérapeutique chez l'enfant*. p.192.

³ Ibid. p.195.

efficace à dénouer le conflit que vit l'enfant avec ses apprentissages. A ce propos, D. Flagey précisera: « Ces enfants au carrefour de toutes nos théories, nous lancent un défi passionnant, et nous invitent à mieux comprendre, en nous aussi, les rapports de la vie affective et de la connaissance »¹.

2.4. La dysorthographe comme symptôme

Dans l'optique de la Pédagogie Relationnelle du Langage initiée par C. Chassagny, la dysorthographe, et plus largement les « dys » s'inscrivent en tant que symptôme dans l'histoire du sujet.

2.4.1. La notion de symptôme

Le symptôme prend une signification différente, selon que l'on se place dans le champ de la médecine ou dans le champ de la psychologie. En médecine, le symptôme désigne « toute manifestation d'une affection ou d'une maladie contribuant au diagnostic, et plus particulièrement tout phénomène perçu comme tel par le malade »². Ainsi, il est une manifestation spontanée d'une maladie permettant de la déceler, qui est perçue subjectivement par le sujet ou constatée objectivement par un observateur. Du point de vue psychologique, il est un « phénomène perceptible révélateur d'un processus caché et le plus souvent inconscient »³. Le symptôme est ce qui est arrivé avec quelque chose mais qui reste présent alors que ce quelque chose a disparu. Il est ce dont le sujet va se plaindre et ce qui le pousse à consulter.

Ainsi, grâce aux théories psychanalytiques, le trouble du langage n'est plus seulement considéré sous l'angle du déficit, du handicap mais comme un symptôme porteur d'un double sens : il porte sur la communication et a valeur de communication dans le sens où il représente une manifestation de l'inconscient.

A ce propos, S. Freud définit le symptôme comme un moyen inconscient mis en œuvre par un sujet pour se faire entendre. Il est l'expression privilégiée trouvée par le sujet, au cœur de son histoire personnelle, pour lutter contre un problème qui lui est propre. Selon lui, l'action symptomatique a « un motif, un sens et une intention »⁴. Autrement dit, le symptôme fait signe, parle et a du sens.

Le symptôme n'est pas seul, il vient se substituer à un événement, à un conflit refoulé, empêchant l'extériorisation de ce conflit. Il y a donc perte de sens et rupture de la chaîne signifiante. J. Lacan précise que le symptôme est le signifiant d'un signifié qui a

¹ FLAGEY Danielle. *Mal à penser, Mal à être : Troubles instrumentaux et pathologie narcissique*. p.131.

² Dictionnaire Larousse médical 2006. p. 959.

³ BRIN-HENRI Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique. *Dictionnaire d'orthophonie 3ème édition*. p.188.

⁴ FREUD Sigmund. *Œuvres Complètes, Tome XIV*. p. 256.

été refoulé hors de la conscience du sujet¹. Il est une forme de langage, ce par quoi le sujet se dit. M. Mannoni s'interroge sur le cas d'un enfant pour qui le symptôme était « une forme de langage, c'est-à-dire le seul moyen à sa disposition d'exprimer ses difficultés »².

Ainsi, le symptôme langagier est particulier puisqu'il se dit en empêchant de dire, car la parole est troublée. Il parle, par les maux, à la place du sujet étant donné que les mots ne peuvent se dire.

Cependant, le symptôme est aussi le seul moyen qu'a trouvé le sujet pour résoudre son problème. En effet, bien que le symptôme fasse souffrir le sujet, il est pourtant le seul compromis qu'il ait pour maintenir un semblant d'équilibre. C'est pourquoi il y est très attaché. S. Freud désigne cette réaction « la réaction thérapeutique négative » : le sujet tient à son symptôme et refuse de guérir. Considérer cet aspect du symptôme permet au thérapeute de ne pas chercher à faire disparaître le seul moyen par lequel l'enfant peut « se dire » et d'envisager plutôt de l'accompagner pour qu'il puisse s'en dégager et ainsi libérer sa créativité, sa disponibilité.

D'autre part, l'entourage va aussi réagir au symptôme du sujet et s'y adapter. Chacun met alors en place des stratégies de compensation pour lutter contre le trouble, soit dans le désir de le résorber, soit pour lutter contre l'angoisse qu'il révèle. Le trouble a toujours des conséquences sur la sphère familiale et notamment chez les parents : certains peuvent se sentir responsables de ce trouble, d'autres en tirer satisfaction dans le sens où il peut prolonger un état de dépendance entre la mère et l'enfant. Le symptôme se développe chez l'enfant mais peut porter un problème concernant un autre membre de la famille ou concernant les relations en son sein.

2.4.2. Le symptôme dans les troubles du langage écrit

Cette vision du symptôme a influencé la clinique orthophonique. Ainsi, grâce à ces théories d'inspiration psychanalytique, le trouble orthographique, et plus généralement les pathologies du langage écrit, ne sont plus seulement considérés comme une défaillance cognitive mais comme un symptôme porteur de sens. Nous parlons de symptôme langagier : le trouble se situe au niveau du langage, il entrave la communication avec l'entourage et empêche le patient de « parler » correctement. Le symptôme langagier s'exprime en empêchant de dire. La dysorthographie pourrait alors être considérée comme un symptôme, elle serait le canal utilisé par le sujet pour protester contre quelque chose d'inconscient et serait donc perçue comme un moyen d'expression pour faire entendre ses difficultés.

F. Estienne s'inscrit dans cette approche en considérant les troubles du langage écrit comme symptôme « d'une structure spécifique de la personnalité. Cette structure

¹ CORVEZ Maurice. *Le structuralisme de Jacques Lacan*. p. 285.

² MANNONI Maud. *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. p. 74.

particulière empêcherait l'enfant d'établir les points de repères nécessaires à la connaissance de son propre corps d'abord, de l'espace environnant ensuite »¹. Selon elle, l'enfant dysorthographique est « face à lui-même et face à un univers labile » qui entrave l'accès à la symbolisation. Le langage serait maladroitement utilisé, l'enfant aurait « des difficultés d'intégration audio-phonétique et phonético-graphique, des troubles d'ordre sémantique avec un flou du vocabulaire, une incompréhension d'un donné verbal complexe, une manipulation linguistique malaisée »².

M. Soulé, qui lie le facteur affectif et le déficit instrumental, estime que la dyslexie-dysorthographie est « un symptôme, c'est-à-dire un compromis entre les tendances profondes et les exigences du monde extérieur. Il existe entre le déficit instrumental et le facteur affectif une interaction dialectique qui commence à la naissance et ne va pas s'arrêter jusqu'au moment où va éclater le trouble »³.

M. Berger évoque l'importance de la trace. A côté de la neuropsychologie qui appréhende la dysorthographie comme une difficulté à garder une trace mnésique des mots appris, Berger y voit une difficulté pour ces enfants à se dégager de la surface des signes : « Ces enfants ont de la difficulté à se dégager de ce qu'on peut appeler la surface des signes, de leur littéralité »⁴. L'enfant reste fixé sur la trace que laisse la lettre ou le mot sur le papier sans pouvoir sans dégager pour appréhender la dimension symbolique de ce qui est écrit.

De même, C. Chassagny, fondateur du courant relationnel, préconise de ne pas penser seulement la dyslexie/dysorthographie comme un trouble de la lecture, de l'orthographe mais comme le symptôme d'un « trouble de l'usage des mots »⁵. Il attribue les causes de la dyslexie-dysorthographie à un trouble plus ou moins important de la symbolisation, à un écart trop grand entre l'imaginaire de l'enfant et le réel, le code sociolinguistique que représente la langue. Comme M. Soulé, il ne rejette pas le fait que la dyslexie-dysorthographie puisse être liée à un trouble instrumental mais évoque la possibilité que ces troubles soient la conséquence d'un nœud relationnel plus large qui serait le symptôme d'un mal-être, le signe d'une inscription problématique dans le symbolique. Ainsi, selon lui, l'enfant se trouve dans « une impossibilité de se prêter au champ symbolique de l'adulte, de percevoir les différentes formes des signes écrits et de les interpréter »⁶. Les mots restent extérieurs, non investis ou, à l'inverse, trop investis c'est-à-dire surchargés d'affects. Dans tous les cas, ils sont confus et sujets d'anxiété. Il précise que l'enfant ne parvient pas à atteindre la connaissance du matériel nécessaire à l'écriture : la syntaxe ne fixe pas les règles du discours et la sémantique est imprécise.

¹ ESTIENNE citée dans DE TUGNY Anna. *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique : réflexion sur les outils cliniques de l'orthophoniste*. p.55.

² Ibid. p.55.

³ Dr. SOULE, cité par le Dr HAIM, *Les facteurs affectifs de la communication*. p. 21.

⁴ BERGER Maurice. *Les troubles du développement cognitif approche thérapeutique chez l'enfant*. p.210.

⁵ IPERS. *L'échec en écriture, comment y répondre ?* p.13.

⁶ CHASSAGNY Claude. *Pédagogie relationnelle du langage*. p.23.

Il y a un refus ou une impossibilité de se prêter suffisamment dans le champ symbolique de l'adulte, de passer de la langue de l'imaginaire à la langue de la réalité, de la communauté sociolinguistique. Chez certains enfants, on peut observer des signes d'opposition inconsciente à entrer dans l'écrit et notamment dans l'orthographe, dans les normes qui lient les éléments entre eux. Cela peut être par exemple des enfants qui continuent à écrire selon un processus d'assemblage, qui continuent à construire le mot sans faire appel à ce qu'ils pourraient avoir mémorisé.

Ainsi, le rôle de l'orthophoniste est alors d'aider l'enfant à se prêter au champ symbolique de l'adulte, à trouver l'envie de s'inscrire dans le code grâce à la relation de confiance qui se sera installée. L'enfant donne à voir au thérapeute du langage son symptôme, soit la manière dont l'évolution du langage a été vécue. La dysorthographe peut, par exemple, exprimer une forme de résistance face au code normalisant, une façon de s'exprimer comme ne s'inscrivant pas dans l'attente. C. Chassagny propose ainsi de ne pas faire taire le symptôme par lequel l'enfant peut « se dire » mais de permettre à l'enfant de s'en dégager pour libérer sa créativité, sa disponibilité, parvenir à « la conciliation ». Selon lui, l'important n'est pas l'intensité du symptôme mais le fait que le sujet ne dispose plus d'instruments de création, le rôle de l'orthophoniste étant de les déceler et de les mobiliser. Une réponse axée uniquement sur les exigences normatives pourrait fixer ou déplacer le symptôme, d'où l'importance d'ouvrir à l'enfant d'autres voies de prise de plaisir dans lesquelles il pourra se reconnaître et où ses compétences seront reconnues. Dès lors, la prise en charge orthophonique consisterait à aider l'enfant à trouver sa place dans la loi communautaire de la langue tout en conservant sa singularité.

Selon R. Cahn et T. Mouton, « le symptôme ou la maladie de l'enfant ne doit pas être compris comme une entité fixe, on ne doit pas arrêter son jugement à ce que l'enfant ne veut pas donner, mais juger ce qu'il peut faire et peut recevoir... Ceci dépend de ce qu'on offre, comment on l'offre et comment le sujet, à un âge donné et avec une organisation donnée, est capable de recevoir »¹.

Selon cette approche, un tel symptôme peut signifier :

- La peur des conséquences d'une réussite scolaire qui permettrait à l'enfant d'égaliser ou de dépasser ses parents, et notamment celui de l'autre sexe. Il s'agit de l'angoisse de la castration.
- Un obstacle au désir d'acquérir des connaissances, pouvant être lié à l'interdiction réelle ou fantasmatisée de la curiosité sexuelle par le couple parental.
- Un conflit avec le surmoi, c'est-à-dire qu'une éducation rigide peut attribuer au langage écrit la signification symbolique d'un code aux règles et aux structures arbitraires, ce qu'il est effectivement. Sans plus de justifications, ce code imposé peut cristalliser le conflit avec le surmoi.

¹ CAHN Raymond, MOUTON Thérèse. *Affectivité et troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adolescent*. p. 18.

- Une arriération affective, due à une hyperprotection des parents, pouvant entraîner chez l'enfant une tendance à la facilité et à fuir l'effort, avec une peur de grandir et une attitude de passivité et d'opposition face à tout apprentissage.
- Suite à des perturbations des premières relations objectales, le symptôme peut se déplacer dans les apprentissages si l'enfant les appréhende comme une « nourriture » à ingurgiter ou une obligation à laquelle il est soumis.
- Une mauvaise intégration spatio-temporelle dans les premières années de vie peut-être à l'origine de difficultés dans le langage écrit. L'enfant se percevrait dans un monde flou et mal différencié.

Ces auteurs distinguent d'ailleurs deux grandes catégories de dyslexie-dysorthographies, certaines étant dues essentiellement à un déficit instrumental, les autres étant caractérisées par une intrication, dans des proportions variables, des conflits affectifs et du déficit instrumental. Les troubles du langage écrit sont alors envisagés comme un compromis défensif symptomatique.

Quoi qu'il en soit, certains enfants que nous pouvons rencontrer dans la clinique orthophonique, qui présentent des difficultés portant sur la forme ou le contenu de la langue, viennent nous rencontrer avec leur symptôme. Les enfants présentant une dysorthographie ne sont pas seulement des enfants qui font des erreurs d'orthographe. Comme nous venons de le voir, ils sont en porte-à-faux avec un système qui est le système symbolique de l'adulte. La question de la dysorthographie n'est pas réductible à celle des conventions orthographiques. C'est pourquoi, « l'originalité de notre profession, c'est de considérer, au-delà d'un trouble de la lecture ou de l'orthographe, la personnalité de l'enfant et de s'appuyer sur ce qu'elle est. Une technique seulement destinée à s'attacher aux manifestations de l'inadaptation sacrifierait tout ce qui chez l'enfant doit être considéré comme essentiel, c'est-à-dire la manière dont l'évolution du langage a été vécue »¹.

2.5. Quelques réflexions sur les notions de trouble et de symptôme

Les approches que nous avons présentées précédemment conçoivent différemment la pathologie orthographique en l'appréhendant tantôt comme un « trouble », tantôt comme un « symptôme ».

Dans le langage scientifique et médical, le trouble pourrait être défini comme « une modification pathologique des activités de l'organisme ou du comportement de l'être vivant, un dérèglement »². Mais le trouble recouvre diverses significations.

D'ailleurs, T. Garcia-Fons évoque un glissement sémantique du terme. Ainsi, il rappelle qu'à l'origine, la signification du trouble est un état de tourbillon, de vacillement,

¹ IPERS. *L'échec en écriture, comment y répondre ?* p.12.

² MADELIN-MITJAVILLE Claude, WAHL Gabriel. *Comprendre et prévenir les échecs scolaires.* p.11.

de confusion où un corps se mêle à un autre. Le terme s'est fortement développé et fait l'objet d'un glissement sémantique dans son emploi actuel : « tout devient trouble »¹. Selon lui, depuis plus d'une dizaine d'années, on a tendance à situer le trouble du côté du déficit par rapport à une norme. Ainsi, « la notion de trouble, employée ici dans le sens de déviation, de dysfonctionnement, a détrôné les concepts de symptôme, de structure et même de maladie »². Le symptôme est réduit au signe ou au comportement dans sa dimension la plus superficielle, la plus immédiatement visible, qui est érigé en catégorie en dehors de toute approche compréhensive ni prise en compte globale de l'enfant.

L'évolution de la notion de trouble peut être comprise en partie par la diffusion des classifications internationales notamment le DSM IV qui propose une nouvelle terminologie « en substituant le trouble aux grandes structures psychopathologiques, et le remplissage de particularités comportementales à la sémiologie classique ainsi qu'à l'approche compréhensive et dynamique des symptômes »³.

Le trouble atteste d'une inadaptabilité face à une norme. Bien que la norme soit essentielle pour se structurer et vivre ensemble, la question de la place des individus dérogeant à cette norme reste entière. T. Garcia-Fons observe qu'aujourd'hui, tout le monde s'affole, à l'école comme ailleurs. Dès qu'il y a un problème, il faut impérativement trouver une réponse rapide⁴ : « aujourd'hui, plus que jamais peut-être, le hors norme est à éradiquer », « toute déviance doit être repérée, mesurée et traitée »⁵. L'enfant est soumis à une évaluation permanente, référée à un système de contrôle de la performance. Il s'inscrit dans le sillage de M. Bergès-Bounes en précisant que les sujets sont réduits à leur comportement et s'interroge alors sur la place restante pour le sujet, sa parole singulière et sa subjectivité.

M. Bergès-Bounes s'est également intéressée à l'évolution des notions de troubles et de symptôme. Selon elle, l'évolution de l'appellation et de la catégorisation des enfants en difficulté scolaire, « dyslexiques, dysorthographiques » puis porteurs de « trouble spécifique des apprentissages » et maintenant « handicapés », témoigne d'un « tournoiement des signifiants dans le social »⁶ qui a des effets sur la place de l'enfant et sur le statut des pédagogues et soigneurs qui tendent à devenir des experts destinés à évaluer l'importance du handicap dans la nouvelle donne sociale.

Selon elle, c'est la fonction du symptôme qui est ici questionnée. Elle met également en évidence une disparition du terme « symptôme » au profit de celui de « trouble » que

¹ GARCIA-FONS Tristan. *L'enfant, les troubles. La lettre de l'enfance et de l'adolescence n°66*. p. 8.

² GARCIA-FONS Tristan cité par DURAND Mélanie, VARIN Charlotte. Histoire d'un cheminement de la norme au sujet. p.67.

³ DURAND Mélanie, VARIN Charlotte. Histoire d'un cheminement de la norme au sujet. p.67.

⁴ GARCIA-FONS Tristan dans une interview de GROS Marie-Joëlle. *L'enfant est classé en permanence*.

⁵ GARCIA-FONS Tristan cité par DURAND Mélanie, VARIN Charlotte. Histoire d'un cheminement de la norme au sujet. p.67.

⁶ BERGES-BOUNES Marika et FORGET Jean-Marie. *L'enfant et les apprentissages malmenés. Quand lire, écrire, compter est un problème*. p.11.

l'on retrouve fréquemment dans les classifications internationales et qui met de côté la dimension psychanalytique qui accompagne le symptôme et la question du sujet. Selon elle, le terme de « trouble » renvoie à du descriptif et implique une réponse médicamenteuse, comportementaliste, pédagogique ou rééducative sans prendre en compte l'approche psychanalytique. Or pour elle, les difficultés scolaires apparaissent comme un vrai symptôme.

D'autre part, elle explique que la reconnaissance des enfants en difficultés scolaires comme « handicapés » les place maintenant du côté du déficit à compenser, à réparer et plus dans le soin. On a tendance à laisser de côté ce que peut signifier le symptôme scolaire, au-delà de ce qu'il expose, et à y apporter une réponse réparatrice. L'enfant, sujet capable de penser et de savoir, est ainsi désobjectivé, seulement perçu sous l'angle de son comportement scolaire, assisté et passivisé. De même, les praticiens auraient tendance à devenir des techniciens, des experts producteurs de bilans et d'évaluation pour la MDPH, elle s'interroge alors sur cette nouvelle donne sociale¹.

¹ BERGES-BOUNES Marika et FORGET Jean-Marie. *L'enfant et les apprentissages malmenés. Quand lire, écrire, compter est un problème.* pp.18-19.

3. Le bilan orthophonique du langage écrit

« Le bilan est un itinéraire à deux où l'on part d'un état présent insatisfaisant que l'on évalue, pour aboutir à un état concrètement défini qui fera l'objet d'un contrat de travail limité dans le temps ». F. Estienne

Notre sujet étant celui de l'appréhension de la pathologie aujourd'hui, il semble important de nous pencher sur ce qui va permettre justement aux orthophonistes de la mettre au jour : le bilan. Le bilan de langage est un acte indispensable pour la pratique orthophonique et a plusieurs finalités. En plus de s'inscrire dans une perspective administrative, il est fait dans un but de description des compétences et des troubles afin de tenter de saisir l'état de langage du patient et d'édifier, peut-être, un projet de soin. Le bilan va permettre de préciser les symptômes à partir d'épreuves codifiées, normées mais nous verrons que ce n'est pas tout. Le bilan est à la fois standard et particulier et va permettre d'extraire de la subjectivité dans l'objectivité.

3.1. La définition du bilan orthophonique

Le bilan orthophonique est à la fois une investigation qualitative (analyse clinique) et quantitative (passation de tests) des aptitudes d'une personne. Il naît en 1971, de l'initiative des orthophonistes, dans l'objectif de « créer un cadre commun, uniformisé à l'échelon national, qui fût tout à la fois un instrument de travail et une information sur notre profession »¹. Inscrit en 1982 à la nomenclature générale des actes professionnels puis reconnu par le décret de compétences en 1983, le bilan permet à l'orthophoniste de poser un diagnostic : « le bilan est l'indispensable outil clinique qui permet à l'orthophoniste, thérapeute de la communication, l'élaboration d'un authentique diagnostic »². Il « est l'acte fondateur de toute thérapie applicable à l'ensemble des pathologies langagières. Sa place est au cœur même de notre pratique »³. Tout projet thérapeutique nécessite un bilan. Il est indispensable et obligatoire pour prendre en charge un patient. Le bilan orthophonique évolue au fil des années en intégrant à sa démarche les différentes découvertes scientifiques en lien avec la profession et s'adapte, dans un même temps, au sujet en difficulté qui vient rencontrer l'orthophoniste. C'est donc un acte complexe puisqu'il fait appel aux connaissances techniques, scientifiques, humaines, sociales et administratives de l'orthophoniste.

Réalisé sur prescription médicale, le bilan orthophonique est un outil clinique de dépistage, de diagnostic et de prévention. Toute décision thérapeutique s'envisage à partir des observations et de l'interprétation des résultats recueillis lors de la passation du bilan.

¹ ZELLER. *Introduction à la critique du bilan orthophonique. Historique et prospective*. Rééducation Orthophonique. p.100.

² FERRAND cité par AUZIAS Ségolène et LE GARSMEUR Amélie dans *L'évolution du rôle social du test dans la pratique orthophonique*. p.19.

³ Ibid. p.19.

En 2001, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) précise la nécessité de l'existence d'un compte rendu : le « bilan orthophonique fait l'objet d'un compte rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicité mentionnant les tests utilisés et leurs résultats »¹.

Enfin, nous pourrions clore ce chapitre avec l'approche du bilan que donnent P. Ferrand et A.M. Tréanton: « Faire un bilan orthophonique c'est engranger des informations, les définir, les trier, les exploiter, les partager, les communiquer pour être capable de les faire ressurgir au bon moment afin qu'elles stimulent notre imagination professionnelle et s'inscrivent dans notre expérience. Enfin et surtout, faire un bilan orthophonique, c'est ne pas oublier ce qui n'a pas été dit et qui est parfois plus révélateur de l'échec que ce qui a été exprimé »².

Dans le même livre, A.M. Zeller nous amène à concevoir le bilan comme « la base d'un métier sur lequel se tissent les liens entre le rééducateur et l'entourage familial et scolaire, entre le rééducateur et les médecins, entre le rééducateur et toute l'équipe de travail »³. Le bilan orthophonique est donc une rencontre, un moyen d'entrer en relation et en communication avec le patient et sa famille ; tout en étant un outil qui permet, grâce au recueil de tous les éléments, de poser un diagnostic.

3.2. Le déroulement du bilan orthophonique du langage écrit

3.2.1. Du motif de consultation à la demande : prise de rendez-vous et premier entretien

Le travail de bilan commence dès la prise de rendez-vous par téléphone. Les premières paroles peuvent être riches de sens si on prend le temps de les entendre, de les laisser se déployer et de les interroger. Ainsi, l'orthophoniste pourra relever qui l'appelle pour prendre rendez-vous, quelle est la nature de la demande et de qui elle émane (patient, famille, médecin, milieu scolaire ou professionnel). En ce qui concerne les troubles développementaux du langage écrit, la demande émane le plus souvent de l'institution scolaire. La prise de rendez-vous est importante dans le sens où vont apparaître, à travers ce qui est dit et ce qui est omis, des indices sur la nature et les soubassements de cette demande.

Par exemple, pour Guérin, les personnes qui viennent amener la plainte ne sont pas toujours à l'origine de celle-ci. Il précise que : « la plainte est d'emblée un élément

¹ ANES. *Service des recommandations et références professionnelles*. Mai 2001. p.11.

² FERRAND et TREANTON cités par MOULIER Viviane dans *Elaboration d'un test d'évaluation du langage écrit suggéré chez le grand adolescent et le jeune adulte*. p.58.

³ Ibid. p.58.

vivant, qui circule, qui vient faire des liens, que l'on se repasse, quelque chose de bien éloigné finalement d'un simple besoin de rééducation, comme on l'entend parfois »¹.

D'ailleurs R. Diatkine différencie clairement la première raison annoncée qui motive la prise de rendez-vous, c'est-à-dire la plainte ou le motif de consultation, du nœud possible relevant de la pathologie et ne pouvant parfois pas être clairement saisi ou expliqué par les parents : « Les motifs de consultations ne sont jamais aussi clairs qu'ils paraissent à première vue, et l'inquiétude des parents s'accroche à la forme d'expression la plus évidente, même si elle n'est pas la plus grave »².

Demander c'est charger quelqu'un de quelque chose, exprimer le souhait de, le désir de. Il est aussi possible d'exprimer le désir de, sans l'évoquer oralement. De ce fait, il arrive parfois que cette demande ne s'obtienne pas comme ça et qu'il faille se décaler du motif de consultation pour la faire émerger.

La rencontre avec le patient et les parents, lors du premier entretien, se fait donc sur la base d'une plainte, plainte concernant le langage considéré comme défectueux. Cette plainte est rarement apportée par l'enfant lui-même, mais le plus souvent par ses parents³. Elle peut, par exemple, porter une inquiétude « il n'est pas comme les autres enfants de son âge » ou être le fruit d'une exigence sociale comme par exemple de l'école « la maîtresse nous a conseillé de faire un bilan orthophonique ». La plainte peut être suspendue dans une demande de réparation où tout questionnement pourra être vécu comme intrusif et menaçant. Mais elle peut également, à l'inverse, faire éclore des questionnements, des associations d'idées, des liens dans l'histoire familiale, une demande⁴. Cette dernière peut parfois être différente de la plainte initiale : des parents viennent consulter pour un trouble d'articulation et finalement évoquent des difficultés de communication plus générales, le trouble d'articulation est alors relégué à l'arrière-plan. A chaque fois, pour l'orthophoniste, de faire avec.

Cette première rencontre permet donc à l'orthophoniste de dégager les difficultés les plus saillantes, difficultés qui dépassent souvent le cadre scolaire et qui diffèrent du motif de consultation. Il s'agit de s'entendre sur « ce qui ne va pas » et de décider ensemble comment s'y prendre pour tenter d'améliorer la situation. Ainsi, la demande se construit progressivement en fonction de la représentation qu'ont les parents des difficultés de l'enfant et du cadre que le thérapeute leur propose. Lors du bilan, le patient et ses parents doivent pouvoir s'exprimer, se manifester et le thérapeute permettra cette possibilité en créant un espace de rencontre et d'écoute. Une écoute de ce qui est dit mais,

¹ GUERIN Gilles. *D'une plainte à une indication*. p.1.

² DIATKINE René. *Langages et activités psychiques de l'enfant*. p.34.

³ GUERIN Gilles. *Loc.cit.*

⁴ DE TUGNY Anna. *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique : réflexion sur les outils cliniques de l'orthophoniste*. p.86.

également, au-delà c'est-à-dire en entendant ce qui n'est pas dit. C'est grâce à leurs paroles que l'histoire de l'enfant pourra progressivement prendre forme. L'enfant doit lui aussi pouvoir exprimer son ressenti sur ses difficultés, il est important de rechercher ce qu'il peut dire de son trouble. Généralement, il faut du temps pour que l'enfant demande, exprime ses difficultés et ses désirs : « L'analyse de la demande est comme un voyage qui se prépare à partir d'un état présent insatisfaisant, pour obtenir un état désiré en trouvant des moyens pour passer de l'un à l'autre »¹. L'attitude d'écoute bienveillante de l'orthophoniste, en demandant à l'enfant ce qu'il souhaite et en lui accordant une place dans cette rencontre, devrait lui permettre de quitter cette place d'objet pour se positionner dans un statut de sujet désirant. Le dispositif du bilan doit laisser une ouverture pour que l'enfant puisse se manifester en son nom propre².

Cet entretien permet de poser des mots sur les difficultés de l'enfant, moment essentiel pour les parents qui voient leurs inquiétudes, souffrances, difficultés identifiées et reconnues. Selon C. Petit, les paroles qui sont échangées lors de cette rencontre laisseront un repère vers lequel chacun pourra se référer tout au long de la prise en charge, cet entretien étant un lieu d'énonciation qui pose un cadre thérapeutique dans lequel le patient pourra devenir sujet à part entière³.

En outre, l'entretien va permettre à l'orthophoniste de recueillir les renseignements administratifs nécessaires et de constituer une anamnèse en écoutant les informations précieuses sur l'histoire du sujet. L'orthophoniste cherchera entre autres à préciser les étapes développementales du langage de l'enfant afin de mieux comprendre les troubles, l'hérédité pour rechercher d'éventuels antécédents logopathiques, l'environnement familial pour tenter de comprendre son fonctionnement et s'intéressera à l'enfant lui-même en explorant ses antécédents pathologiques, généraux (mode de vie, acquisitions) et sa vie actuelle (vie relationnelle, comportementale). Cette liste n'est pas exhaustive, elle n'est pas un interrogatoire ni un protocole, chaque rencontre, chaque patient et chaque parent étant singuliers.

3.2.2. La passation des épreuves étalonnées : les tests

Pour évaluer le langage écrit, l'orthophoniste doit réaliser un bilan incluant l'analyse du langage oral et aussi, bien évidemment, l'examen du langage écrit afin de déterminer le plus précisément possible la nature des troubles, les chances d'une rééducation et de poser le diagnostic orthophonique. Grâce à l'entretien, l'orthophoniste aura pu déterminer et choisir quelle batterie d'épreuves utiliser pour évaluer le langage oral et écrit de l'enfant, en fonction de sa tranche d'âge et son niveau scolaire.

¹ ESTIENNE Françoise. *La demande en orthophonie*. Orthomagazine n°41

² GUERIN Gille. D'une plainte à une indication. p.2.

³ PETIT Charlotte citée par MOULIER Viviane dans *Elaboration d'un test d'évaluation du langage écrit suggéré chez le grand adolescent et le jeune adulte*. p.63.

Les tests vont permettre de mettre en évidence, d'objectiver un éventuel trouble du langage : en effet, grâce à des épreuves diversifiées et explorant différents degrés d'élaboration du langage, ils peuvent révéler une incapacité à atteindre un certain niveau de performance linguistique. Ils permettent également de poser un diagnostic ou, au moins, d'émettre une hypothèse diagnostique.

Geneviève Dubois apporte une autre justification à l'utilisation de tests : « il y a des « oreilles » et des écoutes d'orthophonistes qui sont parfaitement ajustées à la réalité. Mais il peut y en avoir qui soient mal informées ou déformées... Mal informées parce que encore inexpérimentées, ou déformées parce qu'à vivre au milieu de cas pathologiques, on en perd un peu de vue le normal et l'on finirait souvent par se laisser entraîner par le chemin que nous suggère l'inquiétude parentale »¹. Tout comme l'écoute, le recours aux tests semble indispensable lors du bilan afin d'objectiver un trouble.

3.2.3. Un entretien final

La dernière étape du bilan est un compte rendu. Il permet à l'orthophoniste de restituer à l'enfant et à ses parents les résultats des épreuves et de donner son avis clinique : son diagnostic ou hypothèse diagnostique et un éventuel projet de soin.

L'orthophoniste devra adresser au médecin un compte rendu écrit, argumenté et clairement explicité, qui mentionne les tests utilisés et leurs résultats, le projet et les objectifs thérapeutiques et, éventuellement, des examens complémentaires².

La synthèse des résultats que l'orthophoniste inscrit dans le compte rendu est un document de référence pour plusieurs personnes. D'abord, pour l'orthophoniste lui-même car ce document lui permet d'élaborer son projet thérapeutique et de déterminer les évolutions lors du bilan de renouvellement. Ce compte rendu peut aussi constituer une source d'informations pour les autres orthophonistes si l'enfant change d'orthophoniste en cours de prise en charge. Il est également important pour le médecin qui assure le suivi médical du patient et pour l'enfant et son entourage car c'est un support écrit qui va donner un cadre au compte rendu oral que l'orthophoniste propose à l'enfant et ses parents à l'issue du bilan.

Enfin, cet entretien est un moment d'échange, pendant lequel thérapeute et enfant envisagent le chemin à parcourir pour arriver ensemble au changement souhaité par l'enfant. C'est ce que Françoise Estienne nomme « le contrat thérapeutique » : enfant, parents et thérapeute du langage s'entendent sur le changement à opérer et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Selon elle, le contrat est « mobilisateur d'énergie »³,

¹ DUBOIS Geneviève citée par BELOT Catherine, TRICOT Marie dans *Les tests en orthophonie*. pp.13-14.

² ANES. *Service des recommandations et références professionnelles*. Mai 2001. p.11.

³ ESTIENNE Françoise. *Orthophonie et efficacité: Les fondements d'une pratique*. p.123.

« moyen puissant de motivation »¹ dans le sens où il crée une responsabilité partagée et évite ainsi toute attitude passive.

3.3. L'objectivité dans le bilan de langage : les tests orthophoniques

3.3.1. Définition et caractéristiques des tests

a. Qu'est-ce qu'un test ?

L'évaluation du développement et du fonctionnement langagier du patient implique l'utilisation de tests de langage. Le test est un outil du bilan complémentaire à l'observation clinique.

Le terme de « test » a été utilisé pour la première fois par le psychologue américain McKeen Cattell vers les années 1890. Il concevait le test comme « une série d'épreuves psychologiques destinées à documenter les différences interindividuelles existant entre les étudiants des universités américaines »². Concernant le français, nous pouvons nous appuyer sur la définition de J.A. Rondal qui précise que « Par test, on entend techniquement une épreuve standardisée et étalonnée, permettant de situer une performance individuelle dans une distribution statistique représentative de la population à laquelle appartient le sujet testé »³. Selon R. Zazzo, le test est « une épreuve strictement définie dans ses conditions d'application et dans son mode de notation qui permet de situer le sujet par rapport à une population elle-même définie biologiquement et socialement »⁴.

Les tests permettent d'évaluer donc les caractéristiques propres d'un sujet en référence à une population donnée, dans un ou plusieurs domaines de développement (ici le langage écrit), afin de voir où le sujet se situe. Les tests doivent être construits selon des règles strictes.

D'abord, leur passation doit être standardisée⁵ c'est-à-dire qu'on présente la même tâche à tous les sujets, exactement dans les mêmes conditions et on applique les mêmes critères de correction. Les mêmes conditions signifient la même situation pour tous les sujets, un temps de passation égal, un même enchaînement des items et une même formulation des consignes⁶. Ceci permet d'établir des comparaisons interindividuelles et

¹ ESTIENNE Françoise. *Orthophonie et efficacité: Les fondements d'une pratique*. p.123.

² CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.21.

³ RONDAL Jean-Adolphe. *Orthophonie contemporaine*. p.61.

⁴ BERNARD-TANGUY Laurence, RENIERS Dominique. *Mini manuel de psychologie clinique*. p.140.

⁵ Ibid. p.140.

⁶ CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.21.

de limiter les variations qui peuvent exister d'un clinicien à l'autre ou d'une passation à l'autre.

Le test implique également une normalisation, autrement dit un étalonnage qui consiste à « calibrer une épreuve en l'appliquant à des échantillons de sujets tirés de la population-cible de façon à disposer ensuite de normes d'âge, de sexe ou d'autres classements (variables indépendantes) des individus, pour pouvoir comparer au point de vue considéré les performances individuelles à celles de groupes correspondants »¹. Selon J.A. Rondal, un test qui n'est pas normalisé est une épreuve ; cette nuance n'étant pas toujours prise en compte par les concepteurs d'outils d'évaluation. Il existe deux grands types d'étalonnages normatifs : l'un s'appuie sur la fréquence numérique, l'autre se fonde sur la dispersion des notes.

La normalisation permet donc de construire des références normées des performances. Ces normes ont une valeur limitée dans le temps dans le sens où les caractéristiques de la population utilisée pour la normalisation ne sont pas stables. Il est possible que les normes de tests étalonnés il y a de nombreuses années puissent ne plus correspondre aux performances actuelles, d'où l'importance de nouveaux étalonnages pour que l'évaluation soit la plus juste possible. On peut penser cela pour des domaines tels que l'orthographe justement, domaine pour lequel les exigences scolaires et sociales se sont modifiées.

Il faudra aussi s'assurer de la représentativité de l'échantillon utilisé pour la normalisation et examiner les résultats des patients en fonction de l'échantillon de référence² : des variables telles que le sexe, l'âge, le niveau éducatif et socio-culturel, la langue, la culture sont à prendre en compte parce qu'elles vont permettre de nuancer les résultats obtenus et sans doute d'approcher au mieux la réalité du patient.

b. Qualités d'un test

L'orthophoniste doit comprendre les propriétés psychométriques des tests afin de les utiliser au mieux. Pour constituer un outil d'évaluation valable et être utilisés, les tests doivent présenter un certain nombre de caractéristiques psychométriques ou qualités. Elles sont au nombre de trois: la fidélité, la validité et la sensibilité.

La fidélité renvoie à la stabilité des données que le test permet d'obtenir d'une passation à l'autre. Il s'agit en fait de la reproductibilité : un test est fiable au sens où, administré plusieurs fois, il aboutit essentiellement aux mêmes résultats. Ainsi, plus le test est fidèle, moins des facteurs externes au domaine et à la tâche proposée viendront influencer les performances des sujets. De ce fait, la standardisation est fondamentale pour limiter les erreurs de mesure, inévitables dans tout test.

¹ DUBOIS cité par CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.22.

² CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.23.

Le test doit également répondre au critère de validité qui indique que le test mesure bien ce qu'il est censé mesurer : la validité d'un test concerne les rapports « entre ce que le test mesure en réalité et ce qu'il est censé mesurer (tel que défini par son concepteur) »¹. La validité d'un test est établie grâce à plusieurs méthodes, chacune apportant un certain type d'information.

La validité de contenu ou interne est vérifiée si les items proposés par le test sont appropriés pour évaluer l'aptitude en question. La validité empirique est retenue si on peut établir une corrélation « suffisante » entre les résultats obtenus à ce test et ceux obtenus à partir d'un autre test supposé évaluer la même aptitude. La validité prédictive fait référence à la « valeur du test dans la prédiction du fonctionnement des sujets dans des tâches apparentées à celles évaluées par le test »². La validité conceptuelle ou théorique correspond au modèle théorique qui est à la base de la construction du test. J.A. Rondal regrette ainsi qu'un certain nombre de tests ne reposent pas sur une approche théorique explicite. Un test qui n'est pas validé théoriquement semble moins fiable dans la mesure où il ne détermine pas clairement la base interprétative sur laquelle il est pertinent de l'utiliser. Enfin, la validité d'apparence concerne l'adaptation culturelle du test à la population cible. En somme, la validité permet d'ajuster au mieux les interprétations que l'on peut faire des résultats obtenus par rapport à la réalité.

D'autre part, le test doit répondre à un critère de sensibilité qui correspond à son « pouvoir discriminatif ou classificatoire »³. Ainsi, pour mettre en évidence les différences les plus fines entre les sujets, l'objet du test ne doit pas être trop étendu tout en contenant un nombre suffisant d'items de difficulté variable pour éviter un effet « plancher » (trop d'items difficiles auxquels trop de sujets échouent) ou « plafond » (trop d'items faciles auxquels trop de sujets réussissent). Il s'agit en fait de différencier le plus finement possible les sujets. Ainsi, plus un test donne d'ex-aequo, moins il est sensible. A l'inverse, plus les items du test sont nombreux, plus il y a de chances qu'il mesure des différences entre les sujets et donc plus il est sensible.

En résumé, un test doit être fidèle, valide, sensible, doit permettre la mesure, doit avoir été standardisé et normalisé et être facilement et rapidement administrable. En effet, la passation du test doit être relativement facile et rapide tout en fournissant une évaluation correcte, c'est-à-dire sans restreindre le nombre et la diversité des tâches présentées pour que l'évaluation corresponde à ce que le test est censé évaluer. Il arrive parfois que cette recherche de rapidité donne lieu à une réduction du nombre et de la diversité des tâches proposées au sujet, ceci pouvant affaiblir la qualité du test.

¹ RONDAL cité par DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. p.182.

² CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.25.

³ Ibid. p.256.

3.3.2. Nécessité d'utilisation des tests dans le bilan orthophonique

a. Pourquoi avons-nous besoin des tests ?

«A l'âge scolaire, langage oral et langage écrit doivent être évalués concurremment »¹. Ainsi, il est important de préciser une nouvelle fois que, face à des troubles qui semblent se concentrer sur l'écrit, l'orthophoniste doit évaluer le langage oral aux côtés du langage écrit. Ceci dans la mesure où l'on sait que des difficultés en langage oral peuvent se transposer en modalité écrite, peuvent ressurgir dans le langage écrit. En effet, le langage écrit partage certaines composantes avec le langage oral, d'où la nécessité d'évaluer celui-ci. Pourquoi avons-nous besoin des tests?

Les tests sont incontournables pour explorer le langage oral et écrit, dans ses composantes les plus simples aux plus complexes, dans le sens où les troubles et la plainte du patient ne sont pas toujours évidents. En effet, leur utilisation se justifie parce que « la pathologie du langage n'est pas obligatoirement massive et que le désordre du langage peut ne pas apparaître »².

Nous l'avons vu au-dessus, l'utilisation des tests répond également au besoin qu'a l'orthophoniste de référer, de comparer, les productions de ses patients par rapport à une norme afin de ne pas être ni trop tolérant, ni trop soupçonneux. L'usage de tests permet de garantir la stabilité des comparaisons pour atteindre une évaluation de qualité, la moins biaisée possible. Ainsi, les tests fournissent des repères concrets par rapport à une norme à tous les thérapeutes, expérimentés ou non. Les résultats du patient au test sont alors examinés de manière objective et impartiale afin de lui proposer, si nécessaire, une prise en charge adaptée et fondée sur ses compétences et incompétences dans le domaine du langage. Les tests permettront également d'apprécier l'évolution du patient en cours de prise en charge.

Grâce aux épreuves, l'orthophoniste tentera donc d'appréhender les atteintes éventuelles du langage et les performances linguistiques globales du patient en un lieu donné et à un moment donné.

Le bilan orthophonique doit prendre appui sur des tests puisque les pathologies du langage n'obéissent pas à des critères spécifiques et systématiques³. Chaque patient présente des difficultés, un trouble, une pathologie qui lui sont propres, c'est-à-dire apparaissant dans des circonstances précises et ayant une évolution spécifique selon les individus et la pathologie sous-jacente. Le bilan a, entre autres, pour objectif de mettre en

¹ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan. Evaluation de l'orthographe d'après *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques*. p.199.

² BELOT Catherine, TRICOT Marie. *Les tests en orthophonie*. p.13.

³ CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.31.

évidence ces troubles, ceux-ci ne pouvant être justifiés qu'en comparaison à une norme correspondant à des chiffres fournis par un étalonnage, ce que fournit le test.

Cependant, nous avons vu dans la première partie de ce mémoire que la norme est loin de se limiter aux chiffres fournis par les tests. Il existe d'autres dimensions sous-tendant la norme, plus sociale et psychologique, qui font que le patient est en souffrance lorsqu'il se sent hors norme ou quand il est considéré comme tel. Le thérapeute évalue donc, de façon globale, les écarts à la norme chiffrée mais doit également tenir compte de cette norme sociale. D'ailleurs, la normalité mise en évidence par le test peut permettre de calmer les inquiétudes liés aux difficultés du sujet et recadrer les attentes par rapport à la norme sociale.

En résumé, les tests permettent l'évaluation en orthophonie. L'évaluation est un acte clinique qui vise à apprécier les performances langagières de l'individu au moyen de tests ou de grilles d'analyse¹. L'évaluation permet à celui qui la propose d'obtenir des informations sur les niveaux de performances, de compétences, de fonctionnement d'un sujet ainsi que sur son niveau de représentation des différents éléments évalués. Tout ceci dans le but d'affiner le diagnostic et de concevoir la prise en charge à mener.

b. L'évaluation de l'orthographe à travers les tests

En langue française, les tests et batteries permettant l'évaluation du langage sont relativement nombreux. C. Chevrie-Muller et J. Narbona remarquent que les outils, correctement étalonnés, ont longtemps été axés sur le résultat (scolaire) obtenu plutôt que sur les stratégies utilisées par l'enfant pour y parvenir. Ils observent toutefois qu'un certain nombre d'instruments d'évaluation, plus récents en général, permettent de mettre en évidence certains des fonctionnements troublés ainsi que les stratégies adoptées par les enfants au cours de l'épreuve².

Concernant l'évaluation de l'orthographe plus précisément, on peut déjà préciser que les travaux théoriques et cliniques ont été moins nombreux dans cette composante du langage écrit qu'en lecture. A l'instar de la lecture, l'orthographe peut être évaluée dans différents contextes. Il est d'ailleurs intéressant de proposer chacune de ces épreuves pour avoir une évaluation complète de l'orthographe.

Nous pouvons la tester à travers les épreuves de dictée, autrement dit en demandant aux enfants d'écrire des lettres, des syllabes, des mots isolés, des logatomes, des phrases ou des textes, toutes ces possibilités n'étant pas proposées dans chaque test.

¹ CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie*. p.31.

² Ibid. p.199.

La transcription de logatomes (épreuve du L2MA entre autres) permet d'évaluer les compétences d'assemblage, autrement dit les compétences de conversion phonèmes-graphèmes¹.

La transcription de mots (épreuves de complétion de phrases dans la BELEC, d'évocation écrite dans l'ANALEC ou de dictée de mots dans l'ORLEC) permet d'évaluer le stock orthographique de sortie. Les listes de mots isolés sont constituées à partir de mots variant du point de vue de leur fréquence, de la régularité des correspondances phonèmes-graphèmes et parfois de leur longueur. Ceci permet d'observer la maîtrise qu'a l'enfant de l'orthographe de mots réguliers et irréguliers, rares et fréquents afin de relever les stratégies d'écriture privilégiée en orthographe lexicale.

L'épreuve consistant en une dictée de phrases (ANALEC, ORLEC, Chronosdictées) ou de textes (« Le corbeau » du L2MA) permet d'analyser la notion de segmentation de la phrase en mots, d'apprécier le système morphosyntaxique du patient. Comme l'enfant est confronté à plusieurs tâches simultanées, ces épreuves de dictée de phrases et de textes permettent aussi d'évaluer le niveau d'automatisation de certaines de ces tâches (conversion phonographémique, accès au lexique orthographique...)².

L'orthographe peut également être évaluée en production spontanée (description écrite d'une image, texte rédigé spontanément). Cette épreuve de langage écrit libre permet d'avoir un aperçu des compétences générales de l'enfant en langue écrite de manière moins contraignante que sous dictée.

Dans toutes ces épreuves, on analysera les compétences de l'enfant (phonétiques, lexicales, grammaticales, de récit), celles-ci étant dépendantes des compétences en langage oral, mnésiques, attentionnelles. On observera aussi le degré d'automatisation de l'écrit car plus l'écriture et l'accès au lexique sont automatisés, plus cela libérera de ressources cognitives qui permettront à l'enfant de réfléchir sur son écrit, et notamment sur la morphosyntaxe. Enfin, ces épreuves permettront au thérapeute de relever les stratégies de l'enfant (compensation, autocorrection, relecture).

3.4. Limites des tests et subjectivité dans le langage

3.4.1. La question des instruments de mesure

Aujourd'hui, grâce aux recherches et aux progrès des connaissances dans beaucoup de disciplines (science, linguistique, psychologie), il devient possible de proposer aux patients des outils d'évaluation de plus en plus précis. Tandis que certains pensent qu'un test ne mesure que lui-même, d'autres ne jurent que par les chiffres obtenus lors des épreuves standardisées.

¹ TOUZIN Monique. *Le bilan orthophonique*. Rééducation orthophonique. p.48.

² Ibid. p.48.

Penser outil c'est penser efficacité, spécialisation. Pourtant, A. Devevey précise que « dans le domaine des sciences humaines, un outil est le plus souvent un bricolage expérimental, élaboré en vue de rendre « expérimentables » des concepts particulièrement flous »¹.

La première difficulté rencontrée lors de la fabrication d'un test va être celle concernant la constitution d'un groupe de référence. Elle est liée à la nécessité d'étalonner des moyennes de performance langagière qui constitueront la « norme ». Il s'agit de sélectionner dans une population des sujets prototypiques censés représenter cette population. Traditionnellement, on exclut des échantillons les sujets qui s'écartent trop du « locuteur/scripteur moyen » soit les personnes sourdes, dysphasiques, dyslexiques, etc., c'est-à-dire toutes celles qui seront susceptibles, un jour, de subir la passation du protocole qu'on est en train de mettre en place. Il est évident qu'inclure ces personnes dans l'échantillon ou constituer des échantillons de sujets porteurs de pathologies spécifiques pour créer des normes propres à chacune d'elles serait une erreur. Mais les psychométriciens d'accordent à reconnaître ce phénomène. Ainsi, Grégoire mentionne l'importance d'être prudent quant à nos interprétations des écarts à la norme : « nous avons impérativement besoin d'un étalonnage pour graduer nos échelles de mesure, ce qui va entraîner que, par essence, nos mesures sont relatives puisque un score n'a de valeur que par rapport à celui des autres individus de la population. En conséquence, nos mesures sont nécessairement relative dans l'espace et dans le temps »². La relativité liée au temps fait référence à l'augmentation générale des performances des générations à un même outil avec le temps ou « effet Flynn » et la relativité liée à l'espace correspond à la « culture » au sens large du terme.

Malgré tout, le rôle des tests est de mesurer une éventuelle déviance de performance d'un sujet dit ainsi « pathologique » par rapport à la moyenne d'un groupe de référence. On compare les performances de sujets porteurs de pathologie du langage aux performances de sujets qui n'en sont a priori pas porteurs. Le seuil de pathologie est caractérisé à partir de moins deux écarts types par rapport à la moyenne pour se donner une marge de sécurité confortable. C'est ainsi que fonctionne la loi de distribution normale sans laquelle le test perdrait sa validité.

De ce fait, aucun test ne peut rendre compte de la compétence propre du sujet, c'est-à-dire de sa manière singulière d'utiliser le code linguistique³. Les personnes qui consultent l'orthophoniste sont, quel que soit le motif, des locuteurs et des scripteurs. Des locuteurs et des scripteurs maladroits dans l'usage qu'ils font du système. Le rôle du thérapeute consiste d'abord à reconnaître et apprécier les compétences singulières du

¹ DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ?* p.2.

² Ibid p.6.

³ Ibid. p.6.

sujet, autant que de mesurer l'écart entre ses performances à une épreuve et celles de locuteurs ou de scripteurs qui ne lui ressemblent pas forcément¹.

Une fois l'échantillon constitué, l'autre problème va être de rendre la compétence que l'on veut mesurer « expérimentalisable ». Généralement, on teste les différents modules en se fondant sur un modèle théorique (lui-même souvent mis au jour à partir de résultats expérimentaux à des épreuves similaires à celles que nous devons créer) : « Certains tests permettent d'aborder les différentes composantes de la langue (phonologie, lexicale, morphosyntaxe, etc.) en une batterie dite composite. Cette décomposition est souvent dépendante du modèle de fonctionnement langagier auquel se réfèrent les auteurs du test »². Dans le même ordre d'idée, Les Ateliers Claude Chassagny évoquent la diversité des théories du langage et donc le fait qu'il n'existe pas un seul et unique modèle de référence. Dès lors, un test n'est jamais neutre et sa conception traduit obligatoirement une option théorique. Selon A. Devevey, tous les modules n'autorisent pas l'élaboration d'expérimentations : les contraintes de la psychométrie vont réduire l'évaluation à certains d'entre eux et privilégier certaines pratiques aux dépens d'autres. Que cela concerne le langage oral ou le langage écrit, il précise l'importance de jauger l'écart entre les compétences qui entrent en jeu dans la réalisation d'un acte du langage et celles impliquées dans la réalisation de l'épreuve elle-même³ : « L'évaluation structurale de la langue cherche à faire un constat des connaissances linguistiques du sujet, indépendamment des conditions de compréhension et de production langagières. Ceci signifie que les tâches sont proposées en dehors du contexte d'une interaction et qu'elles visent à évaluer la compréhension et la production de certaines unités de la langue »⁴.

L'utilisation de tests normés permet donc de définir des normes de développement de telle ou telle compétence du langage, exprimées en norme d'âge (un niveau d'orthographe de 6 ans pour un enfant de 9 ans) ou en notes standards (une note à -2 écarts types par rapport à la moyenne indique une dysfonction). Nous l'avons vu, si la référence à une norme est indispensable, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats aux tests. Ceci dans la mesure où le langage se développe de manière informelle et est sensible à de multiples variables. Ainsi, le lien entre l'âge et le développement des compétences langagières n'est pas parfaitement parallèle : le langage passe par des stades d'accélération et de paliers alors que l'âge évolue de manière constante⁵. L'interprétation des performances d'un enfant à une épreuve de langage ne peut se réduire à le situer selon la distribution des résultats d'un échantillon contrôle. D'autant plus que des notes relativement homogènes à une batterie de langage n'évoquent

¹ DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ?* p.7.

² DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*.p.258.

³ DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. Loc.cit.

⁴ Op.cit. p.255.

⁵ GREGOIRE cité dans *Le bilan de langage oral de l'enfant de moins de 6 ans*. Rééducation orthophonique. p.17.

pas le même profil langagier que des résultats hétérogènes. En effet, par exemple, des résultats homogènes en seuil de pathologie peuvent exprimer un retard mental alors que des notes disparates peuvent renvoyer à un trouble spécifique.

D'autre part, nous allons voir qu'il convient de prendre en compte, dans toute interprétation des performances à des tests psychométriques, la dimension relationnelle et le choix ou l'impossibilité du sujet à s'adapter à une demande normée d'évaluation.

3.4.2. La subjectivité du langage

Bien que les tests représentent des outils de mesure de plus en plus précis, l'orthophoniste doit garder à l'esprit que les tests mesurent les capacités et incapacités d'un patient à un moment donné, dans un cadre donné.

Quand l'orthophoniste analyse la langue d'un patient à travers les tests, il teste ce qu'il est capable de faire, comprendre, produire dans une situation bien particulière. Et ce patient va donner des réponses en rapport avec l'instant présent et ses possibilités à cet instant. On pourrait dire que la situation de bilan est a-normale. Certaines mesures peuvent bien illustrer ce fait avec des résultats différents lors d'un re-test¹.

En situation de bilan, le patient peut être stressé, répondre à des éléments qui ne correspondent pas à ses habitudes et qui, pour certains tests, apparaissent très éloignés de sa vie quotidienne. Le patient peut également se trouver dans une situation qui le perturbe, le dérange ou le déstabilise pour de multiples raisons. Ainsi, l'examen de ses potentialités peut se retrouver biaisé puisqu'on ne se trouve pas dans une situation naturelle quand on est en bilan.

De ce fait, beaucoup s'accordent sur le fait que le bilan doit s'appuyer sur deux types d'analyse complémentaires : l'analyse qualitative et quantitative.

Bien qu'elles ne soient pas suffisantes, les épreuves étalonnées vont permettre de quantifier les productions du patient, de donner aussi des informations précises concernant certains paramètres comme la vitesse de traitement de l'information par exemple. Elles fournissent également à l'orthophoniste des éléments qualitatifs, comme le types d'erreurs dans le « Chronosdictées » par exemple, autant d'indices essentiels à la compréhension du profil du patient. D'autre part, les patients pourront trouver une référence à une norme, à une typologie, ce qui peut leur permettre parfois de mieux comprendre la démarche clinique de l'orthophoniste. Par ailleurs, nous l'avons vu, les tests et l'objectivité qu'ils impliquent aideront l'orthophoniste à poser un diagnostic face

¹ THIBAUT Marie-Pierre. *Vers un bilan idéologiquement maîtrisé ?* Rééducation orthophonique. p.164.

à des pathologies diverses, des expressions et des degrés différents au sein d'une même pathologie.

Toutefois, l'utilisation d'épreuves ne doit pas supplanter le sens clinique de l'orthophoniste. Celui-ci prend toute sa force et sa valeur lors de l'analyse qualitative, difficilement quantifiable mais indispensable. Le langage d'une personne, oral ou écrit, n'est pas totalement objectivable.

En effet, nous savons que le langage est constitutif de l'être humain qui s'y trouve inscrit d'emblée. Tout au long de sa vie, c'est dans et par le langage que chaque personne construit son identité, son rapport au monde et aux autres. Ainsi, le langage ne peut être entièrement réduit à un ensemble de fonctions instrumentales ou cognitives évaluables en tant que telles.

D'autre part, le langage va au-delà de la connaissance et la maîtrise de la langue puisque toute production ou compréhension d'énoncé est prise dans une énonciation. Et le lien entre l'énoncé et l'énonciation n'est pas appréhendé dans les épreuves standardisées étant donné que celles-ci engagent des réponses prédéfinies.

Il y a également le fait que l'échange langagier ne correspond pas à une communication parfaitement maîtrisable car le maniement symbolique de la langue implique la subjectivité des locuteurs, contient de l'implicite, met en jeu la polysémie, permet l'ironie, l'humour. Et cet aspect du langage, cette mobilité inhérente au langage n'est pas ou très peu saisie par les tests aux consignes et questions voulues univoques¹.

De plus, le langage suppose l'altérité donc son appropriation et son évaluation ne peuvent se passer de l'adresse et de l'écoute. L'évaluation du langage doit prendre appui sur une rencontre intersubjective que seule l'application de tests ne permet pas.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas possible d'objectiver totalement le langage : « Quoi qu'il en soit, in fine, on n'évaluera jamais et avant tout que la capacité d'un sujet à réaliser la tâche à laquelle on le soumet, à un instant donné et dans des conditions particulières »².

Dès lors, un solide travail d'observation (tout ce qui est dit, fait mais aussi tout ce qui ne l'est pas), dans le cadre d'une authentique rencontre, permet d'appréhender son acquisition et ses entraves. Ce travail d'observation permet à l'orthophoniste d'affiner un diagnostic orthophonique et d'ébaucher un projet thérapeutique. Cette analyse, parfois

¹ Ateliers Chassagny. *Bilan de langage : Les épreuves étalonnées s'imposent-elles ?*

² DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ?* p.15.

longue, souvent multifactorielle, complexe et subjective appartient pleinement au travail de diagnostic de l'orthophoniste.

Ainsi, lors du bilan, l'orthophoniste reçoit une personne en souffrance dans son langage, lui confère une place de sujet parlant et cherche à repérer et relier les éléments cliniques qui se révèlent dans cette rencontre. Cette démarche l'amène ensuite à la rédaction d'un compte rendu de bilan orthophonique, témoignant d'une élaboration clinique. Les textes encadrant la profession laissent à l'orthophoniste le libre choix concernant les outils à utiliser pour établir le diagnostic et s'il juge pertinent ou non d'inclure des données chiffrées à son bilan. Chaque orthophoniste construit sa démarche clinique : « Tout l'art de l'orthophoniste réside dans cette trilogie : savoir comprendre, savoir mesurer, savoir analyser pour ensuite apporter notre compétence et notre soutien au patient et à son entourage »¹.

3.5. Entre rigueur scientifique et intuition clinique, le rapport entre quantitatif et qualitatif

Depuis le début des années 90, la pratique orthophonique fondée sur des épreuves sous-tend la démarche d'évaluation et de soin. En 2001, l'ANAES² a publié des « recommandations » suggérant aux cliniciens de « renforcer leur pratique clinique individuelle par une meilleure prise en compte des données objectives et par une démarche scientifique plus rigoureuse »³. Elle a recommandé la mise au point d'outils d'évaluation répondant à des critères stricts de validation. Ainsi, les tests et les batteries créés par la suite ont tenté d'intégrer ces recommandations dans leur structure, leur application et l'interprétation de leurs résultats.

Aujourd'hui, le discours de la société reste très tranché concernant les troubles du langage : toute difficulté, notamment dans l'apprentissage de la langue écrite, est considérée comme une anomalie à réparer, rééduquer ou compenser. Dès lors, poussés par une quête normative à tout prix, les auteurs des tests en orthophonie s'efforcent à définir moyennes et écarts types dans les tests⁴. Et cette recherche de standardisation, de normalisation implique que chaque symptôme langagier doit correspondre à un diagnostic et relever ainsi d'une prise en charge adaptée.

D'un autre côté, ces recommandations induisant une approche toujours plus rigoureuse, objective, scientifique interrogent certains orthophonistes : « la rigueur statistique des étalonnages, ces corrélations multiples, ces courbes gaussiennes, ces écarts

¹ THIBAUT Marie-Pierre. *Vers un bilan idéologiquement maîtrisé ?* Rééducation orthophonique. p.164.

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

³ Collectif d'auteurs. *Le bilan de langage oral de l'enfant de moins de 6 ans.* Rééducation orthophonique. p.26.

⁴ DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ?* p.15.

types indicateurs du niveau de pathologie et ces profils diversifiés, ne risquent-ils pas de rétrécir, voire d'effacer peu à peu, en bridant la liberté du clinicien, l'espace dévolu à l'observation clinique ? »¹.

Nous l'avons vu, le bilan gagne à être objectivé par des tests pour être mieux déchiffré mais ne doit pas être réduit à ceux-ci. Il ne peut se résumer à des épreuves standardisées et étalonnées, aussi précises soient-elles, dans le sens où le langage n'est pas extérieur à l'individu. Il n'est pas seulement un système fonctionnel de communication, il est par essence subjectif. D'ailleurs, l'imprécision métrique de nombreux tests, liée à la difficulté à définir, limiter et évaluer le langage normal et au fait qu'ils ne renseignent pas sur l'investissement langagier de l'enfant, sur son évolution et sur la dynamique de son langage actuel, semble inévitable. Il est important d'en avoir conscience. Or, selon A. Devevey et L. Kunz, la tendance actuelle, à propos des mesures qui consistent à quantifier les performances langagières d'un sujet, renforcée par la nécessité de la contrainte conventionnelle, tend à entretenir la confusion entre norme et score vrai.

Finalement, toutes ces questions, soulevées par les épreuves normalisées, rappellent que les concepts psychométriques demandent une bonne compréhension dans leurs interprétations et une connaissance des limites des tests. D'ailleurs, selon J.A. Rondal, il est important que l'orthophoniste ait conscience des forces et des faiblesses des instruments d'évaluation qu'il utilise et des principes qui régissent l'élaboration des tests. Tout cela pour tenter de maîtriser, en partie, l'erreur systématique inhérente à tout instrument de mesure². Le bilan orthophonique consiste finalement à « croiser » l'objectivité de la mesure, jamais totale, avec la subjectivité de la rencontre.

¹ Collectif d'auteurs. *Le bilan de langage oral de l'enfant de moins de 6 ans*. Rééducation orthophonique. p.26.

² RONDAL. Orthophonie Contemporaine. p.64.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

L'objectif de ce mémoire est, à travers une réflexion théorique et nos expérimentations, d'essayer de mettre au jour et de comprendre les distorsions qui peuvent fréquemment exister entre le motif de consultation initial, le profil que l'orthophoniste obtient aux tests normés et la réalité clinique d'un même enfant. De ce fait, à travers la partie théorique, nous avons essayé de réfléchir sur ce qui pouvait être à l'origine de ces distorsions.

Ainsi, nous avons vu que la pathologie se définissait en référence au normal qui se situait dans des marges de valeur dont les frontières étaient imprécises, mouvantes et aussi relatives que subjectives. En effet, loin d'être neutre et constante, la normalité est intimement liée aux représentations et aux idéaux d'une société à un moment donné. Cette relativité tient aux différents facteurs qui entrent en jeu lors de l'établissement de normes, notamment langagières: données objectives concernant le langage, souvent quantitatives et liées aux usages les plus fréquents, critère historique, social, économique, culturel ainsi qu'individuel.

A travers l'histoire des conceptions de la pathologie et l'approche d'autres manières d'appréhender le pathologique, nous avons donc pu mettre en évidence que la frontière entre le normal et le pathologique était mouvante dans le temps et dans l'espace : d'une culture à l'autre et d'une période à l'autre. Et comme toute frontière, elle est sujette à des fluctuations : ce qui est franchement pathologique ici et maintenant peut être au seuil de la norme en un autre lieu et un autre temps. Et finalement, nous avons observé que la pathologie oscillait toujours entre deux pôles : d'une part l'éprouvé singulier, caractérisé par une sensibilité individuelle, d'autre part, l'écart à la norme, objectivable.

Dès lors, en matière de langage, les limites entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas ne sont pas si évidentes, si immuables puisque celles-ci dépendent en partie des représentations qu'ont les individus de la norme, de ce que signifie bien/mal écrire, des tournures que nous pouvons, devons ou devrions utiliser.

Puis, nous nous sommes intéressés au développement du langage écrit et de l'orthographe et en avons dégagé toute sa complexité. Au-delà des nombreuses compétences cognitives et instrumentales qu'il nécessite, il requiert également, de la part de l'enfant, une inscription dans le système symbolique de l'adulte. Ainsi, pour pouvoir écrire, l'enfant doit non seulement maîtriser l'aspect formel de la langue, c'est-à-dire connaître les règles, mais aussi les avoir investies pour les intégrer dans un discours compris de soi-même et d'autrui. Dès lors, les points d'achoppement peuvent être nombreux.

D'ailleurs, nous nous sommes penchés ensuite sur les définitions concernant le trouble spécifique de l'orthographe qui, parallèlement aux connaissances, ne cessent d'évoluer avec le temps. Nous avons pu mettre en évidence que certaines définitions ne donnaient pas de critères diagnostiques précis laissant ainsi une marge de fluctuation concernant leur utilisation. D'autre part, à travers les définitions du trouble de l'orthographe, nous avons eu l'occasion de constater des orientations différentes

concernant ce trouble. Ceci est relativement intéressant pour notre mémoire dans le sens où chacune des définitions tente de déterminer comment se trouve posée la pathologie orthographique dans ses rapports avec la norme. Et bien qu'elles aient pour but d'objectiver un trouble, nous avons observé qu'elles intègrent également, chacune à leur manière et à différents degrés, la subjectivité qu'implique inévitablement la pathologie. D'ailleurs, cette partie nous a également permis d'appréhender le fait que les enfants présentant une dysorthographe ne sont pas seulement des enfants qui font de nombreuses erreurs d'orthographe. Ceux-ci sont en porte-à-faux avec un système qui est le système symbolique de l'adulte.

Enfin, à travers une réflexion sur les tests normés et leur portée, nous avons pu mettre en évidence que, bien qu'ils soient essentiels dans le bilan, ils demeurent insuffisants dans le sens où le langage n'est pas extérieur à l'individu, il est constitutif de l'être humain qui s'y trouve inscrit d'emblée. Tout au long de sa vie, c'est dans et par le langage que chaque personne construit son identité, son rapport au monde et aux autres. Ainsi, le langage ne peut être entièrement réduit à un ensemble de fonctions instrumentales ou cognitives évaluables. D'ailleurs, bon nombre d'auteurs ont insisté sur l'inévitable imprécision métrique de nombreux tests, liée à la difficulté à définir, limiter et évaluer le langage normal et au fait qu'ils ne renseignent pas sur l'investissement langagier de l'enfant, sur son évolution et sur la dynamique de son langage actuel.

Cette première partie du travail nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle : **dans l'identification de la pathologie écrite, il existe un écart entre la représentation qu'ont les enseignants de la norme et la norme relative au test orthophonique.**

Notre but est donc de mettre au jour, à travers nos expérimentations, cet écart entre la perception du niveau des élèves et de leurs éventuelles difficultés par les enseignants et le profil que l'orthophoniste obtient au test normé.

PARTIE EXPERIMENTALE

I. La première expérimentation

1. Les objectifs de l'étude

Afin de vérifier notre hypothèse de départ selon laquelle il existe un écart entre la représentation qu'ont les enseignants de la norme et la norme établie par le test étalonné, nous avons mis en place une première expérimentation consistant à proposer un test d'orthographe, utilisé par les orthophonistes, à des enfants perçus comme de bons élèves par leur enseignant.

Ainsi, notre première expérimentation vise à **objectiver, par le biais d'un test d'orthographe normé, des éléments significatifs d'une pathologie orthographique chez des enfants perçus comme de bons élèves par leur enseignant, c'est-à-dire supposés se situer dans la moyenne érigée par ce test.**

Cette expérimentation a pour objectif de confirmer ou d'infirmer ce qui avait été observé durant nos stages ainsi que dans deux précédents mémoires, à savoir des distorsions dans l'identification de la pathologie:

Dans le premier¹, l'étudiante avait pu trouver des personnes dysorthographiques ayant atteint un certain niveau d'étude sans jamais avoir bénéficié de suivi orthophonique. Autrement dit, elle s'est intéressée à la pathologie orthographique chez des adultes, cette dernière étant passée inaperçue pendant toute leur scolarité.

Le deuxième mémoire² a, quant à lui, mis en évidence, à son insu, des éléments significatifs d'une pathologie orthographique pour l'ensemble des textes de sa population de référence, non suivie en orthophonie. Toutefois, les textes concernés n'étaient pas issus d'une épreuve normée d'orthographe.

Par conséquent, nous aimerions déterminer si, à l'aide d'un test étalonné d'orthographe, nous pourrions relever des performances significatives d'une pathologie orthographique chez de bons élèves. Si tel était le cas, cela viendrait en partie confirmer l'hypothèse que nous avons émise.

¹ GEOFFROY Elodie. Mémoire 2014, Nice. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*

² DUCHAMPS Charlotte. Mémoire 2011, Nice. *D'ici et d'ailleurs : le voyage des mots : pathologie du langage écrit chez les enfants de migrants*

2. La présentation de l'étude

2.1. La population de l'étude

2.1.1. Le choix du niveau scolaire

Pour mener notre expérimentation, nous avons choisi quatre classes de CM1 car il nous paraissait pertinent d'analyser les compétences orthographiques des élèves à ce niveau d'apprentissage. En effet, en CP, CE1 et CE2, les performances des enfants en orthographe sont encore trop faibles. Selon l'INSERM, bien que l'écriture soit travaillée en primaire, le graphisme de certaines lettres reste difficile jusqu'en CE2. D'autre part, des études de Pothier montrent que ce n'est qu'à partir de la fin du CE2, du début du CM1 que nombre de règles grammaticales sont appliquées par la majorité des enfants.

2.1.2. Le choix des écoles

Les écoles dans lesquelles ont été effectuées les passations se situent toutes dans la région de Nice. Nous sommes entrés en contact avec les enseignants par l'intermédiaire des psychologues scolaires en grande partie. Afin de représenter au mieux la population de Nice et alentour, nous avons tenté de trouver des écoles dans différents quartiers de Nice ou de villes proches.

Ainsi, quatre enseignants ont accepté de nous accueillir. La passation s'est donc effectuée dans ces quatre classes de CM1 des écoles primaires publiques de La Mantega (quartier La Mantega), Righi (quartier Pessicart), Saint-Roch 2 (quartier Saint-Roch) et Denis Delahaye (La Trinité).

2.1.3. Le choix de l'échantillon

Nous avons choisi d'effectuer notre recherche auprès d'enfants considérés comme de bons élèves par leur enseignant. Ainsi, nous laissons à l'enseignant le libre choix du nombre d'enfants qui participerait à la passation selon le nombre de bons élèves que celui-ci estimait avoir dans sa classe. Trente enfants ont donc participé à notre étude. Aucun des enfants sélectionné par les instituteurs n'est actuellement suivi en orthophonie.

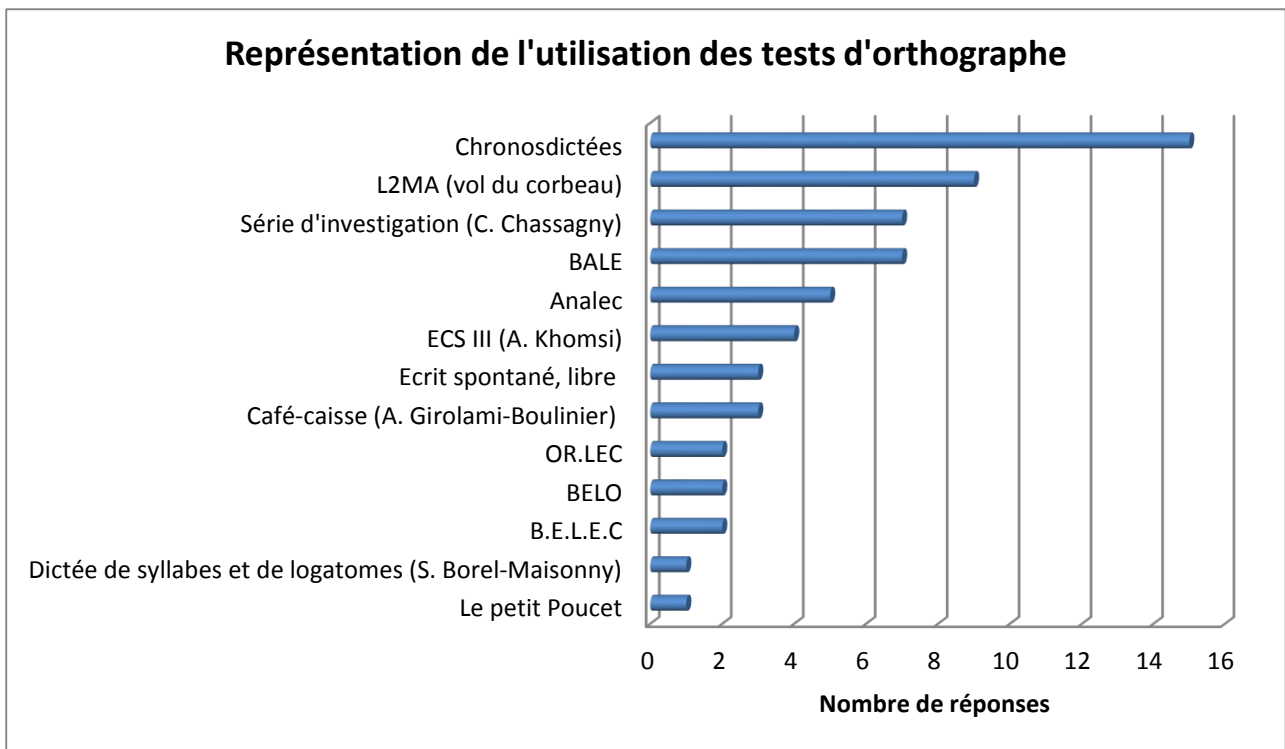
2.2. Le matériel

2.2.1. Le choix du test

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons besoin d'utiliser un test d'orthographe étalonné et qui soit fréquemment utilisé par bon nombre d'orthophonistes.

De ce fait, nous avons contacté des orthophonistes exerçant sur Nice ou dans d'autres villes, par téléphone et par mail, pour avoir une idée des tests classiquement utilisés pour évaluer l'orthographe d'enfants en CM1 et afin de pouvoir en sélectionner un.

Nous avons eu 27 réponses qui mettent en évidence une utilisation préférentielle du test « Chronosdictées » pour évaluer l'orthographe. Les réponses sont reportées dans le graphique ci-après en sachant qu'un grand nombre d'orthophonistes a cité plusieurs tests.



2.2.2. La description du test

Le « Chronosdictées » est un outil d'évaluation des performances orthographiques, avec ou sans contrainte temporelle, étalonné du CE1 à la classe de troisième et paru en 2006. Les auteurs de ce test sont deux orthophonistes, B.Baneath et C. Boutard, et un praticien hospitalier, C.Alberti. Ce test propose une modalité d'évaluation basée sur une dictée de phrases.

Grâce à ce test, les auteurs aspirent à fournir aux orthophonistes un outil précis concernant l'aspect « fonctionnel » de la transcription permettant :

- De quantifier l'impact du facteur « temps » sur la qualité de la transcription.
- D'argumenter des demandes de tiers-temps lors des épreuves aux examens.
- D'affiner des objectifs rééducatifs et d'organiser des adaptations en milieu scolaire.
- De justifier la poursuite d'une rééducation durant parfois depuis longtemps.

- D'initier une telle rééducation face à des difficultés peu apparentes.
- D'objectiver une progression¹.

Ce test propose donc une évaluation de l'orthographe basée sur une dictée de phrases avec ou sans contrainte temporelle. Deux dictées par tranche d'âge ont été élaborées :

- La dictée « A » dont les conditions de passation ne comportent aucune contrainte temporelle. L'orthophoniste dicte les phrases à l'enfant, en adaptant son débit au rythme de celui-ci.
- La dictée « B » qui a été enregistrée en se basant sur la vitesse moyenne d'écriture, évaluée en graphomotricité, en fonction du niveau de classe (45 lettres/min pour le CM1 par exemple). Ainsi, elle impose un rythme de passation tel que l'enfant peut le rencontrer en milieu scolaire. Cette dictée enregistrée sollicite une attention auditive beaucoup plus soutenue de la part de l'enfant dans le sens où l'orthophoniste ne peut intervenir pour répéter, par exemple, un mot qui aurait été mal perçu.

Les deux dictées, appariées en longueur et équilibrées en difficultés, ont été élaborées en respectant une progression dans les apprentissages des enfants en école primaire concernant l'orthographe phonétique, l'orthographe lexicale et morphosyntaxique. Ainsi, différents éléments ou difficultés sont progressivement introduits dans les phrases du CE1 au CM2.

Les erreurs orthographiques sont réparties en plusieurs catégories :

- Erreurs phonétiques
- Erreurs d'usage
- Erreurs syntaxiques
- Erreurs de segmentation
- Erreurs d'omission

En ce qui concerne le développement et la standardisation, les dictées ont été proposées à des enfants et à des adolescents suivant un cursus scolaire normal dans des établissements « comportant une certaine mixité sociale »². Aucun critère d'exclusion n'a été retenu concernant cette population de référence, tels qu'une prise en charge orthophonique ou un redoublement, dans l'objectif de constituer un échantillon d'une population tout-venant.

¹ Préface du manuel du « *Chronosdictées* ».

² Manuel du « *Chronosdictées* », p.23.

Du CE1 au CM2, les épreuves ont été normalisées auprès de 483 enfants dont la répartition par sexe et par classe ainsi que l'âge moyen sont présentés dans le tableau suivant :

	CE1	CE2	CM1	CM2	EFFECTIF TOTAL
Garçons	57	69	60	59	245
Filles	61	53	63	61	238
Effectif total	118	122	123	120	483

Age moyen	7 ans 7	8 ans 8	9 ans 8	10 ans 8
Ecart type	0.4	0.6	0.6	0.6

Enfin, les épreuves concernant les enfants de CE1 au CM2 se sont déroulées dans trois écoles de la région parisienne.

Ainsi, pour chacun des niveaux, deux tableaux, comprenant les données normatives sous forme de percentiles, ont été établis : l'un pour la dictée de phrases A, sans contrainte de temps, l'autre pour la dictée de phrases B, qui est enregistrée et induit une contrainte temporelle. Les données normatives de la dictée A (dictée que nous avons utilisée pour cette expérimentation), présentées ci-dessous, correspondent aux totaux des différents domaines de l'orthographe évalués dans les phrases. Précisons que c'est le nombre d'erreurs qui est pris en compte pour la cotation et non le nombre de « productions justes ». De ce fait, Q3¹, P90² et P95 correspondent donc à des scores « en-dessous » de la moyenne dans cette épreuve. L'entrée en pathologie est définie à partir du percentile 90.

Données normatives pour le CM1 (phrases 1 à 7) Dictée A

	P5	P10	Q1	MED	Q3	P90	P95
Toms (sans Hs)	2	3	5	9	12	14	15
TOMS	3	4	6	10	15	18	19
T.O.LEXICALE	0	0	1	3	5	7	10
O.PHONETIQUE	0	0	0	1	2	3	5
OMISSION	0	0	0	0	0	1	2
SEGMENTATION	0	0	0	0	1	2	2
TOTAL GENERAL	3	4	9	14	22	27	34

¹ Quartile

² Percentile

2.2.3. Le choix de l'épreuve

Pour notre expérimentation, nous avons choisi d'utiliser la dictée A afin de respecter le modèle d'utilisation de ce test renseigné par les auteurs. Cette modélisation d'utilisation « optimale » de l'épreuve a été établie, au cours de son élaboration clinique, à partir de la passation des épreuves auprès de 18 patients ayant des troubles d'apprentissage du langage écrit suivis en libéral. Ces passations ont permis de valider l'intérêt du « Chronosdictées » pour mettre en évidence une différence, et plus précisément une dégradation des performances orthographiques lorsque le sujet est soumis à une contrainte temporelle. Elles ont également démontré une corrélation de la dictée A avec les outils précédemment utilisés pour évaluer les compétences orthographiques.

Ainsi, en cas de bilan d'investigation, les auteurs conseillent de proposer la dictée A en première intention et, lorsque celle-ci ne met pas en évidence un déficit objectif ou si le déficit ne correspond pas à la plainte du patient, de compléter par la dictée B. Dans la situation de bilan de renouvellement, elles préconisent également d'utiliser la dictée A si celle-ci valide déjà un déficit significatif et permet d'élaborer un programme précis de rééducation. Si cela, n'est pas le cas, la dictée B sera proposée en complément. Enfin, en cas de bilan pour un tiers temps, les deux dictées doivent être proposées afin d'analyser les effets de la contrainte temporelle sur les performances orthographiques des sujets.

Notre étude consistant en une recherche d'une éventuelle pathologie orthographique chez de bons élèves de CM1, il nous a paru pertinent d'utiliser la dictée A telle qu'elle est préconisée par les auteurs en première intention en cas de bilan d'investigation.

2.2.4. La description de l'épreuve

L'épreuve consiste donc en une dictée de 7 phrases pour les enfants de CM1 :

Dictée A : phrases dictées

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne vend plus / sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur rit, / car des petits garçons / cachent un beau poisson d'avril / dans une de ses poches.
- 4) L'indien calme son cheval / devant les barrières / qui encadrent une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, / le chasseur envoyait ce gros chien / explorer de sombres cavernes.
- 6) Demain, / j'engagerai le guide / pour visiter avec lui / ces temples romains.
- 7) La nuit, / les campeurs n'arrivent pas à dormir ; / ils se défendent / contre les moustiques.

En ce qui concerne les modalités de passation de l'épreuve, les auteurs précisent que le temps de passation comprend :

- Une première lecture de l'ensemble des phrases
- La dictée proprement dite
- Une relecture de la dictée de phrases.

Avant le début de l'épreuve, les enfants doivent être informés de ces trois étapes. Lors de la dictée, le praticien doit segmenter chaque phrase en petites parties ne dépassant pas 10/12 syllabes, comme indiqué ci-dessus, pour éviter qu'une éventuelle difficulté de rétention verbale ne vienne perturber la transcription. Il est aussi expliqué que chaque partie n'est répétée qu'une seule fois, qu'aucune liaison ne doit être marquée mais que la ponctuation est donnée. Pendant la phase de relecture, les enfants peuvent apporter les corrections qu'ils souhaitent.

Pour la cotation de l'épreuve, tous les mots de chaque phrase sont pris en compte. La cotation s'effectue en comptabilisant et en classifiant les erreurs orthographiques. Des grilles de cotation, comme ci-dessous, ont été élaborées afin d'aider le praticien à classifier les erreurs commises et de limiter les erreurs liées à son interprétation individuelle. Un point est compté par erreur commise et est noté sur la feuille de cotation en cochant la case correspondante. La feuille de cotation comprend une colonne « production » qui permet à l'orthophoniste de visualiser les transcriptions erronées de l'enfant.

	Productions du sujet	Phonétique	Segmentation	Usage	Syntaxe	Omissions
ma						
copine						
adore					présent 3 sg	
le						
vélo						
cet					homophone	
homme						
ne						
vend					présent 3 sg	
plus				mot fonction		
sa					homophone	
grande						
voiture						
rouge						
l'aviateur						
rit					présent 3 sg	
car				mot fonction		

Dans ce fragment de feuille de cotation apparaissent des zones grisées qui correspondent aux « erreurs attendues » et aux données traités dans les tableaux normatifs. Les erreurs « notées » dans les zones grisées, notamment en orthographe morphosyntaxique, sont donc les erreurs les plus probables mais ne sont pas exclusives. Par exemple, le mot « adore » transcrit « adaure » entraînera une erreur en orthographe d'usage alors que l'erreur « attendue » est morphosyntaxique.

Ainsi, cinq domaines sont évalués et, pour chacun, les auteurs apportent des précisions pour leur cotation :

- L'orthographe phonétique : pour la cotation des accents, seule leur omission est considérée comme une erreur. Les erreurs d'accent entre é/è ne sont donc pas comptabilisées étant donné qu'elles entraînent toujours des controverses liées à une différence de prononciation selon les régions.
- L'orthographe morphosyntaxique : afin d'analyser qualitativement les erreurs, celles-ci sont détaillées selon les difficultés de la phrase : présent 3^{ème} personne du singulier, homophone, accord adjectif nombre, accord nom, etc. Les accords erronés produits par l'enfant, « ma copines » par exemple, sont à comptabiliser dans les erreurs morphosyntaxiques.
- L'orthographe lexicale : les mots fonction sont mis en évidence dans les zones grisés pour être distingués des autres mots. On comptera une erreur en orthographe lexicale lors de toute substitution d'un mot à la place d'un autre (« ville » transcrit à la place de « vigne »).
- La segmentation : les erreurs de segmentation concernent un mot scindé (« devant » transcrit « de vant ») ou une fusion de mots (« en bas » écrit « enbas »). Il est précisé également que tout mot scindé en plusieurs parties (« dis pa ru ») ou toute fusion (« lindien ») entraîne également une erreur en orthographe lexicale puisque l'on considère qu'il ne constitue plus une entité lexicale identifiable.
- L'omission de mot : afin de ne pas avantager la notation d'un enfant qui aurait omis beaucoup de mots, les auteurs précisent que toute omission de mot entraîne également une erreur en orthographe lexicale et morphosyntaxique si ce mot était porteur d'un accord.

Dès lors, pour chaque sujet, on additionne le nombre de points pour chaque type d'erreur, on obtient une note dans chacun des domaines évalués ainsi qu'une note totale en faisant la somme des totaux de tous les domaines. En ce qui concerne l'orthographe morphosyntaxique, deux totaux sont définis : le premier exclut les homophones syntaxiques tandis que le deuxième les inclus.

II. La deuxième expérimentation

1. Les objectifs de l'étude

Afin de soutenir notre première expérimentation, nous en avons mené une deuxième sous forme d'un questionnaire destiné aux enseignants.

Cette deuxième expérimentation a pour objectif principal de compléter la première étude en cherchant à **vérifier si la maîtrise du langage écrit, donc de l'orthographe, est bien un critère d'identification des bons élèves d'après les enseignants**. Si tel était le cas, cela viendrait confirmer le fait que les élèves que les enseignants ont sélectionnés pour nous sont bien des enfants maîtrisant la langue écrite selon eux.

D'autre part, nous avons voulu profiter de ce travail pour enquêter plus largement sur le regard que portaient les enseignants sur leurs élèves et sur leur perception d'éventuelles pathologies du langage chez ceux-ci. Plus précisément, nous cherchons à savoir **s'il existe ou non d'éventuelles divergences dans les réponses des enseignants au questionnaire qui attesteraient de l'intervention de processus plus complexes que le seul repérage de troubles dans l'adresse des enfants en difficulté pour un bilan orthophonique**.

Pour tenter de répondre à ces objectifs, nous explorerons :

- les critères sur lesquels se basent les enseignants pour identifier les enfants qui sont de bons élèves et ceux en difficulté.
- les indices qui entrent en jeu pour que les enseignants conseillent aux parents d'entreprendre une démarche de bilan orthophonique pour leur enfant.

Cette étude se limitera à quelques enseignants, quatre au total, car il a été particulièrement difficile, au vu du temps mis à notre disposition, de trouver beaucoup d'enseignants prêts à nous laisser une partie de leur classe pendant un moment. Il ne s'agira donc pas de prétendre faire une étude statistique à grande échelle mais de réaliser une étude qualitative sur le regard que portent les enseignants sur leurs élèves et les critères qui motivent l'adresse des plus en difficultés en bilan orthophonique.

2. La présentation de l'étude

2.1. Pourquoi le choix du questionnaire ?

Cette étude s'édifie à partir d'un questionnaire car celui-ci donne aux enseignants la possibilité d'y répondre quand ils le souhaitent et surtout de manière rapide. En effet, il est difficile, en plus de l'heure qu'ils nous accordent pour la passation de la dictée dans leur classe, de leur demander de nous accorder encore plus de temps. D'autre part, ce moyen leur donne la possibilité de rester anonyme et nous a paru également être une source d'informations moins intrusive que pourrait l'être par exemple un entretien.

2.2. Le profil des enseignants

Pour la passation de cette enquête, il n'y a eu aucune restriction quant aux choix des enseignants. Il n'y a eu aucun critère de sélection se basant sur les années d'expérience, ni sur une formation ou un enseignement particulier effectué, ni sur des courants de pensée spécifiques. Ce sont tout simplement les quatre enseignants des quatre classes de CM1 dans lesquelles a été effectuée la passation de la dictée qui se sont prêtés à notre expérimentation.

2.3. La création et la présentation du questionnaire

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons donc créé un questionnaire. Il comporte douze questions. Deux d'entre elles sont des questions ouvertes, les autres sont des questions fermées.

Les questions fermées sont de types :

- Soit binaires : oui/non
- Soit à choix multiples

Notons toutefois que, pour huit questions, une place est laissée à l'enseignant pour lui permettre d'écrire, de préciser et d'explicitier sa réponse s'il le désire.

Toutes les questions ont pour but de donner des informations qualitatives. Elles ont été élaborées en prenant appui sur un mémoire effectué dans le cadre de la formation du master « professorat des écoles »¹. Ce mémoire avait, entre autres, pour objectifs d'examiner la définition même du « bon élève », les représentations et les attentes des enseignants vis-à-vis de ceux-ci.

Ainsi, dans ce mémoire, il est précisé que les critères du « bon élève » changent en fonction des enseignants et qu'il est possible qu'un instituteur en début de carrière n'ait pas la même représentation du « bon élève » qu'une personne qui enseigne depuis de nombreuses années. Les exigences peuvent donc varier en fonction de l'ancienneté (idée plus complexe du bon élève si on a plus d'expérience peut-être), c'est ce que nous avons essayé de saisir grâce à la première question : « Depuis combien de temps enseignez-vous ? ».

Les trois questions suivantes permettent d'introduire plus précisément le sujet : en effet, en demandant à l'enseignant si sa classe est plutôt homogène ou hétérogène, s'il lui

¹ SOCHALA Laure. Mémoire dans le cadre de la formation du master « professorat des écoles », 2012-2013. *Qu'est-ce qu'un bon élève ? Représentations et attentes des élèves et des enseignants.*

arrive de faire des groupes de niveau et sur quoi il se base pour les constituer, nous cherchons déjà à voir s'il établit une distinction entre ses élèves et sur quels critères.

La question suivante, « Combien diriez-vous qu'il y a de bons élèves dans la classe? », nous renseigne sur le nombre d'élèves qui participeront à la dictée.

Ensuite, nous interrogeons directement le professeur sur les critères qui caractérisent, selon lui, le bon élève : « Comment distinguez-vous les bons élèves? ».

Avec la septième question, « Est-ce qu'il y a des bons élèves en fonction des matières? », nous cherchons à mettre en évidence le fait que tous les enseignants n'ont pas la même conception des domaines dans lesquels les bons élèves s'illustrent. Le mémoire pour l'obtention du professorat des écoles souligne que : si pour certains instituteurs les « bons élèves » sont les garants du niveau à atteindre, niveau qui englobe toutes les disciplines ; en revanche pour d'autres, ils ne sont pas « bons » partout.

Et toujours en nous appuyant sur ce mémoire qui observe des opinions différentes à ce propos, la question suivante tente d'appréhender l'avis de l'enseignant concernant une éventuelle évolution du statut du bon élève dans le temps : « Pensez-vous que les bons élèves resteront des bons élèves? (tout le long de l'année et pour la suite de leur scolarité?) ».

D'autre part, nous avons lu que la personnalité de l'enseignant et la représentation qu'il a de ce que doit transmettre l'école peut jouer dans sa représentation des « bons élèves » et des « moins bons ». Si l'enseignant est impatient par exemple, peut être que ses bons élèves seront les plus rapides. De même, si pour l'enseignant l'école est un lieu pour découvrir le monde qui l'entoure, le bon élève sera certainement celui qui est curieux d'apprendre. En fonction de ses ressentis à l'égard de l'école, tant par son vécu que son appréhension, l'enseignant n'aura pas la même vision de l'école et de ce qu'elle doit véhiculer aux élèves, donc pas les mêmes attentes et représentations de ce qu'est un bon élève. C'est ce qu'on essaie de mettre en évidence grâce à la neuvième question : « Pensez-vous que votre représentation du bon élève (et donc du moins bon) est liée à votre propre expérience et définition de l'école? ».

Enfin, les trois dernières questions concernent les élèves en difficulté. Il s'agit respectivement d'examiner les critères caractérisant les moins bons élèves selon l'instituteur, de savoir si selon lui un élève en difficulté peut être un bon élève et de s'interroger sur les indices qui lui permettent de penser qu'un enfant pourrait bénéficier d'une prise en charge orthophonique.

III. La procédure

1. Organisation de la passation

Afin de réaliser cette double expérimentation, nous sommes entrés en contact avec plusieurs instituteurs de classes de CM1 exerçant à Nice ou à proximité dès le mois d'octobre 2014. Dans l'idée de représenter au mieux la population de Nice et alentour, nous avons tenté de trouver des écoles situées dans différents quartiers de Nice ou villes proches.

Ainsi, quatre enseignants ont accepté de nous accueillir. Après qu'ils aient obtenu l'autorisation des parents des enfants, nous avons convenu d'une date et les avons informés plus précisément, par mail ou par téléphone, sur le déroulement du protocole et les objectifs de l'expérimentation.

Puisque notre première étude cherche à objectiver une éventuelle pathologie orthographique chez des élèves perçus comme « non pathologiques », nous leur avons demandé d'apprécier le nombre de bons élèves qu'ils estimaient avoir dans leur classe. De cette manière, ils avaient déjà pu « sélectionner », en amont de notre venue, les bons élèves de leur classe et peut-être aussi réfléchi sur la notion même de « bon élève ».

La passation a donc été effectuée pendant le mois de janvier 2015 dans les classes de CM1 des écoles primaires de La Mantega, Righi, Saint-Roch et Denis Delahaye. Celle-ci est volontairement prévue en milieu d'année scolaire puisqu'il est relativement important que les instituteurs connaissent un minimum leurs élèves dans le cadre de notre étude.

2. Passation

Chacun des enseignants a donc eu la gentillesse de nous réserver le temps nécessaire, en début d'après-midi, afin que nous puissions effectuer la passation. Celle-ci s'est déroulée de manière similaire dans les quatre écoles.

Ainsi, j'arrivais à l'école un peu avant que les enfants n'entrent en classe afin de faire connaissance avec l'enseignant et de répondre à ses éventuelles questions à propos de l'expérimentation. Ensuite, nous rentrions en classe et celui-ci me présentait aux enfants, avertis au préalable de ma venue. Une pièce était mise à ma disposition afin d'effectuer la passation de la dictée aux enfants que l'instituteur estimait être de bons élèves. A l'origine, pour éviter que les enfants ne ressentent un quelconque sentiment de hiérarchie ou de classement entre eux, je pensais faire passer la dictée à toute la classe en demandant à l'enseignant de me mettre les copies des bons élèves sur le devant du paquet. Pour des questions pratiques, les enseignants ont préféré que seuls les enfants concernés par l'expérimentation passent la dictée.

Avant de commencer la passation proprement dite, afin que les enfants sachent à quoi s'attendre et comprennent le sens de notre expérimentation, je prenais un temps pour leur expliquer le protocole et l'objectif de cette étude. Ils savaient ainsi que la dictée

étaient issue d'un test orthophonique et que chacune de leur production serait anonyme et non notée. Ces derniers points ont d'ailleurs été difficilement assimilables par beaucoup d'enfants, trop habitués sans doute à appréhender la dictée comme moyen d'évaluation. D'autre part, beaucoup d'enfants désiraient m'adresser la dictée en inscrivant mon prénom en « titre ».

L'expérimentation de la dictée s'effectua donc de manière collective en suivant les consignes de passation renseignée dans le manuel du « Chronosdictées ». Nous rappelons que l'épreuve consiste en une dictée de 7 phrases pour le niveau CM1.

Au début de l'épreuve, les enfants sont informés des trois étapes jalonnant le temps de passation, à savoir :

- Une première lecture de l'ensemble des phrases
- La dictée proprement dite
- Une relecture de la dictée de phrases.

Lors de la dictée, chaque phrase fut segmentée en petites parties ne dépassant pas 10/12 syllabes, comme indiqué dans les consignes, pour éviter qu'une éventuelle difficulté de rétention verbale ne vienne perturber la transcription.

D'autre part, afin de respecter les conditions de passation de cette dictée qui ne comporte aucune contrainte temporelle et pallier le fait que la passation ne soit pas individuelle, nous avons décidé de dicter les phrases en essayant de nous adapter au rythme de chacun. Par conséquent, nous avons choisi de ne pas suivre la consigne selon laquelle chaque partie n'est répétée qu'une seule fois. Ainsi, les segments de phrases étaient répétés autant de fois que nécessaire afin que tous les enfants puissent suivre. Et ceci eut toute son importance dans le sens où les enfants, avec des capacités attentionnelles, de rétention et graphique différentes; n'ont pas cessé de m'interpeller dans ce but.

Ensuite, les auteurs du « Chronosdictées » indiquent qu'aucune liaison ne doit être marquée mais que la ponctuation est donnée, c'est ce qui fut fait. De plus, pendant la phase de relecture, les enfants pouvaient apporter les corrections qu'ils souhaitaient.

Les enfants ont tous fait preuve de grande application dans l'écriture de leur dictée. Bien qu'ils soient avertis que leurs productions ne feraient l'objet d'aucune note, on sentait néanmoins chez chacun l'envie de faire au mieux. A quelques exceptions près, ils m'ont tous dit qu'ils avaient trouvé la dictée facile lorsque j'ai voulu recueillir leur ressenti.

Enfin, les enseignants répondaient généralement au questionnaire pendant la passation de la dictée aux enfants. Seule une enseignante a demandé de garder le questionnaire afin d'y répondre de manière plus posée.

3. Recueil

Une fois la passation de la dictée achevée, je recueillais l'ensemble des productions des enfants et le questionnaire que l'enseignant avait rempli afin de les analyser. Nous pouvons préciser que chaque enseignant a demandé un retour sur les performances de ses élèves.

4. Cotation

La cotation de la dictée de chaque enfant est effectuée en suivant les directives des auteurs du « Chronosdictées » énoncées plus haut. Pour le questionnaire destiné aux enseignants, nous procédons à une analyse qualitative et comparative de leurs réponses.

**PRESENTATION ET ANALYSE DES
RESULTATS**

Rappelons que le présent mémoire, par les expérimentations réalisées, vise à approfondir l'hypothèse selon laquelle il existe un écart entre la représentation qu'ont les enseignants de la norme et la norme relative au test. Pour tenter de vérifier ceci, nous avons réalisé deux expérimentations. L'une concerne l'éventuelle objectivation d'éléments évoquant une pathologie orthographique chez des enfants perçus comme de bons élèves par leurs enseignants. L'autre s'attache à vérifier si la maîtrise du langage écrit est bien un des critères caractérisant les bons élèves selon les enseignants. Elle est aussi l'occasion d'explorer, plus généralement, la représentation qu'ont les enseignants des bons élèves et les processus entrant en jeu dans l'adresse des enfants en difficulté en bilan orthophonique.

I. Résultats recueillis auprès des enfants

L'analyse de la dictée de chaque enfant a été réalisée à partir des grilles d'aide à la cotation des phrases fournies dans le manuel. Les dictées apparaissent en annexe I de ce mémoire.

Pour une meilleure lecture des résultats, les scores de chaque enfant ont été reportés dans un tableau permettant une analyse tant qualitative que quantitative. En effet, ces tableaux exposent des chiffres à comparer aux données normatives ci-dessous mais distinguent également le type d'erreur orthographique commise.

Données normatives pour le CM1 (phrases 1 à 7) Dictée A

	P5	P10	Q1	MED	Q3	P90	P95
Toms (sans Hs)	2	3	5	9	12	14	15
TOMS	3	4	6	10	15	18	19
T.O.LEXICALE	0	0	1	3	5	7	10
O.PHONETIQUE	0	0	0	1	2	3	5
OMISSION	0	0	0	0	0	1	2
SEGMENTATION	0	0	0	0	1	2	2
TOTAL GENERAL	3	4	9	14	22	27	34

Etant donné que nous cherchons à objectiver des éléments illustrant une éventuelle pathologie orthographique chez ces enfants, les scores correspondant à la zone de pathologie seront transcrits en gras. Rappelons que l'entrée en zone de pathologie est définie à partir du percentile 90. Enfin, pour respecter leur anonymat, chaque enfant est nommé de la manière suivante : initiale du nom de son école suivie du chiffre faisant référence à l'ordre dans lequel a été corrigée sa dictée.

1. Ecole primaire La Mantega

Ainsi, selon nos conditions, l'enseignant de l'école La Mantega a constitué un échantillon de sept enfants.

1.1. Tableaux récapitulatifs des résultats

Enfant M1

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	5
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	7
Total Ortho. LEXICALE	2
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GENERAL	11

Enfant M2

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	16
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	20
Total Ortho. LEXICALE	11
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	33

Enfant M3

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	9
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	12
Total Ortho. LEXICALE	5
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	18

Enfant M4

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	9
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	11
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	11

Enfant M5

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	12
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	14
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	18

Enfant M6

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	15
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	17
Total Ortho. LEXICALE	6
Ortho. PHONETIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	26

Enfant M7

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	12
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	14
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	16

1.2. Analyse et interprétations des résultats

Le premier enfant M1 présente des performances orthographiques qui se situent, dans l'ensemble, entre la moyenne et le premier quartile, soit en moyenne haute. De ce fait, ses performances en orthographe ne sont pas pathologiques.

En revanche, M2 obtient des résultats qui le situent en zone de pathologie pour l'orthographe morphosyntaxique et lexicale. Ainsi, bien que son orthographe phonétique semble être en place, c'est un enfant qui pourrait être suivi en orthophonie pour troubles dysorthographiques au regard du test.

Mis à part pour la catégorie omission pour laquelle il a obtenu un score au percentile 90, M3 ne présente aucun score en zone de pathologie. Ce résultat au percentile 90 concernant les erreurs d'omission, qui peut révéler une baisse d'attention ou une difficulté de rétention mnésique à un moment donné de la dictée, ne peut cependant refléter à lui seul une pathologie orthographique. Ainsi, ses résultats en orthographe morphosyntaxique et en erreur de segmentation le situent dans la moyenne, celui en orthographe lexicale au quartile 3 donc en moyenne basse et son score en phonétique au premier quartile soit en moyenne haute.

M4 présente des résultats situés dans la moyenne en ce qui concerne l'orthographe morphosyntaxique, les erreurs d'omission et de segmentation. En outre, il obtient des scores au-dessus de la moyenne en orthographe lexicale (percentile 10) et en orthographe phonétique (quartile 1). C'est un enfant dont les performances se situent en moyenne haute donc non pathologiques.

Les performances de M5 sont, quant à elles, relativement hétérogènes. En effet, tandis qu'il obtient un score en orthographe lexicale se situant en moyenne haute et dans la moyenne pour les erreurs d'omission et de segmentation, il se situe en moyenne basse (quartile 3) concernant l'orthographe morphosyntaxique et en zone de pathologie en orthographe phonétique. Dans ce cas, c'est la mise en corrélation de cette épreuve avec d'autres épreuves du bilan ainsi que l'analyse clinique de l'orthophoniste qui sont à même de déterminer si cet enfant a besoin d'un suivi orthophonique.

En ce qui concerne M6, son total général, à la limite de la zone de pathologie, reflète les résultats obtenus dans les autres domaines. En effet, bien qu'il soit dans la moyenne pour les erreurs d'omission et de segmentation, il obtient un résultat frôlant la zone de pathologie en orthographe lexicale et morphosyntaxique. Cependant, ses scores en orthographe phonétique et morphosyntaxique sans les homophones le positionnent clairement en zone de pathologie. Ainsi, au vu de cette épreuve, nous pourrions penser que cet enfant pourrait bénéficier d'un suivi orthophonique.

Le dernier enfant M7 expose un profil général en moyenne basse si l'on excepte son score en orthographe lexicale qui le situe au percentile 10. Sinon, ses résultats en orthographe morphosyntaxique et phonétique s'inscrivent au niveau du troisième quartile. Des scores en moyenne basse ne reflètent pas de troubles orthographiques.

Ainsi, sur les sept enfants qui ont passé l'épreuve du « Chronosdictées », deux présentent clairement des performances qui pourraient évoquer une pathologie orthographique.

2. Ecole primaire Righi

L'enseignant de l'école Righi a sélectionné un échantillon de dix enfants pour notre passation.

2.1. Tableaux récapitulatifs des résultats

Enfant R1		Enfant R2	
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	7	Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	9
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	8	Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	12
Total Ortho. LEXICALE	3	Total Ortho. LEXICALE	3
Ortho. PHONETIQUE	0	Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	0	OMISSION	0
SEGMENTATION	0	SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	11	TOTAL GENERAL	17

Enfant R3		Enfant R4	
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	6	Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	6
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	8	Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	7
Total Ortho. LEXICALE	2	Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	0	Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0	OMISSION	0
SEGMENTATION	0	SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	10	TOTAL GENERAL	9

Enfant R5

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	7
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	8
Total Ortho. LEXICALE	2
Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	12

Enfant R6

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	14
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	16
Total Ortho. LEXICALE	7
Ortho. PHONETIQUE	11
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GENERAL	35

Enfant R7

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	12
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	14
Total Ortho. LEXICALE	3
Ortho. PHONETIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	20

Enfant R8

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	3
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	4
Total Ortho. LEXICALE	5
Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	12

Enfant R9

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	4
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	4
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GENERAL	9

Enfant R10

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	8
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	8
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	9

2.2. Analyse et interprétations des résultats

L'analyse des performances du premier enfant, R1, met en évidence des résultats localisés, dans l'ensemble, entre la moyenne et le premier quartile, à savoir en moyenne haute.

De même, R2 présente un profil assez homogène avec des performances se situant, quasiment dans tous les domaines, entre la moyenne et le troisième quartile soit en moyenne basse.

En ce qui concerne R3 et R4, ils présentent tous deux des performances similaires à celles du premier enfant c'est-à-dire localisées en moyenne haute.

L'examen des performances du cinquième enfant, R5, met en évidence un profil établi en moyenne haute, mis à part en orthographe phonétique pour laquelle il obtient un score au troisième quartile. Ce score n'est toutefois pas pathologique.

Par contre, l'étude de la dictée de R6 révèle des résultats en zone de pathologie. En effet, celui-ci obtient des résultats en orthographe morphosyntaxique et lexicale au percentile 90 et au-delà du percentile 95 en ce qui concerne l'orthographe phonétique et le total général d'erreurs. De ce fait, ces scores pourraient évoquer une pathologie orthographique.

R7 affiche, quant à lui, des performances générales situées en moyenne basse (troisième quartile). Bien que son lexique, ses erreurs d'omission et de segmentation soient localisées au niveau de la moyenne, ses performances en orthographe morphosyntaxique le situent au troisième quartile et en zone de pathologie en orthographe phonétique. Dans cette situation, c'est la mise en lien de ces performances avec celles réalisées dans d'autres épreuves du bilan ainsi que l'analyse clinique de l'orthophoniste qui pourront déterminer si cet enfant a besoin d'un suivi orthophonique.

L'enfant R8 expose des performances bien au-dessus de la moyenne en orthographe morphosyntaxique et lexicale (percentile 10) à côté d'une orthographe phonétique localisées en moyenne basse. Son résultat en erreurs d'omission est situé en zone de pathologie mais, comme nous l'avons vu précédemment, il ne peut à lui-seul évoquer une pathologie orthographique. Rappelons qu'il peut avoir pour origine une baisse d'attention ou une difficulté de rétention mnésique à un moment donné de la dictée. Ainsi, les performances de R8 localisées dans l'ensemble entre la moyenne et le premier quartile ne reflètent en aucun cas des troubles orthographiques.

R9 présente d'ailleurs un profil similaire à celui de R8. En effet, tandis qu'il se situe largement au-dessus de la moyenne en orthographe morphosyntaxique (percentile 10) et lexicale (premier quartile), ses résultats en orthographe phonétique (percentile 90) et en erreurs de segmentation (troisième quartile) sont placés en moyenne basse voire en zone de pathologie. Néanmoins, de manière générale, ces performances n'évoquent pas d'éléments mettant en évidence une pathologie orthographique.

Enfin, l'analyse des performances du dernier enfant, R10, révèle des résultats localisés dans l'ensemble au-dessus de la moyenne donc évidemment non pathologiques.

Ainsi, sur les dix ayant passé l'épreuve, seul un enfant affiche des performances qui pourraient évoquer une pathologie orthographique.

3. Ecole primaire Denis Delahaye

L'enseignant de l'école Denis Delahaye a, quant à lui, fondé un échantillon de six enfants.

3.1. Tableaux récapitulatifs des résultats

Enfant D1

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	14
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	17
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	19

Enfant D2

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	20
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	23
Total Ortho. LEXICALE	9
Ortho. PHONETIQUE	4
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	37

Enfant D3

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	15
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	18
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GENERAL	21

Enfant D4

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	19
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	22
Total Ortho. LEXICALE	8
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GENERAL	32

Enfant D5

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	9
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	10
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	14

Enfant D6

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	9
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	12
Total Ortho. LEXICALE	7
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	19

3.2. Analyse et interprétations des résultats

Les résultats de l'enfant D1 illustrent un profil relativement hétérogène. En effet, ses scores à la limite de la pathologie pour l'orthographe morphosyntaxique et en moyenne basse pour l'orthographe phonétique viennent nuancer une très bonne performance en orthographe lexicale. Ceci a pour conséquence un score général entre la moyenne et le troisième quartile, soit non pathologique.

A l'inverse, les performances de D2 mettent en évidence des éléments évoquant une pathologie orthographique. Effectivement, le nombre d'erreurs en orthographe morphosyntaxique (au-delà du percentile 95) ainsi qu'en orthographe lexicale et phonétique (entre le percentile 90 et le percentile 95) le situent clairement en zone de pathologie.

Le profil de D3 est, quant à lui, moins évident. A côté de performances localisées en zone de pathologie concernant l'orthographe morphosyntaxique, il obtient un résultat moyen en orthographe phonétique et très bon en orthographe lexicale (premier quartile). De ce fait, ses performances générales se situent en moyenne basse, ce qui est hors de la zone pathologique. Néanmoins, étant donné que les résultats en morphosyntaxe sont pathologiques, il semblerait important de lier ces performances avec celles d'autres épreuves et avec une observation clinique afin de les interpréter le plus justement possible.

La quatrième enfant, D4, avec des scores franchement pathologiques en orthographe morphosyntaxique et lexicale ainsi qu'en total général d'erreurs, est un enfant qui pourrait présenter un trouble orthographique et être alors suivi en orthophonie.

Le profil de D5 se situe, quant à lui, dans la moyenne. Ainsi, son résultat en orthographe morphosyntaxique est localisé exactement au niveau de la moyenne, tout comme son nombre d'erreurs d'omission et de segmentation. D'autre part, sa bonne performance lexicale (premier quartile) semble venir pallier une orthographe phonétique à l'entrée de la zone de pathologie. Au vu de ces résultats, nous ne pouvons évoquer une pathologie orthographique pour cet enfant.

Il est de même pour le dernier enfant, D6, qui présente des performances générales en moyenne basse. Il obtient ainsi des résultats relativement faibles en morphosyntaxe mais qui restent dans la moyenne. Et, à l'inverse de D5, ce sont ses performances en orthographe phonétique (premier quartile) qui semblent venir pallier un score pathologique en orthographe lexicale. Son nombre total d'erreurs, situé en moyenne basse, ne semble pas révéler de pathologie orthographique.

Dès lors, suite à l'analyse des performances de ces six enfants, nous pourrions penser à une pathologie orthographique pour deux d'entre eux.

4. Ecole primaire Saint Roch 2

L'enseignant de l'école Saint Roch 2 a constitué un échantillon de sept enfants.

4.1. Tableaux récapitulatifs des résultats

Enfant S1

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	2
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	2
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	2

Enfant S2

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	3
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	3
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	4

Enfant S3

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	7
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	9
Total Ortho. LEXICALE	0
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	9

Enfant S4

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	5
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	6
Total Ortho. LEXICALE	3
Ortho. PHONETIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	11

Enfant S5

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	7
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	7
Total Ortho. LEXICALE	1
Ortho. PHONETIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	8

Enfant S6

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	12
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	14
Total Ortho. LEXICALE	6
Ortho. PHONETIQUE	4
OMISSION	3
SEGMENTATION	4
TOTAL GENERAL	31

Enfant S7

Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE (sans Homophones syntaxiques)	16
Total Ortho. MORPHOSYNTAXIQUE	18
Total Ortho. LEXICALE	7
Ortho. PHONETIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GENERAL	26

4.2. Analyse et interprétations des résultats

L'enfant S1 présente d'excellentes performances orthographiques. En effet, ses scores dans les différents domaines sont tous situés très largement au-dessus de la moyenne (percentile 5). En découle un total général d'erreurs localisant ses performances au percentile 5.

Le deuxième enfant, S2, possède un profil similaire avec un total général d'erreurs le situant au percentile 10. Il obtient des résultats situés au premier quartile, soit en moyenne haute, en orthographe phonologique et lexicale ainsi qu'un score au percentile 5 en orthographe morphosyntaxique.

L'analyse des erreurs de S3 permet de situer, dans l'ensemble, ses performances orthographiques entre la moyenne et le premier quartile, à savoir en moyenne haute.

Quant à S4, sa dictée met en évidence une orthographe lexicale moyenne, un score en orthographe phonétique situé en moyenne basse alors qu'il obtient un résultat en orthographe morphosyntaxique en moyenne haute. Ceci fait que la synthèse de ses résultats le situe entre la moyenne et le premier quartile soit en moyenne haute.

En concordance avec les quatre précédents, S5 est encore un enfant performant en orthographe avec des résultats qui sont tous localisés au niveau du premier quartile, c'est-à-dire en moyenne haute.

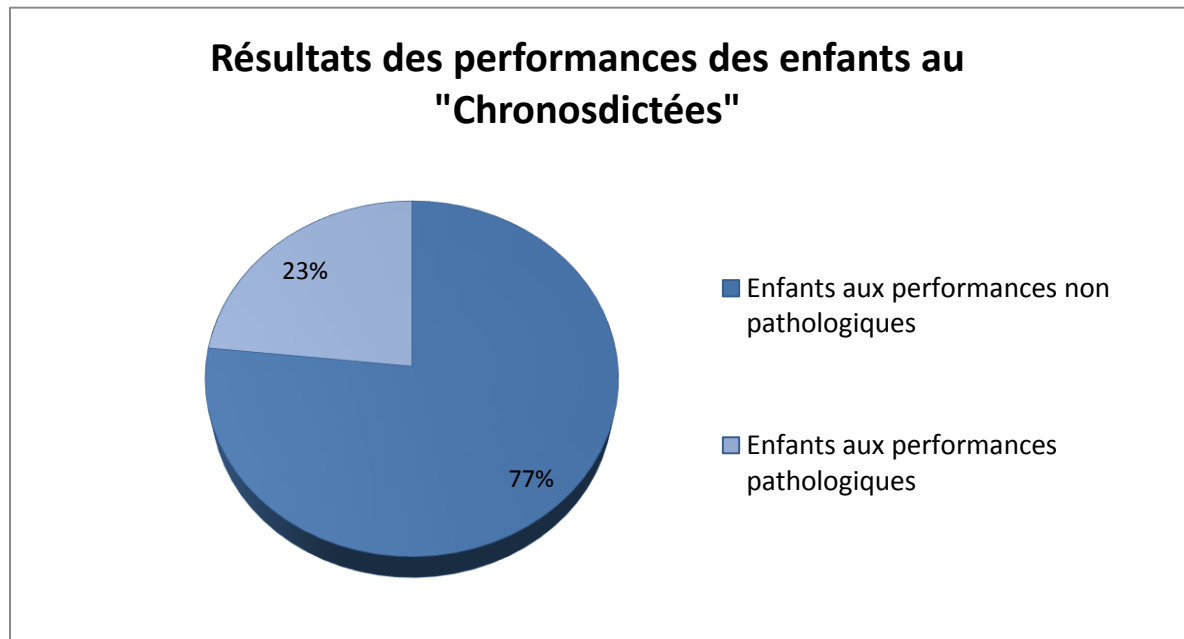
En revanche, les performances de l'enfant S6 ne respectent pas cette lignée. En effet, bien qu'il se situe en moyenne basse en orthographe morphosyntaxique et frôle la pathologie en orthographe lexicale, ses scores en orthographe phonétique, en omission et en segmentation sont, eux, clairement localisés en zone de pathologie. Le total général d'erreurs est lui-aussi situé en zone de pathologie, à savoir entre les percentiles 90 et 95. Nous donc pourrions avancer l'hypothèse d'une probable pathologie orthographique chez cet enfant.

Le profil de S7 évoque également des éléments sous-tendant une pathologie orthographique. En effet, bien qu'il ait obtenu un score au niveau de la moyenne en orthographe phonétique et que son total général d'erreurs frôle l'entrée en zone pathologique, ses résultats en orthographe morphosyntaxique (au-delà du percentile 95) et lexicale (percentile 90) sont situés franchement en zone de pathologie.

Par conséquent, sur cette épreuve, deux des sept enfants testés possèdent des performances suggérant une possible pathologie orthographique.

5. Conclusion de l'étude

D'après l'analyse des dictées, sur un échantillon total de trente enfants ayant passé l'épreuve du « Chronosdictées », sept d'entre eux révèlent des résultats évoquant une pathologie orthographique.



En excluant l'école Righi qui a fourni le plus grand échantillon (dix enfants) et dans lequel nous n'avons objectivé qu'un seul enfant au score pathologique, la répartition de ces enfants aux résultats en zone de pathologie est relativement homogène entre les autres écoles. En effet, nous avons pu mettre en évidence, dans chacune des trois écoles restantes (La Mantega, Denis Delahaye et Saint-Roch 2), deux enfants présentant des performances orthographiques pathologiques.

Ces résultats semblent s'orienter en faveur de notre hypothèse de départ évoquant, dans l'identification de la pathologie du langage écrit, un écart entre la représentation de la norme qu'ont les enseignants et la norme relative au test étalonné. **Cette étude a en effet pu déterminer, par l'intermédiaire d'un test étalonné, des éléments significatifs d'une pathologie orthographique chez 23% des enfants perçus comme de bons élèves par leur enseignant donc supposés se situer dans la moyenne érigée par le test.** Toutefois, ces enfants ne représentent pas la majorité des enfants testés.

Cela vient en partie confirmer les observations qui avaient été constatées dans les deux précédents mémoires et qui avaient participé à l'élaboration de notre problématique sur l'existence de distorsions concernant la perception de la pathologie du langage écrit.

Ainsi, rappelons que dans le premier mémoire, l'étudiante avait pu rencontrer des personnes adultes présentant une dysorthographe qui était passée inaperçue pendant toute leur scolarité. Ce fait peut être lié aux résultats de notre étude qui souligne que certains enfants présentant une pathologie orthographique au regard du test sont perçus par leur enseignant comme de bons élèves dans la classe, soit comme des enfants ne nécessitant aucun soin orthophonique.

D'autre part, le fait que nous ayons pu mettre en évidence des performances orthographiques pathologiques chez certains bons élèves peut également s'accorder en partie avec le deuxième mémoire qui avait relevé, alors qu'il ne le cherchait pas, des éléments significatifs d'une pathologie orthographique pour l'ensemble des textes de sa population de référence, non suivie en orthophonie. La différence est que les enfants présentant des performances pathologiques dans notre étude ne représentent pas la majorité des enfants que nous avons testés.

Les résultats de cette première étude engagent alors des pistes de réflexions intéressantes concernant les tests et l'adresse de soin qui, liées aux observations de la deuxième expérimentation, seront abordées plus bas.

II. Données recueillies auprès des enseignants

L'expérimentation précédente visait à objectiver des éléments évoquant une pathologie orthographique chez de bons élèves. Nous nous attachons ici à vérifier que la maîtrise de la langue écrite est bien un critère d'identification des bons élèves d'après les enseignants et à explorer, plus généralement, la perception qu'ils ont du niveau de leurs élèves et de leurs éventuelles difficultés.

Rappelons que le questionnaire a été transmis aux enseignants des classes de CM1 dans lesquelles a été effectuée la passation de la dictée. Cela signifie que cette deuxième expérimentation a été réalisée à partir d'un microéchantillon constitué de quatre personnes. Les quatre questionnaires apparaissent en annexe II de ce mémoire.

Par conséquent, il s'agit d'une étude qualitative, basée sur une analyse descriptive qui sera empreinte de subjectivité. Les résultats apportés sont donc à nuancer. Nous nous sommes donné pour objectif, au travers de ces questionnaires, d'établir des éléments de réponses à nos questionnements qui ne sont valables que pour ces individus qui ont accepté de participer à notre passation.

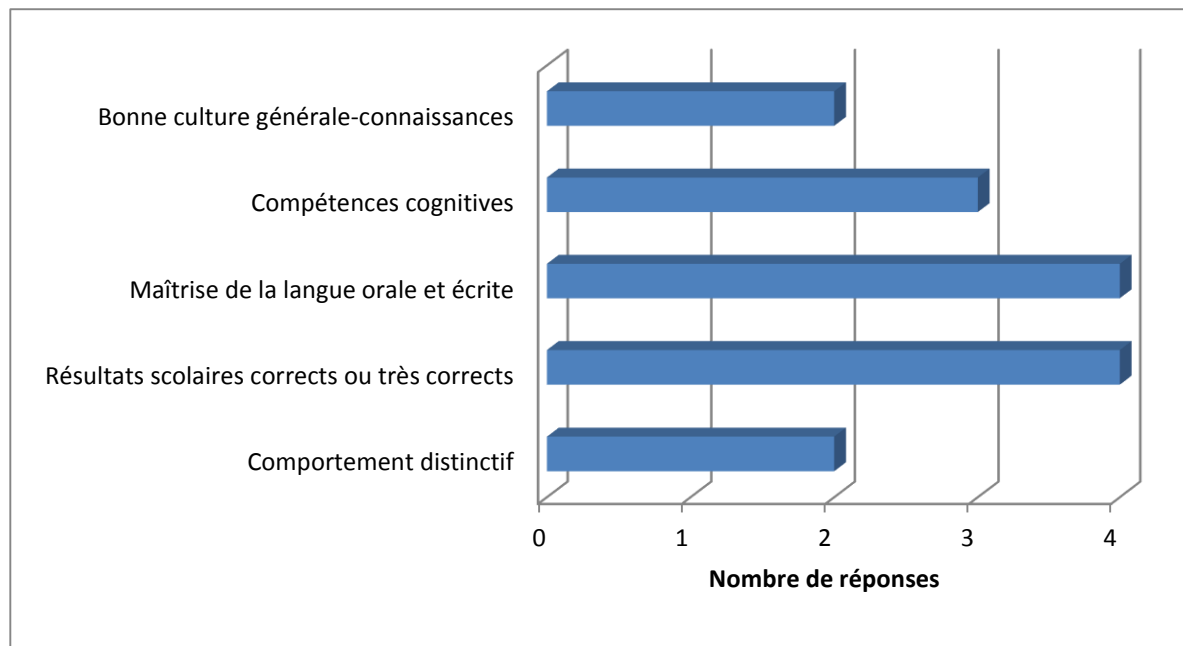
1. Analyse des réponses des enseignants

Pour respecter l'anonymat des enseignants et pour que l'analyse soit plus pratique, nous nommerons l'enseignant de la première classe E1, celui de la deuxième E2, celui de la troisième E3 et le dernier enseignant E4.

Les quatre enseignants estiment leur classe **hétérogène**. De ce fait, trois sont **fréquemment** amenés à créer des groupes de niveau et un enseignant travaille **parfois** ainsi. E1 constitue ces groupes seulement aux **résultats** des élèves, leur comportement plus ou moins autonome dans le travail et les relations entre eux n'entrent donc pas en jeu. A l'inverse, E4 nous précise fonder des groupes en fonction des **résultats** mais également du **comportement** des élèves et des **relations** qu'ils entretiennent entre eux. E2 et E3 s'accordent sur le fait que la composition de leurs groupes de niveau repose, d'une part sur les **résultats** et, d'autre part, sur le **comportement** d'autonomie des élèves. Ainsi, il apparaît que tous les enseignants établissent des distinctions entre leurs élèves mais les critères sur lesquels ils se basent pour créer les groupes ne sont pas tout à fait les mêmes.

La question suivante consistait à demander aux enseignants d'estimer le nombre de bons élèves de leur classe afin de nous renseigner sur le nombre d'élèves qui participeraient à la passation de la dictée. E1, à l'instar de E3, nous ont chacun fourni un échantillon de **sept élèves** contre **six élèves** pour E4 et **dix élèves** pour E2. On note un nombre de bons élèves assez homogène chez les enseignants excepté pour E4 qui a sélectionné un échantillon plus important. Les divergences résident dans la proportion de bons élèves dans la classe. En effet, ils constituent environ 12% de la classe de E1, 43% de la classe de E2, 28% de la classe de E3 et 23% de la classe de E4.

Concernant les critères qui permettent aux enseignants de distinguer leurs bons élèves, les **résultats scolaires corrects ou très corrects** et la **maîtrise de la langue orale et écrite** (comprenant sans doute l'orthographe) sont ceux qui sont le plus de fois cités.



Qualitativement, deux enseignants donnent exactement les mêmes critères, c'est-à-dire qu'ils les citent **tous**. D'autre part, E1 nous précise qu'il repère ses bons élèves à partir des **résultats scolaires** et de la **maîtrise de la langue**. Ainsi, un comportement distinctif, des compétences cognitives ou une bonne culture ne semblent pas entrer en jeu dans sa conception du bon élève. E2 reprend les deux critères de E1 auxquels il ajoute les **compétences cognitives**. Nous observons qu'ils s'accordent tous sur le fait que leurs bons élèves ont des résultats scolaires corrects et très corrects et qu'ils présentent une bonne maîtrise de la langue, tant sur son versant oral qu'écrit. Les autres critères ne font pas l'unanimité, ils entrent dans la représentation du bon élève de certains enseignants mais pas dans celle des autres.

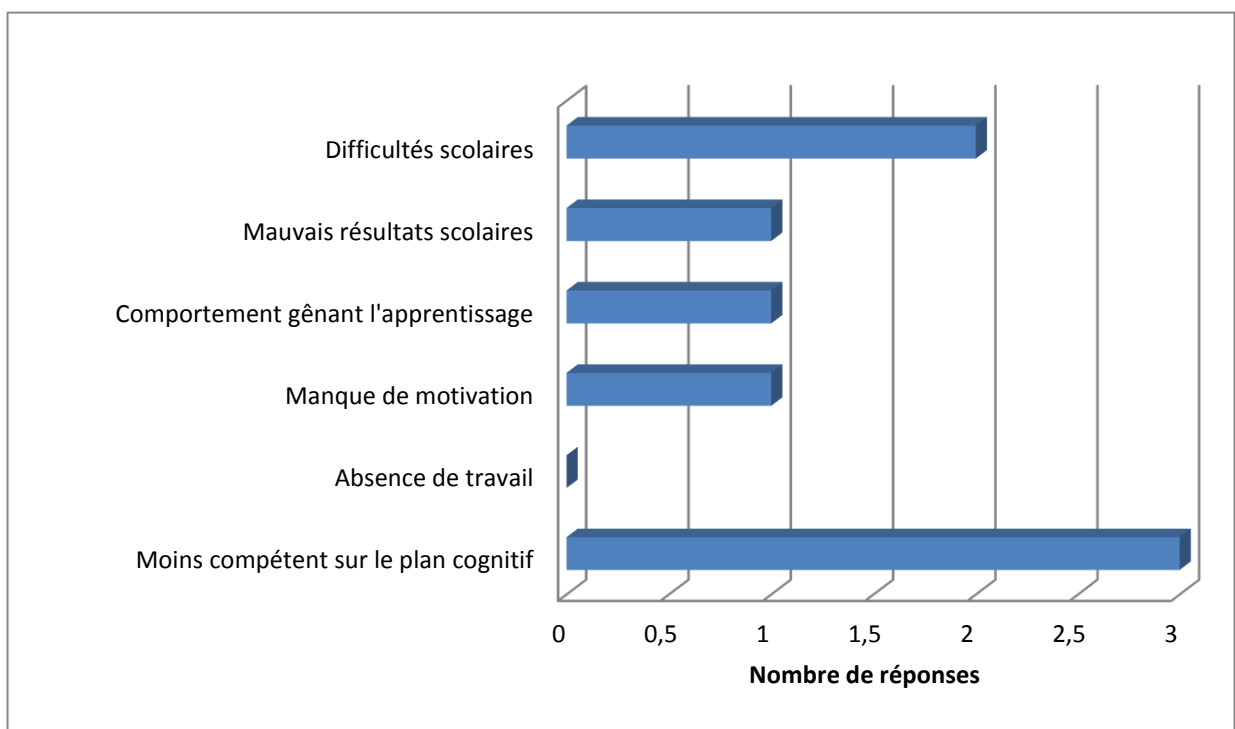
Ensuite, nous constatons que la totalité des enseignants s'entendent pour dire qu'**il existe des bons élèves en fonction des matières**, autrement dit que les bons élèves ne sont pas « bons » partout. Ce point de vue, précisé clairement par une enseignante : « des élèves sont très faibles dans un domaine et sans difficulté avérée dans d'autres », peut s'opposer à celui d'autres instituteurs pour lesquels les bons élèves sont les garants du niveau à atteindre, niveau qui englobe toutes les disciplines.

La question suivante, qui tentait d'appréhender l'avis de l'enseignant concernant une éventuelle évolution du statut du bon élève dans le temps, entraîne également une unanimité dans les réponses. En effet, **l'ensemble des professeurs pensent que les bons élèves le resteront** tout au long de l'année et pour la suite de leur scolarité. Deux enseignants précisent leur réponse. Ainsi, selon E2, ses bons élèves resteront des bons élèves « du fait que l'école est dans un quartier favorisé ». Il est particulièrement difficile de savoir à quoi l'enseignant fait référence ici: au fait que dans la classe, il y ait beaucoup de bons élèves donc une bonne dynamique d'apprentissage? Au fait que ces enfants profitent de conditions favorables pour leurs apprentissages ?

Enfin, E4 nuance tout de même sa réponse, ce qui montre qu'il n'est pas certain que ses bons élèves de CM1 le soient aussi au collège, en spécifiant « pour la plupart oui et au moins jusqu'à leur entrée au collège ».

Ensuite, nous voulions recueillir l'avis des enseignants sur le rôle que pouvaient éventuellement jouer leur propre expérience et définition de l'école dans leur représentation des bons élèves et des moins bons. Nous pensons qu'en fonction de ses ressentis à l'égard de l'école, tant par son vécu que son appréhension, l'enseignant n'aurait pas la même vision de l'école et de ce qu'elle doit véhiculer aux élèves, donc pas les mêmes attentes et représentations de ce qu'est un bon élève (et donc un moins bon). **Excepté un enseignant, nous observons que tous s'accordent à penser que la représentation qu'ils ont des bons et moins bons élèves est certainement liée à leur propre conception de l'école et de ce qu'elle doit transmettre.**

Enfin, les trois dernières questions concernaient les élèves en difficulté. Premièrement, nous voulions examiner les critères caractérisant les moins bon élèves selon l'instituteur. Dès lors, nous pouvons souligner **qu'aucun critère ne fait l'unanimité**. Le critère le plus cité est celui qui évoque des **compétences cognitives moindres**.

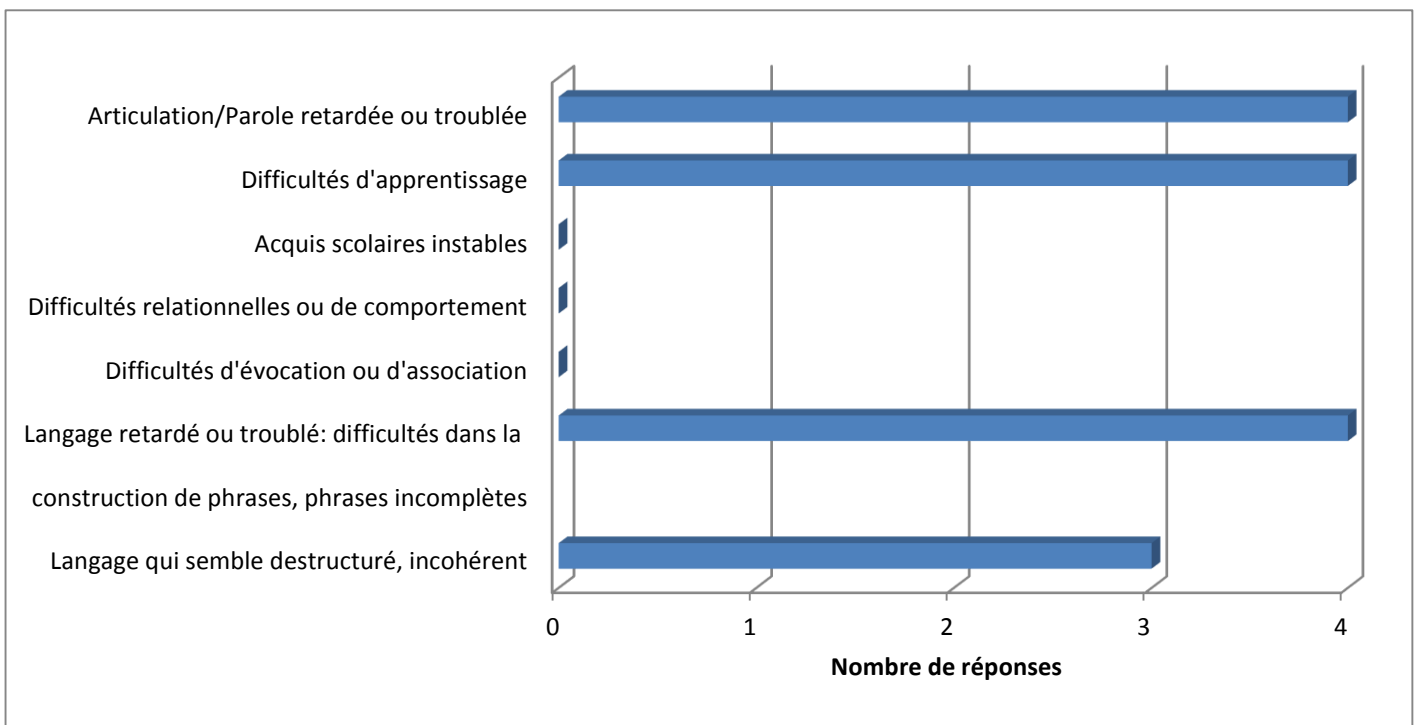


Ainsi, selon le premier enseignant, les moins bons élèves sont caractérisés par des **difficultés scolaires** et des **compétences moindres sur le plan cognitif** (notons que les compétences cognitives, qui n'entraient pas en jeu dans sa conception du bon élève, jouent par contre un rôle dans la caractérisation des moins bons). E2 reprend les mêmes critères et y ajoute les **mauvais résultats scolaires**. Nous constatons que le comportement, le manque de motivation ou l'absence de travail ne jouent pas dans leur caractérisation des moins bons élèves. Quant à E3, aucun critère proposé ne le satisfait ce

qui l'amène à transcrire son point de vue propre: les moins bons élèves sont « **des enfants qui ne sont pas des élèves : problème de concentration** ». Enfin, excepté le critère des compétences cognitives, E4 distingue les moins bons élèves par des caractéristiques totalement différentes des autres à savoir par un **comportement gênant l'apprentissage** et un **manque de motivation**. Ainsi, selon lui, un élève moins bon ne se définit pas à partir de ses difficultés scolaires ou ses mauvais résultats scolaires. Nous observons ici que, bien que l'item « moins compétent sur le plan cognitif» revienne chez trois des quatre enseignants, ils ont chacun leur propre représentation de ce qui caractérise les moins bons élèves. E1 et E2 présentent des conceptions relativement proches puisque un seul critère les sépare. Par contre, les réponses données par E3 et E4 se distinguent nettement entre elles et également par rapport aux autres.

Deuxièmement, nous voulions savoir si, à leurs yeux, un élève en difficulté pouvait être un bon élève. Ici, contrairement à la question précédente, tous les enseignants sont d'accord sur ce point : **un élève en difficulté peut effectivement être un bon élève**. E4 précise « dans certains domaines ». E2 pense que c'est parce que « les difficultés sont souvent psychologiques ». E3 justifie sa réponse avec l'exemple du trouble lexique « un dyslexique (par exemple) peut suffisamment compenser ». Nous pourrions mettre en relation ces réponses avec le fait qu'il y ait, en effet, des élèves en difficulté sur le plan de l'orthographe, parmi les bons élèves qu'ils ont chacun sélectionnés pour nous.

Enfin, nous voulions connaître les indices qui leur permettaient de penser qu'un enfant pourrait bénéficier d'une prise en charge orthophonique. Les quatre enseignants s'entendent totalement sur ces éléments puisqu'ils évoquent tous les **retards/troubles d'articulation, de parole, de langage** et les **difficultés d'apprentissage**. Nous retrouvons ainsi, aux côtés des difficultés d'apprentissage, les niveaux phonologique, lexical et morphosyntaxique du langage.



L'incohérence du langage n'est pas perçue par un enseignant comme un motif qui pourrait justifier une prise en charge orthophonique. Cet aspect plus pragmatique du langage l'est en revanche pour tous les autres. Les difficultés d'évocation lexicale et d'association ne constituent pour aucun des enseignants un motif de prise en charge orthophonique. Nous pouvons supposer que ces difficultés, référant plus à l'accès lexical et à la mobilité inhérente au langage (capacité de faire des liens entre les mots), ne soient pas citées dans le sens où elles paraissent moins « visibles » que les autres aspects du langage évoqués plus haut. D'autre part, les enseignants s'accordent tous sur le fait que des acquis scolaires instables ou des difficultés relationnelles ou de comportement ne sont pas des éléments qui les guideraient dans l'adresse d'un enfant pour bilan orthophonique. Cette question nous permet d'observer que les enseignants présentent dans l'ensemble des prérogatives similaires, fondées essentiellement sur des difficultés phonologiques, lexicales et morphosyntaxiques, quand il s'agit de conseiller un bilan orthophonique à un enfant.

Enfin, nous n'avons pas pu mettre en évidence un éventuel rôle du nombre d'années d'expérience dans la caractérisation des bons élèves. En effet, trois instituteurs sur quatre enseignaient depuis le même nombre d'années (une trentaine), ce qui a limité nos comparaisons. D'autre part, la mise en lien des réponses du quatrième instituteur (le seul à enseigner depuis une dizaine d'années) avec celles des trois autres enseignants ne nous a pas permis de mettre en évidence des corrélations entre le nombre d'années d'expérience et les critères utilisés pour caractériser ses élèves.

2. Conclusions de l'étude

Déjà évoqué dans la partie présentant cette étude, le nombre de participants est insuffisant pour représenter une valeur statistique. Toutefois, au terme de cette analyse et de nos connaissances explicitées dans la partie théorique, nous pouvons tenter de tirer quelques informations.

Rappelons que l'objectif principal de cette étude vise à vérifier que la maîtrise de la langue écrite, donc de l'orthographe, est bien un critère d'identification des bons élèves selon les enseignants. Ceci afin de confirmer le fait que les élèves sélectionnés pour nous par les enseignants sont bien des enfants maîtrisant la langue écrite selon eux.

Ainsi, **l'analyse de leurs réponses met en évidence que la maîtrise du langage écrit est bien un des indices leur permettant de distinguer leurs bons élèves.** En effet, bien que d'autres critères ne fassent pas l'unanimité chez les enseignants, tous s'accordent sur le fait que leurs bons élèves présentent une bonne maîtrise de la langue, tant sur son versant oral qu'écrit. Ceci est relativement intéressant pour nous puisque cela vient confirmer le fait que les bons élèves qu'ils avaient sélectionnés pour la passation de la dictée étaient bien, selon eux, des enfants maîtrisant la langue écrite, donc l'orthographe. Par conséquent, cette observation, corrélée aux conclusions de notre première expérimentation, renforce notre hypothèse de départ selon laquelle il existe un écart entre la représentation de la norme qu'ont les enseignants et la norme relative au test.

En outre, cette deuxième étude cherchait à explorer le regard des enseignants sur leurs élèves, en examinant les critères sur lesquels ils se basaient pour identifier les enfants qui sont de bons élèves et ceux en difficulté, et les paramètres entrant en jeu dans leur démarche d'adresse vers un orthophoniste. Nous cherchions à savoir s'il existait ou non d'éventuelles divergences dans les réponses des enseignants au questionnaire qui attesteraient de l'intervention de processus plus complexes que le seul repérage de troubles dans l'adresse des enfants en difficulté pour un bilan orthophonique.

En ce qui concerne les critères sur lesquels se base l'enseignant pour identifier les enfants qui sont de bons élèves, deux semblent faire l'objet d'un consensus. En effet, les quatre enseignants s'accordent sur le fait que leurs bons élèves ont des résultats scolaires corrects et très corrects et, nous l'avons vu, qu'ils présentent une bonne maîtrise de la langue, tant sur son versant oral qu'écrit. Cependant, nous avons vu que les autres critères (le comportement, les compétences cognitives et les connaissances générales) ne font pas l'unanimité. En effet, ils entrent dans la représentation du bon élève de certains enseignants mais pas dans celle des autres. Ainsi, on observe déjà quelques divergences dans la représentation du bon élève de chaque enseignant.

De même, aucun critère ne fait consensus quant à l'identification des moins bons élèves. En effet, nous avons observé que, bien que l'item « moins compétent sur le plan cognitif » revienne chez trois des quatre enseignants, ils ont chacun leur propre représentation de ce qui caractérise les moins bons élèves. Par exemple, si pour certains enseignants les moins bons élèves présentent des difficultés scolaires, pour d'autres, celles-ci n'entrent pas en jeu, ils accorderont en effet plus d'importance à un

comportement spécifique. Ainsi, il semble exister également des écarts dans la caractérisation des moins bons élèves entre les enseignants.

Toutefois, quand on s'intéresse aux indices qui leur permettent de penser qu'un enfant pourrait éventuellement bénéficier d'une prise en charge orthophonique, on se rend compte que, dans l'ensemble, les enseignants disposent de prérogatives similaires. Ainsi, tous évoquent les difficultés d'apprentissage, les retards/troubles d'articulation, de parole et de langage, pour justifier un bilan orthophonique et s'accordent sur le fait que des acquis scolaires instables, des difficultés relationnelles ou de comportement ne sont pas des éléments qui les guideraient dans cette adresse de soin. Cependant, un indice, évoquant l'incohérence du langage, ne fait pas l'unanimité. En effet, cet aspect plus pragmatique du langage n'est pas perçu par un enseignant comme un motif qui pourrait justifier une prise en charge orthophonique. Ainsi, les distorsions entre les enseignants concernant l'adresse de soin sont moins probantes que celles qui existent dans l'identification des bons et des moins bons élèves. D'autre part, il est intéressant de relever que les difficultés d'évocation lexicale et d'association, plus liées à l'accès lexical, à la mobilité inhérente au langage et moins manifestes qu'un trouble articulaire par exemple, ne constituent pour aucun des enseignants un motif de prise en charge orthophonique.

Au regard de l'analyse des questionnaires, il semble apparaître que les enseignants connaissent et s'accordent sur les domaines d'intervention de l'orthophoniste (articulation, parole, langage) sans toutefois disposer des mêmes critères pour identifier les bons et les moins bons élèves de leur classe. Ceci fait écho à la subjectivité inhérente à la notion de normalité sur laquelle nous avons réfléchi au début de notre partie théorique. Nous avons vu que chacun de nous avait une représentation des limites de la normale qui lui était propre concernant toutes les conduites et que c'était souvent la familiarité de l'expérience et la capacité de compréhension qui allait rendre telle position ou situation acceptable, légitime, normale. Dès lors, nous pouvons penser que l'enseignant, à l'instar du soignant, est soumis au poids de cette subjectivité étant donné qu'il a ses propres représentations de la normalité et de ses limites, donc sa propre manière de « situer » un enfant par rapport à une norme.

C'est ce que nous avons essayé d'appréhender à travers cette étude. Et à l'égard de leurs réponses assez divergentes concernant les critères caractérisant les bons et les moins bons élèves, nous pouvons penser que, bien qu'ils aient tous les quatre conscience du champ d'intervention du thérapeute du langage, leur représentation de la normalité, de la pathologie, de ce que doit transmettre l'école jouent certainement un rôle dans l'adresse des plus en difficulté en bilan orthophonique. Celui-ci ne serait pas seulement conseillé à partir de l'observation évidente de troubles. Ceci pourrait d'ailleurs être corrélé aux résultats de la première étude qui met en évidence des performances orthographiques pathologiques chez certains enfants que chaque enseignant avait préalablement sélectionné pour nous, soit chez des enfants qu'il considère comme « bons » et ne nécessitant pas de bilan. De plus, trois enseignants sont convaincus que leur propre expérience, définition et vision de l'école régissent en partie leur représentation du bon élève et du moins bon. Ainsi, la majorité des enseignants semble partager notre idée selon laquelle en fonction de ses ressentis à l'égard de l'école, tant par son vécu que son appréhension, l'instituteur n'a pas la même vision de l'école et de ce qu'elle doit véhiculer aux élèves, donc pas les mêmes attentes et représentations de ce qu'est un bon élève (et donc du moins bon).

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Rappels

Rappelons que notre questionnement est basé sur le constat de l'existence de distorsions entre le motif de consultation, le profil obtenu par le biais des tests orthophoniques et la réalité clinique d'un même enfant. Nous nous sommes alors demandé ce qui pouvait en être à l'origine.

Pour tenter d'apporter une partie d'explication à ces distorsions, nous avons avancé l'hypothèse de **l'existence, dans l'identification de la pathologie écrite, d'un écart entre la représentation qu'a l'enseignant de la norme et la norme relative au test.**

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons mis au point une double expérimentation que nous avons proposée à des enfants en CM1 ainsi qu'à leurs enseignants.

Dans l'objectif de mettre au jour cet écart, nous avons mis en place une première expérimentation consistant à proposer un test orthophonique d'orthographe, le « Chronosdictées », à des enfants perçus comme de bons élèves par leur enseignant. Ainsi, nous cherchions à **objectiver, grâce à un test étalonné, des éléments évoquant une pathologie orthographique chez des enfants perçus comme de bons élèves par leurs enseignants**, c'est-à-dire supposés se situer dans la moyenne érigée par le test.

Ensuite, afin de soutenir cette première expérimentation, nous en avons mené une deuxième sous forme d'un questionnaire destiné aux enseignants. Cette deuxième expérimentation avait pour objectif principal de compléter la première étude en cherchant à **vérifier si la maîtrise du langage écrit, donc de l'orthographe, était bien un critère d'identification des bons élèves d'après les enseignants.** Si tel était le cas, cela viendrait confirmer le fait que les élèves que les enseignants ont sélectionnés pour nous sont bien des enfants maîtrisant la langue écrite selon eux. D'autre part, nous avons voulu profiter de ce travail pour enquêter plus largement sur le regard que portaient les enseignants sur leurs élèves et sur leur perception d'éventuelles pathologies du langage chez ceux-ci. Plus précisément, nous cherchions à savoir **s'il existait ou non d'éventuelles divergences dans les réponses des enseignants au questionnaire qui attesteraient de l'intervention de processus plus complexes que le seul repérage de trouble dans l'adresse des enfants en difficulté pour un bilan orthophonique.**

L'épreuve de la dictée a été proposée à trente élèves issus de quatre classes d'écoles distinctes et, par conséquent, le questionnaire a été soumis à leurs quatre enseignants. Nous avons donc analysé trente dictées issues du « Chronosdictées » ainsi que les réponses des quatre questionnaires.

L'analyse des performances des bons élèves à la dictée étalonnée met en évidence qu'il existe bien, pour certains enfants, un écart entre la représentation de l'enseignant et celle du test. **Cette étude a en effet pu déterminer, par l'intermédiaire du « Chronosdictées », des éléments significatifs d'une pathologie orthographique chez 7 des 30 enfants testés.** Par ailleurs, l'analyse des questionnaires confirme que la maîtrise de la langue écrite, donc de l'orthographe, est bien un critère d'identification des bons élèves pour tous les enseignants. Ceci atteste du fait que les

élèves que les enseignants ont sélectionnés pour nous sont bien des enfants maîtrisant la langue écrite selon eux. **Ces résultats s'orientent donc en faveur de notre hypothèse de départ.**

D'autre part, **leurs réponses nous permettent de souligner qu'ils connaissent et s'accordent sur les domaines d'intervention de l'orthophoniste sans toutefois disposer des mêmes critères pour identifier les bons et les moins bons élèves de leur classe.** Ces divergences mettent en évidence que chacun d'eux a ses propres représentations de la normalité et de ses limites, donc sa propre manière de « situer » un enfant par rapport à une norme et ses propres critères pour l'adresse des plus en difficulté vers un orthophoniste. De ce fait, cela pourrait constituer une partie d'explication aux distorsions que nous constatons fréquemment entre le motif de consultation, le profil obtenu aux tests normés et la réalité clinique d'un même enfant.

D'autre part, les résultats de ces deux études engagent des réflexions intéressantes quant à l'adresse de soin et la portée des tests orthophonique.

II. Réflexions engagées par les résultats

1. Autour de l'adresse de soin par l'enseignant

L'étude des questionnaires destinés aux enseignants, qui met en évidence des divergences dans les critères caractérisant les bons et les moins bons élèves, fait écho à la part de subjectivité intrinsèque à la notion de normalité sur laquelle nous nous sommes intéressés dans la partie théorique.

En effet, nous avons vu que chaque individu avait une représentation qui lui était propre des limites de la normale concernant toutes les conduites. Ainsi, pour apprécier la normalité d'une conduite, nous la confrontons à notre propre comportement ou à ce qui nous est familier. Par conséquent, ce qui est rare autour de nous nous paraît anormal tandis que ce que nous rencontrons fréquemment devient suffisamment familier pour que nous lui reconnaissons intuitivement une légitimité. Nous avons donc mis en évidence que c'étaient souvent la familiarité de l'expérience et la capacité de compréhension qui rendaient telle position ou situation légitime, normale : devenait donc normal ce que nous avions tendance à rencontrer dans notre univers familier ou dans notre expérience. D'où la part de subjectivité importante régissant la notion de normalité.

En ce qui concerne le langage, il existe bien des normes. Celles-ci sont érigées en partie par la société : le français standard ou normé. L'enseignant, à l'instar du soignant, tentera donc de ramener toute situation subjective à une attitude scientifique c'est-à-dire à ces normes. Mais dans le domaine du langage, il garde toutefois sa propre subjectivité.

En effet, il est soumis au poids de cette subjectivité puisque il a ses propres représentations de la normalité et de ses limites, donc sa propre manière de situer un enfant par rapport à une norme. Ceci peut constituer une partie d'explication au fait que, bien que les enseignants interrogés s'entendent sur les domaines d'intervention de

l'orthophoniste, ils présentent des divergences dans la caractérisation des bons et des moins bons élèves.

Ainsi, en fonction de leur représentation de ce qui est normal, de ce qui ne l'est pas, de leurs ressentis à l'égard de l'école, les instituteurs n'ont pas la même vision de l'école et de ce qu'elle doit transmettre. Ils n'ont donc pas les mêmes représentations de ce qu'est un bon élève et, par la même, des enfants qui pourraient éventuellement bénéficier d'un bilan orthophonique.

A côté de l'observation évidente de troubles langagiers, se jouent donc d'autres processus qui guident les intervenants dans l'adresse de soin et font qu'en matière de langage, les limites entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas sont relatives: elles dépendent des représentations qu'ont les individus de la norme, des représentations de ce que signifie « bien/mal parler/écrire », des tournures de langage que chacun peut, doit, ou devrait utiliser.

Ceci pourrait d'ailleurs être corrélé aux résultats de la première étude qui met en évidence des performances orthographiques pathologiques chez certains enfants que chaque enseignant avait préalablement sélectionné pour nous, soit chez des enfants qu'il considérait comme bons dans la maîtrise de la langue, comme conforme à la norme attendue et donc ne nécessitant pas de bilan. Ainsi, pour certains enfants, la normalité langagière du test ne correspond pas à la représentation de la normalité de l'enseignant.

De ce fait, ceci pourrait être lié avec ce que nous pouvons constater en pratique, à savoir l'existence de distorsions entre le motif de consultation premier et ce que l'orthophoniste observe au regard des épreuves du bilan et de son observation clinique. D'autant plus qu'en ce qui concerne les troubles développementaux du langage écrit, la demande émane le plus souvent de l'institution scolaire. D'où l'importance de l'entretien dans le bilan qui va permettre à l'orthophoniste de dégager la véritable demande de la première raison annoncée.

2. Autour de la portée des tests orthophoniques : le décalage entre la subjectivité du langage et l'objectivité des tests

Les distorsions observées entre la représentation du test et celle de l'enseignant (ou de l'orthophoniste dans nos constats) pourraient aussi trouver une part d'explication dans une réflexion sur ce qu'évaluent réellement les tests normés.

Ainsi, nous l'avons vu précédemment, le test est un outil du bilan qui va permettre à l'orthophoniste d'évaluer certaines composantes du langage : phonologiques, lexicales, sémantiques, syntaxiques... et ainsi d'appréhender le niveau d'acquisition de la langue. Il se place d'emblée du côté de l'objectivation et de la norme.

Toutefois, nous avons vu dans la partie théorique la limite des tests induite notamment par le fait que le langage ne se réduisait pas à ces seules composantes. Il ne peut être entièrement réduit à un ensemble de fonctions instrumentales ou cognitives évaluables en tant que telles.

En effet, il y a une convergence des chercheurs pour considérer le langage comme une compétence innée, participant non seulement à l'expression mais à la construction de l'être humain. Tout au long de sa vie, c'est dans et par le langage que chaque personne construit son identité, son rapport au monde et aux autres.

Selon E. Benveniste, « c'est dans et par le langage que l'homme se construit comme un sujet, parce que le langage seul fonde en réalité, dans sa réalité qui est celle de l'être, le concept d' « ego ». ».¹ Ainsi, dans cette conception, la subjectivité, perçue comme la capacité du locuteur à se poser comme sujet, occupe une place essentielle.

Dès lors, l'échange langagier ne correspond pas à une communication parfaitement maîtrisable car le maniement symbolique de la langue implique la subjectivité des locuteurs, contient de l'implicite, met en jeu la polysémie, permet l'ironie, l'humour. Et cet aspect du langage, cette mobilité inhérente au langage n'est pas ou très peu saisie par les tests aux consignes et questions voulues univoques.

E. Benveniste énonce toute l'importance de l'énonciation dans le langage qu'il différencie de l'énoncé. Il définit l'énonciation comme étant « une mise en fonctionnement de la langue par un acte individuel d'utilisation de cette structure abstraite et impersonnelle qu'est la langue par un sujet dans une situation concrète, tandis que l'énoncé est le résultat de cet acte »². Dès lors, l'énoncé est le résultat de la parole d'un individu, celui qu'étudient la phonologie, la grammaire... L'énonciation, quant à elle, est l'acte même de parole dans lequel se trouve notamment toutes les dimensions de l'adresse : qui parle à qui ? Il insiste sur la nécessité d'une linguistique de l'énonciation qui rend compte de la manière dont la personne intègre la langue. C'est en effet l'énonciation qui permet de sentir où en est l'enfant dans son appropriation du langage, quel est son rapport avec le langage.

Si nous envisageons que toute production ou compréhension d'énoncé est prise dans une énonciation, alors le langage va au-delà de la connaissance et la maîtrise de la langue. Et nous pourrions évoquer le fait que le lien entre l'énoncé et l'énonciation n'est pas appréhendé dans les épreuves standardisées étant donné que celles-ci engagent des réponses prédéfinies.

De plus, E. Benveniste identifie également le langage comme étant « le seul moyen pour l'homme d'atteindre l'autre, de lui transmettre et de recevoir de lui un message. Par conséquent, le langage pose et suppose l'autre »³. Entendons par là que le langage ne se pense pas sans l'autre. Le langage suppose l'altérité donc son appropriation et son évaluation ne semblent pas pouvoir se passer de l'adresse et de l'écoute. D'ailleurs, pendant l'expérimentation, nombre d'enfants ont manifesté cette volonté d'adresser leur

¹ BENVENISTE Emile. *Problème de linguistique générale*. Tome 1.

² BENVENISTE Emile. *Problème de linguistique générale*. Tome 1.

³ BENVENISTE Emile. *Problème de linguistique générale*. Tome 1.

écrit, même s'il s'agissait d'une dictée, en désirant écrire notre prénom en titre de leur dictée.

L'évaluation du langage doit donc prendre appui sur une rencontre intersubjective, imprévisible qui ne peut donc faire l'objet de projet de mesure, autrement dit que l'application seule de tests ne permet pas.

En bref, la forme et le sens ne peuvent donc être séparés et il n'y a de parole qu'adressée. Dès lors, les fautes d'orthographe se colorent d'une tout autre dimension.

Ces réflexions nous amènent donc à penser la difficulté d'objectiver de manière absolue le langage, qui, par essence même, implique de l'inattendu, des malentendus, de l'implicite et ne peut donc qu'échapper à une norme, une mesure. Il semble donc exister un certain décalage entre la subjectivité inhérente au langage et l'objectivité des tests. Ceci nous amène à penser que le test seul ne peut faire « autorité » dans un bilan. Nous l'avons vu, le bilan gagne à être objectivé par des tests pour être mieux déchiffré mais ne doit pas être réduit à ceux-ci. Il ne peut se résumer à des épreuves standardisées et étalonnées, aussi précises soient-elles, dans le sens où le langage n'est pas extérieur à l'individu. Il n'est pas seulement un système fonctionnel de communication, il est par essence subjectif.

Cet écart entre la subjectivité inhérente au langage et l'objectivité des tests peut, peut-être, fournir une esquisse d'explication à la distorsion que nous avons pu observer entre la représentation qu'a l'enseignant de la norme et la norme relative au test. Nous pourrions éventuellement penser que les enseignants de notre expérimentation puissent percevoir ce que ne peuvent finalement appréhender les tests normés (et tel n'est pas leur objectif) : la manière dont l'enfant s'inscrit dans le langage. Ainsi, pour déterminer la nécessité éventuelle d'un bilan orthophonique, celui-ci se baserait sur la maîtrise du langage codifié (qu'évaluent également les tests) mais également sur la façon dont l'enfant communique, échange avec les autres et s'exprime en tant que sujet (ce que n'évaluent pas les tests).

D'une manière plus générale, ceci fait écho à l'écart qui peut exister, pour un même enfant, entre le profil normé obtenu à partir du test et ce que l'orthophoniste observe en se basant sur la clinique, dans sa rencontre avec l'enfant. Si le langage ne peut pas être totalement objectivé par les tests, on comprend que l'orthophoniste puisse relever des indications supplémentaires sur le langage de l'enfant, ou qui diffèrent des performances aux épreuves, quand il le rencontre et échange avec lui.

D'où l'importance, en plus d'utiliser des tests normés afin d'évaluer le niveau d'acquisition de la langue et d'avoir des repères concrets par rapport à une norme, de compléter cette analyse par d'autres éléments cliniques, essentiels afin d'appréhender la manière singulière dont chaque enfant s'inscrit dans le langage. De cette manière, le trouble langagier n'est pas isolé de l'ensemble de la personnalité du sujet et l'orthophoniste peut espérer être au plus près de la réalité clinique de l'enfant qu'il rencontre.

III. Biais et limites de l'expérimentation

1. La représentativité des échantillons

Comme nous l'avons déjà précisé précédemment, il est important de souligner que ces études se cantonnent, à trente enfants pour la première et à quatre enseignants pour la seconde. De plus, la population est exclusivement issue du département des Alpes-Maritimes. C'est pourquoi nous ne prétendons rien généraliser ni démontrer à travers ce travail mais plutôt tirer quelques enseignements permettant de réfléchir sur la perception de la pathologie du langage écrit, l'adresse des enfants en bilan et la portée des tests orthophoniques.

2. Les conditions de passation

Afin que l'administration du test « Chronosdictées » soit la plus juste possible, nous avons précisément pris connaissance des indications des auteurs sur la passation de l'épreuve. Cependant, pour des raisons pratiques, nous n'avons pas pu suivre une des consignes précisant que l'épreuve doit être passée de façon individuelle, ce qui pourrait venir nuancer les résultats obtenus. Toutefois, pour remédier à ce biais découlant de la passation collective, nous avons décidé de dicter les phrases en essayant de nous adapter au rythme de chacun. Par conséquent, nous avons choisi de ne pas suivre la consigne selon laquelle chaque segment de phrase n'est répété qu'une seule fois. Ainsi, les segments de phrases étaient répétés autant de fois que nécessaire afin que tous les enfants puissent suivre comme cela aurait été le cas en passation individuelle.

La passation collective entraîne également d'autres biais. En effet, les enfants, exaltés par le fait de quitter la classe un moment, avaient tendance à se parler, faire du bruit donc à se déranger mutuellement lors de la dictée. Leur attention et concentration n'étaient donc pas optimales à certains moments. D'autre part, il arrivait que certains enfants, pour s'assurer de leur orthographe ou tout simplement parce qu'ils ne savaient pas comment orthographier un mot, s'aident. Précisons néanmoins que ces comportements furent, dans l'ensemble, limités aux enfants d'une seule école.

D'autre part, la passation collective ne permet pas, et nous avons beaucoup insisté sur son importance dans ce mémoire, l'observation clinique et par conséquent l'analyse clinique de chaque enfant. Nous verrons ci-dessous les difficultés engendrées par cette absence d'analyse clinique.

En ce qui concerne le questionnaire, certains enseignants, nous supposons par manque de temps puisqu'ils ont décidé de le remplir pendant la passation de la dictée, n'ont pas pu préciser certaines réponses autant qu'ils l'auraient voulu. Ainsi, certains questionnaires ont été moins fournis que d'autres en données qualitatives.

3. L'analyse et les conclusions

3.1. Les dictées des enfants

Etant donné que la passation fut collective, notre analyse s'est limitée à une analyse quantitative et qualitative des erreurs de chaque dictée. En effet, nous avons quantifié le nombre d'erreurs afin de situer les performances de l'enfant par rapport à la moyenne établie par le test. Nous avons également effectué une analyse qualitative des erreurs, indispensable selon nous pour déterminer si les performances de tel enfant étaient significatives ou non d'une pathologie orthographique.

Cependant, l'absence d'analyse clinique pour chaque enfant a inévitablement posé problème dans l'analyse des profils hétérogènes et dans l'interprétation des profils pathologiques. En effet, aux côtés de l'absence d'évaluation du langage oral, de la lecture et du graphisme, l'absence d'analyse clinique nuance évidemment les résultats, notamment en ce qui concerne les profils pathologiques. Nous ne pouvons déterminer si ceux-ci relèvent d'une véritable pathologie orthographique, d'un trouble du langage oral ou de la lecture qui s'actualiserait en orthographe et si finalement ils sont représentatifs des performances orthographiques de l'enfant puisque nous avons vu qu'une épreuve est une photo des performances de l'enfant à un moment donné.

Précisons toutefois que cette passation de test avait seulement un objectif de repérage et n'est en aucun cas un bilan orthophonique.

3.2. Les questionnaires des enseignants

L'objectif de cette enquête n'était pas de dégager une certaine vérité à propos des conceptions des enseignants interrogés mais d'utiliser leurs réponses pour orienter notre réflexion. Ainsi, de nombreux biais sont à recenser dans cette étude et nous confortent dans l'idée d'exploiter ces résultats de manière très modérée, les considérant simplement comme un témoignage de ce que les enseignants pouvaient renseigner à propos de leur représentations et leur pratique selon les angles de réflexion proposés.

Précisons que cet outil nous semblait le mieux adapté à cette deuxième étude pour obtenir l'avis des enseignants en un temps très court. Cependant, son élaboration est complexe et nous avons certainement dû faire des erreurs. L'essentiel est d'en tenir compte dans les enseignements que nous avons pu dégager.

Les limites du questionnaire sont, entre autres, situées dans le choix des types de questions et dans leur formulation. Premièrement, nous avons utilisé beaucoup de questions fermées lesquelles imposent aux participants une forme précise de réponse. Il est donc possible que la réponse choisie ne soit pas caractéristique de leur pensée. D'autre part, la formulation des questions joue un rôle important puisque la structure syntaxique, le style et l'emploi d'un certain vocabulaire peut entraver la compréhension des participants et donc influencer la qualité de sa réponse.

Ainsi, en fonction du type de question posée et de leur formulation, les réponses ont été plus ou moins partielles et représentatives de la pensée du participant.

Par conséquent, il faut garder à l'esprit que les réponses des participants sont tributaires de l'interprétation qu'ils ont eu de la question. De même, les conclusions que nous avons tirées sont également liées à l'interprétation que nous avons eue des réponses.

D'ailleurs, nous nous sommes trouvés en difficulté pour interpréter certaines réponses des enseignants. Par exemple, concernant une éventuelle évolution du statut du bon élève dans le temps, un enseignant nous a précisé qu'il pensait que ses bons élèves resteraient de bons élèves dans la suite de leur scolarité du fait que l'école était dans un quartier favorisé. Il nous a été particulièrement difficile de savoir véritablement à quoi il faisait référence (bonne dynamique d'apprentissage dans la classe, conditions extérieures favorable aux apprentissages...). Dans ce cas, la méthode de l'entretien aurait sans doute pu permettre de le préciser.

CONCLUSION

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés à la pathologie du langage écrit.

Notre interrogation de départ naissait d'un constat: dans sa pratique, l'orthophoniste est souvent confronté à des distorsions entre le motif de consultation initial, le profil obtenu aux tests normés et la réalité clinique d'un même enfant.

Sachant que les patients sont souvent adressés par leur enseignant, l'objectif de ce travail de recherche était donc de déterminer s'il existait, dans l'identification de la pathologie écrite, un écart entre la représentation que celui-ci a de la norme et la norme relative au test étalonné. Nous cherchions également à appréhender plus largement le regard que portaient les enseignants sur leurs élèves et sur leur perception d'éventuelles pathologies du langage chez ceux-ci.

Nos résultats, par la mise en évidence d'éléments significatifs d'une pathologie orthographique chez 7 des 30 enfants testés, mais aussi par la confirmation que la maîtrise de l'orthographe est bien un critère d'identification des bons élèves pour tous les enseignants, valident en partie notre hypothèse. D'autre part, nous avons pu mettre au jour des divergences dans les réponses des enseignants quant aux critères leur permettant d'identifier les bons élèves de leur classe et ceux en difficulté.

Cette étude nous a donc permis de réaliser, qu'au-delà du repérage évident de troubles langagiers, d'autres processus régissaient l'adresse d'enfants en bilan orthophonique par les enseignants. En effet, leur représentation de ce qui est normal, de ce qui ne l'est pas, leur propre vision, expérience et définition de l'école sont autant de critères qui régissent le regard qu'ils portent sur leurs élèves et donc qui jouent certainement un rôle dans l'adresse des plus en difficulté vers un orthophoniste. Cela pourrait constituer une partie d'explication aux distorsions que nous avons mises en évidence dans notre expérimentation, et plus largement, à celles que les orthophonistes constatent fréquemment entre le motif de consultation, le profil obtenu aux tests normés et la réalité clinique d'un même enfant. A partir de là, nous retenons toute l'importance de l'entretien pendant le bilan qui va permettre à l'orthophoniste de bien faire apparaître la demande sous-jacente au motif de consultation initial.

De plus, nous observons que, dans l'identification des bons élèves et dans l'adresse des plus en difficulté vers un orthophoniste, les enseignants sont attachés à la question de la langue, du sens et pas seulement à celle de l'orthographe, de la forme. Ceci peut également fournir une esquisse d'explication au fait que nous ayons pu objectiver une pathologie orthographique, par le biais du test, chez des enfants perçus comme de bons élèves par leur enseignant.

Aussi, ce travail de recherche nous a également permis de réaliser que, bien que le test soit nécessaire, il ne peut faire à lui seul « autorité » dans un bilan de langage écrit. Nous avons réfléchi sur la nécessité d'une référence à la norme, à travers l'appréhension métrique du langage, mais pensons que celle-ci demeure néanmoins insuffisante. En effet,

bien que les chercheurs proposent des tests de plus en plus précis et que la tendance actuelle semble se tourner vers une standardisation et une objectivation du bilan de langage, nous réalisons que celui-ci ne peut se limiter à l'objectivation de troubles par un test étalonné dans la mesure où le langage est par essence subjectif, se développe de manière informelle, dans le lien à l'autre et est sensible à de multiples variables. Nous pensons que l'évaluation du langage prend appui sur une rencontre intersubjective, imprévisible qui, a priori, ne peut faire l'objet d'un projet de « mesure ».

Tout au long de cette étude, nous avons tenté de mettre en évidence la subjectivité relative aux notions de normal et de pathologique et, par conséquent, inhérente au langage écrit et à ses troubles. Ce travail représente seulement une piste de réflexion parmi tant d'autres sur ces sujets particulièrement complexes.

Ainsi, il mériterait d'être précisé. Il pourrait, entre autres, être reconduit auprès d'un plus grand nombre d'enfants et d'enseignants afin de voir comment évolue le nombre de bons élèves aux résultats pathologiques d'après le test. De plus, il aurait pu être intéressant, à l'aide d'une évaluation plus complète, de chercher à interpréter ces profils pathologiques que nous avons obtenus pour 7 enfants. S'agit-il d'une véritable pathologie orthographique ou d'un autre trouble qui s'actualiserait en orthographe ? Les tests ont-ils été représentatifs des performances orthographiques de ces enfants ? Présentent-ils également autant de difficultés face à l'écriture de textes plus spontanés, moins scolaire, plus singuliers ?

De même, nous pourrions nous demander quel est le rapport à l'écriture et à l'autre des enfants qui se situent au niveau voire au-dessus de la moyenne au test. La réussite au test d'orthographe signe-t-elle l'inscription dans le langage ? Ces enfants, présentant de bonnes performances en dictée, présentent-ils également autant d'aisance face à une écriture plus personnelle ?

Enfin, il ouvre sur d'autres pistes de réflexion intéressantes concernant la perception de la pathologie du côté des orthophonistes : est-elle, à l'instar de celle des enseignants, empreinte de subjectivité ? Pourrait-on, par exemple, mettre au jour des divergences entre les orthophonistes dans l'interprétation de mêmes résultats à un test ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- AIMARD Paule. *Les débuts du langage chez l'enfant*. Dunod, Paris, 1996, 226 p.
- BARRE-DE-MINIAC Christine. *Le rapport à l'écriture: aspects théoriques et didactique*. PU du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2000, 142 p.
- BELOT Catherine, TRICOT Marie. *Les tests en orthophonie*. Ortho Edition, Isbergues, 2001, 168 p.
- BENVENISTE Emile. *Problème de linguistique générale*. Tome 1. Gallimard, Paris, 1966, 356 p.
- BERGER Maurice. *Les troubles du développement cognitif approche thérapeutique chez l'enfant*. Dunod, Paris, 2006, 244 p.
- BERGES-BOUNES Marika, FORGET Jean-Marie. *L'enfant et les apprentissages malmenés. Quand lire, écrire, compter est un problème*. ERES, Toulouse, 2011, 288 p.
- BERNARD Claude. *L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Flammarion, Paris, 2013, 381 p.
- BERNARD-TANGUY Laurence, RENIERS Dominique. *Mini manuel de psychologie clinique*. Dunod, Paris, 2013, 192 p.
- BONNET Agnès, FERNANDEZ Lydia. *23 grandes notions de psychopathologie. Enfant, adolescent, adulte et personne âgée*. Dunod, Paris, 2015, 233 p.
- BOURDIN Dominique. *Les jeux du normal et du pathologique : Des figures classiques aux remaniements contemporains*. Armand Colin, Paris, 2002, 188 p.
- BRIN-HENRI Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique. *Dictionnaire d'orthophonie 3ème édition*. Ortho Edition, Isbergues, 2001, 304 p.
- CALVARIN Marion. *Les tests en orthophonie : évaluation des troubles d'origine neurologiques de l'adulte*. Ortho Edition, Isbergues, 2013, 543 p.
- CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris, 2013, 290 p.
- CANGUILHEM Georges. *La connaissance de la vie*. Vrin, Paris, 1965, 255 p.
- CAHN Raymond, MOUTON Thérèse. *Affectivité et troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adolescent*. Privat, Paris, 1967, 208 p.
- CATACH Nina. *L'orthographe*. PUF, Paris, 2001, 128 p.

- CHASSAGNY Claude. *Pédagogie relationnelle du langage*. PUF, Paris, 1977, 238 p.
- CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan. *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques*. Masson, Paris, 1999, 446 p.
- CLERGET Joël. *L'enfant et l'écriture*. ERES, Toulouse, 2006, 240 p.
- DE LA MONNERAYE Yves. *La parole rééducatrice : la relation d'aide à l'enfant en difficulté scolaire*. Dunod, Paris, 2000, 282 p.
- DE FIRMAS Claire. *Les Marqueurs Transversaux, repères pour la clinique orthophonique*. Claire de Firmas, Paris, 2008, 152 p.
- DEVEVEY Alain et KUNZ Laurence. *Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ?* De Boeck, Paris, 2013, 176 p.
- DE WECK Geneviève, MARRO Pascale. *Les troubles du langage chez l'enfant : description et évaluation*. Masson, Paris, 2010, 364 p.
- DIATKINE René. *Langages et activités psychiques de l'enfant*. Ed du Papyrus, Neuilly-Plaisance, 2004, 120 p.
- DORON Roland et PAROT Françoise. *Dictionnaire de psychologie*. PUF, Paris, 2003, 756 p.
- ESTIENNE Françoise. *Orthographe, pédagogie et orthophonie*. Masson, Paris, 2002, 298 p.
- ESTIENNE Françoise. *Orthophonie et efficacité: Les fondements d'une pratique*. Solal, Marseille, 2004, 276 p.
- Expertise collective. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. INSERM, Paris, 2007, 842 p.
- FLAGEY Danielle. *Mal à penser, Mal à être : Troubles instrumentaux et pathologie narcissique*. ERES, Toulouse, 2007, 192 p.
- FREUD Sigmund. *Œuvres Complètes, Tome XIV*. PUF, Paris, 2000, 516 p.
- GARNIER Marcel, DELAMARE Valéry. *Dictionnaire des termes techniques de médecine*. Maloine, Paris, 1972, 1215 p.
- GOLSE Bernard. *Penser, parler, représenter : émergence chez l'enfant*. Masson, Paris, 1997, 216 p.
- GONZALES Jacques. *Initiation à l'histoire de la médecine*. Heures de France, Paris, 1997, 191 p.
- HOUZEL Didier, EMMANUELLI Michèle, MOGGIO Françoise. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, 2000, 832 p.

IPERS. *L'échec en écriture : Comment y répondre ? Alliance d'une technique et d'une pédagogie relationnelle*. L'Harmattan, Paris, 1999, 280 p.

KERNBAUM Serge. *Dictionnaire de la médecine 8ème édition*. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2008, 1133 p.

LAFON Robert. *Vocabulaire de psychologie et de psychiatrie de l'enfant*. PUF, Paris, 2010, 1300 p.

LE BLANC Guillaume. *Canguilhem et les normes*. PUF, Paris, 2007, 136 p.

ADELIN-MITJAVILLE Claude, WAHL Gabriel. *Comprendre et prévenir les échecs scolaires*. Odile Jacob, Paris, 2007, 286 p.

MANESSE Danielle, COGIS Danièle. *Orthographe, à qui la faute ?* ESF, Paris, 2007, 250 p.

MANNONI Maud. *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Gallimard, Paris, 1988, 196 p.

MARCIANO Paul. *L'accession de l'enfant à la connaissance. Compréhension et prise en charge des difficultés scolaires*. L'Harmattan, Paris, 2010, 255 p.

MUCCHIELLI-BOURCIER Arlette. *La dyslexie : Maladie du siècle*. ESF, Paris, 1974, 172 p.

OTERO Marcelo. *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. PUL, Québec, 2003, 336 p.

Ouvrage collectif. *Larousse médical*. Larousse, Paris, 2006, 1099 p.

RONDAL Jean-Adolphe. *Orthophonie contemporaine*. Ortho Edition, Isbergues, 2007, 93 p.

RONDAL Jean-Adolphe. *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Mardaga, Bruxelles, 2000, 838 p.

ST-PIERRE Marie-Catherine, DALPE Véronique, LEFEBVRE Pascal. *Difficultés de lecture et d'écriture*. PUQ, Québec, 2010, 284 p.

ARTICLES DE REVUES PAPIER

CASALIS Séverine., COLE Pascale., MATHIOT Emmanuelle. *La reconnaissance de mots morphologiquement complexes chez les dyslexiques*. *Rééducation orthophonique*, mars 2006, n°225, p. 111- 127.

CIBOIS Philippe. *Point de vue sociologique sur l'orthographe*. *Rééducation orthophonique*, décembre 1999, n°200, p. 5-11.

GARCIA-FONS Tristan. L'enfant, les troubles. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, n°66, p. 8.

HAIM André, Les facteurs affectifs de la communication. *Réadaptation*, n° 98, Paris, 1963, p. 21.

LAHARIE Muriel. Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age. *Histoire des sciences médicales*, 1993, Tome 27, n°2, p.137-142.

PACTON Sébastien, CASALIS Séverine. L'utilisation d'informations morphologiques en orthographe rend-elle le cauchemar(d?) des lettres muettes moins cauchemardesque ? *Rééducation orthophonique*, mars 2006, n°225, p.129-142.

PACTON Sébastien, FOULIN Jean-Noël, FAYOL Michel. L'apprentissage de l'orthographe lexicale. *Rééducation orthophonique*, juillet 2005, n°222, p. 47-65.

TOUZIN Monique. Evaluation du langage écrit. *Rééducation orthophonique*, décembre 2002, n° 212, p. 43-51.

THIBAUT Marie-Pierre. *Vers un bilan idéologiquement maîtrisé ? Rééducation orthophonique*, décembre 2002, n° 212, p. 163-166.

ZELLER AM. Introduction à la critique du bilan orthophonique. Historique et prospective. *Rééducation orthophonique*, 1980, n°118, p. 99-105.

ARTICLES DE REVUES ELECTRONIQUES

Compte-rendu de la table ronde des XVème Journées francophones d'électro-neuromyographie (Grenoble 2006). Le normal et le pathologique. *La Lettre du neurologue -Nerf & Muscle*, Janvier 2009, Volume XIII, n°1. p. 17-21. Disponible sur : <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/114743/1/Normal%20et%20patho.pdf>.

CORVEZ Maurice. Le structuralisme de Jacques Lacan. *Revue Philosophique de Louvain*. 1968, Tome 66, N°90, p. 282-308.

Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/phlou_0035-3841_1968_num_66_90_5434.

MARCILHACY Charlotte. L'apprentissage de l'écriture comme mise à l'épreuve du processus d'individuation-séparation. *Revue Psychologie clinique et projective*, 2006, n°12, p.323-248. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2006-1-page-323.htm>.

MARCILHACY Charlotte. Développement de l'écriture et croissance psychique. *Perspectives Psy*, 2007, Volume 46, p. 181-186. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2007-2-page-181.htm>.

MOUSTY Philippe, ALEGRIA Jesus. L'acquisition de l'orthographe : données comparatives entre enfants normo-lecteurs et dyslexiques. *Revue française de pédagogie*. 1999, Volume 126, p. 7-22. Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_0556-7807_1999_num_126_1_1091.

THESES OU MEMOIRES PAPIER

DUCHAMPS Charlotte. *D'ici et d'ailleurs : le voyage des mots : pathologie du langage écrit chez les enfants de migrants*. Mémoire d'orthophonie. Nice : Université de Nice Sophia-Antipolis, 2011, 183 p.

GEOFFROY Elodie. *Le temps du soin ou le soin à temps : enquête auprès de patients adultes et d'orthophonistes sur la prise en charge tardive des troubles du langage écrit*. Mémoire d'orthophonie. Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis, 2014, 190 p.

GONDALLIER DE TUGNY Anna. *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique : réflexion sur les outils cliniques de l'orthophoniste*. Mémoire d'orthophonie. Nice : Université de Nice Sophia-Antipolis, 2005, 218 p.

MOULIER Viviane. *Elaboration d'un test d'évaluation du langage écrit suggéré chez le grand adolescent et le jeune adulte*. Mémoire d'orthophonie. Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis, 2012, 174 p.

THESES OU MEMOIRES ELECTRONIQUES

AUZIAS Ségolène, LE GARSMEUR Amélie. *L'évolution du rôle social du test dans la pratique orthophonique*. Mémoire d'orthophonie. Lyon : Université Claude Bernard Lyon, 2012. Disponible sur: http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_MORT_2012_AUZIAS_SEGOLENE_LE_GARSMEUR_AMELIE.pdf.

BOURRINET GERMAIN Sylvie, CAER Erwan. *Les fondements d'une clinique orthophonique. Quelles positions pour quels soins ?* Mémoire d'orthophonie. Nantes : Université de Nantes, 2011. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5d77f051-20cc-4db4-bfe5-2bfdf3612352>.

DURANT Mélanie, VARIN Charlotte. *Histoire d'un cheminement de la norme au sujet*. Mémoire d'orthophonie. Nantes : Université de Nantes, 2011. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=af54592f-e332-47a4-a9f7-0fa9acf25870>.

HERNANDEZ Emmanuelle, RIBAGA Sophie. *La construction et l'évolution du cadre théorique de l'orthophonie en France : Lecture par une sélection de batteries et tests*

(1967-2005). Mémoire d'orthophonie. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, 2010.
Disponible sur : <http://n2t.net/ark:/47881/m6086391>.

LABADIE-MILLET Delphine. *Impact d'un entraînement de l'attention divisée sur le niveau d'orthographe de patients dysorthographiques*. Mémoire d'orthophonie.
Bordeaux : Université de Bordeaux, 2014. Disponible sur :
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01059752/document>.

SOCHALA Laure. *Qu'est-ce qu'un bon élève ? Représentations et attentes des élèves et des enseignants*. Mémoire dans le cadre de la formation du master « professorat des écoles ». Arras : IUFM d'Arras, école interne de l'Université d'Artois, 2012-2013.
Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00908919/document>.

DECRET, LOI, CIRCULAIRE EN LIGNE

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Service des recommandations et références professionnelles. *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Mai 2001.
Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Orthophrecos.pdf> (consulté en février 2015).

SITES INTERNET (consultés de septembre 2014 à avril 2015)

BONNET-PINCHON Adeline. *Le normal et le pathologique, évolution du concept*.
Disponible sur : <http://japanjump.free.fr/perso/%5BCoursMmeBONNET%5D-Normalpathologique.pdf>.

BRAUN DAHLET Véronique. *L'orthographe française : entre langue et politique*.
Disponible sur : http://gerflint.fr/Base/BresilSPECIAL1/veronique_braun.pdf.

CORVOL Pierre. *René Leriche, célébrations nationales 2005*. Disponible sur :
<http://www.archivesdefrance.culture.gouv.fr/action-culturelle/celebrations-nationales/2005/sciences/rene-leriche>.

GARCIA-FONS Tristan dans une interview de GROS Marie-Joëlle. *L'enfant est classé en permanence*. Disponible sur : http://www.liberation.fr/vous/2008/12/01/l-enfant-est-classe-en-permanence_260752.

GUERIN Gilles. Ateliers Chassagny. *D'une plainte à une indication*. Disponible sur :
<http://www.acchassagny.org/>.

MANESSE Danièle. *A propos d'un domaine linguistique normé mais peu coté : l'orthographe à l'école*. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2007-1- page-81.htm>.

MOUTEL Grégoire, PLANCHE Olivier. Université Paris Descartes. Les sciences de l'homme et de la santé. *Ethique et santé : Le normal et le pathologique : évolution historique du concept de maladie et du pathologique*. Disponible sur : <https://comitedethique.wordpress.com/category/en-ligne/soignant-soigne> .

GLOSSAIRE

Abréviations figurant dans les tableaux de cotation en annexe I :

- **Toms (sans Hs) :** total orthographe morphosyntaxique, sans les homophones syntaxiques
- **TOMS :** total orthographe morphosyntaxique, comprenant les homophones
- **T.O. Lexicale :** total orthographe lexicale
- **O. Phonétique :** total orthographe phonétique

ANNEXES

Annexe I : Dictées des enfants

Les abréviations utilisées dans le tableau de cotation sont définies dans le glossaire.

1. Dictées des enfants de l'école La Mantega

M1

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cette homme ne rend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aristocrate, car des petits garçons cache un beau poisson d'orail dans une de ses poches.
- 4) L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur enveloppe ce gros chien explorer de sombres cavernes.
- 6) Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui ces temples Romains.
- 7) La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir, ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	5
T.O.M.S	7
T.O LEXICALE	2
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GÉNÉRAL	11

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cette homma brand plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur vis, car des petit garçon cache dans une de ses poche.
 un beau un beau poisson
- 4) L'indien can sont cheval devant les bariere qui da d'arrive encadre une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur en voisier se gros chien explorer de sombre caverne.
- 6) Demain, j'angagerai le guide pour visiter avec lui c'est temple romain.
- 7) La nuit, les camp eur n'arrive pas à dormir ils se défendent contre les moustique.

Toms (sans Hs)	16
T.O.N.S	20
T.O. LEXICALE	11
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	33

- 1) Ma copine adore le vélo.
 - 2) Cette femme me rent plus sa grande voiture rouge.
 - 3) ~~Un~~ L'aviateur ~~qui~~ car des petits garçons cache un beau poisten d'oreil dans une de ces poches.
 - 4) L'indien calme son choral devant les barriers qui encadre une étrange maison.
 - 5) ~~en~~ En bas de la montagne, le chasseur à envoier se gros chien explorer de sombres cavernes.
- demain, j' ~~engagerai~~ engagerai le guide pour visiter avec lui c'est temples ~~≠~~ demain.
- La nuit, campEUR m'arrive~~s~~ pas dormir ils se défendent ^{les} contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	9
TOMS	12
T.O LEXICALE	5
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	18

Dictée

- 1) Ma copine adore le relax.
- 2) Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'ariateur ris, car des petits gargons cache un beau poisson d'or dans une des ces poches.
- 4) L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur envoie ce gros chien explorer de sombres cavernes.
- 6) Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples Romain.
- 7) La nuit, avec les campes n'arrive pas à dormir, il se défend contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	9
TOMS	11
T.O LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	11

- 1: Ma copine adore le vélo.
- 2: Cet homme ne rend plus sa grande voiture rouge.
- 3: L'asiatique rit, car des petits garçons cache un beau poisson d'avril dans une de ces poches.
- 4: L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- 5: En bas de la montagne, le chasseur envoie ce gros chien explorer de nombreux cavernes.
- 6: Demain, j'engage le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
- 7: La nuit, les campers n'arrivent pas à dormir, ils se défendent contre les moustiques.

Items (sans Hs)	12
T.O.T.S	14
T.O LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	18

- 1) La copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne sont plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur rit, car des petit garçon cache un beau poisson d'arcil dans une de c'est poche.
- 4) L'indien calme son cheval devant les barrière qui enquadré une étrange maison.
- 5) En bat de la montagne, ^{le chasseur} envoie sont gros chien explorer de nombre caverne.
- 6) Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples Demain.
- 7) La nuit, les campers n'arrivent pas a dormir, ils se défendent contre le mauvais tyque.

Terms (sans Hs)	15
TOMS	17
T.O LEXICALE	6
O. PHONÉTIQUE	3
ORTHOGRAPHE	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	26



Orthophonie.

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateurie, L'aviateur suit, car des petits garçons cache un beaux poisson d'avril dans une de c'est poche.
- 4) L'adi L'Adien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur envoien ce gros chien explorer de sombre cavernes.
- 6) Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui c'est temple romain.
- 7) La nuit nuit, les campers n'arrive pas à dormir, il se defende contre les moustiques.

Toms (sons Hs)	12
TOTS	14
T.O LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	16

2. Dictées des enfants de l'école Righi

Vendredi 16 janvier

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
3. L'aviateur rit, car des petits garçons cache un beau poisson d'avril dans une de ses poches.
4. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
5. En bas de la montagne, le chasseur envoie ce gros chien explorer de sombre cavernes.
6. Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ses temples Romains.
7. La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	7
TOMS	8
T.O. LEXICALE	3
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	11

Vendredi 16 janvier

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cette homme me vend plus sa grande voiture rouge.
3. L'aviateur rit, car des petits garçons cache un beau poisson d'avril dans une de ces poche.
4. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
5. En bas de la montagne, le chasseur envoier ce gros chien exploré de sombre cavernes.
6. Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ~~pour~~ ses temples Romains.
7. La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les moustique.

Toms (sans Hs)	9
TOMS	12
T.O. LEXICALE	3
O. PHONÉTIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	17

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cet homme ne veut plus sa grande voiture rouge.
3. L'animateur rit car des petits garçons cache un beau poisson et un œuf dans une de ses poches.
4. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
5. En bas de la montagne, le chasseur engage ce gros chien explorer deux arbres couverts.
6. Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
7. La nuit, les campements n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	6
T.O.M.S	8
T.O. LEXICALE	2
O. PHONÉTIQUE	0
ORISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	10

Vendredi 16 janvier

Ma copine adore le vélo. Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge. L'aveugle rit, car des petits garçons cachent un beau poisson d'oril dans une de ses poche. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison. En bas de la montagne, des chasseurs envoient se gros chien explorer de sombre cavernes. Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui ces temples romains. La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; il se défend contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	6
TOMS.	7
T.O. LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	9

Vendredi 16 Janvier

Ma copine adore le vélo.

Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.

L'aviateur rit car des petits garçons cachent un beau poisson d'or dans une de ses poche.

L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.

En bas de la montagne, le chasseur à envoyer ~~à~~ un gros chien explore de sombres cavernes.

Demain j'engagerais le guide pour visiter avec lui ses temple romain.

La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les maudits.

Toms (sans Hs)	7
TOMS	8
T.O. LEXICALE	2
O. PHONÉTIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	12

Introduction

La copine adore le vélo.

Cette homme m'enverra plus sa grande vestiture rouge.

L'assistant a dit que des petits garçons cache un beau poisson d'or le dans une de ses poche.

L'indien calme son cheval derrière les barrières qui empêchent une étrange maison.

En deux de la montagne le chasseur emporta un grand chien explora des ambes barrières.

demain, j'engagerai le guy pour resider avec lui des tant romais.

La nuit, les carreaux n' arrivent pas à dominer; ils se balancent entre les marquises.

Toms (sans Hs)	14
TOMS	16
T.O. LEXICALE	7
O. PHONÉTIQUE	11
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GÉNÉRAL	35

Tôms (sans Hs)	12
TOMS	14
T.O. LEXICALE	3
O. PHONÉTIQUE	3
ORTHOGRAPHE	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	20

R7

Vendredi 16 janvier

Dictée

- 1) La copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'arrivateur rit, car des petits garçon cache un beau poisson d'arcub dans une de ses poche.
- 4) L'indiaïn calme son cheval devant la barrière qui encadre une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur ~~romain~~ ce gros chien exploier de sombre cavernes.
- 6) Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui c'est de temple romain.
- 7) La nuit, les campeurs n'arivent pas à dormir; ils se défendent contre les maustique.

Vendredi 16 janvier

1) Ma copine adore le réb. 2) Cet homme ne vend plus ça grande voiture rouge. 3) L'aviateur rit, car des petits garçons cachent un beau poisson d'arc en dans une de ses poches. 4) L'indien calme son cheval devant les lanciers qui encadrent une étrange maison. 5) En bas de la montagne, le chasseur a envoyé ce gros chien de sombre par son. 6) Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples Romains. 7) La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	3
TOMS	4
T.O. LEXICALE	5
O. PHONÉTIQUE	2
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	12

Vendredi 16 janvier

- l'Alba copine adore le vélo. Cet homme ne vend plus sa
 - grande voiture rouge. L'aviateur suit, car des petits garçons
 - cadent un beau poisson et avril dans une de ses poches.
 - L'indien calme son cheval devant les barrières
 - qui encadrent une étrange maison.
 - En bas de la montagne, le chasseur envoyait son
 - gros chien explorer de sombres cavernes. Demain
 - j'engagerai un guide pour visiter avec lui ces temples
 - romains. La nuit, les campeurs arrivent pas à dormir; ils
 - se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	4
TOMS	4
T.O. LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GÉNÉRAL	9

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
3. L'aviateur rie, car des petits garçons cache un beau poisson d'avril dans une de ses poches.
4. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
5. En bas de la montagne le chasseur envoie le gros chien explorer de sombre caverne.
6. Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
7. La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se defendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	8
TOMS	8
TIO LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	9

3. Dictées des enfants de l'école Denis Delahaye

D1

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur rit, car des ^{ces} petit garçon cache un beau poisson d'or
dans une de ~~ses~~ poche.
- 4) L'indien calme son cheval devant la barrière qui encadre une
étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur envoie se gros chien
exposer de sombre cavernes.
- 6) Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temple
romains.
- 7) La nuit, les campeur n'arrive pas à dormir; ils se défendent
contre les moustique.

Toms (sans Hs)	14
TOMS	17
T.O. LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	2
Omission	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	19

- 1, Ma copine adore le vélo.
- 2, Cette homme ne vend sa grande voiture rouge.
- 3, L'aviateur risca des petit garçon cache un beau poisson d'or rien dans une de ses poche.
- 4, L'indien calme son cheval devant les barrière qui encadre une étrange maison.
- 5, ~~Le~~ En bat de la montagne, le chasseur envoie se gros chien exploré de sombre caverne.
- 6, Demain, j'annulerai le guide pour visite avec lui s'est tombe demain.
- 7, La nuit, les campers n'arrive pas à dormir; il se defend contre les moustique.

Toms (sans Hs)	20
TOMS	23
T.O LEXICALE	9
O. PHONÉTIQUE	4
OMISSION	1
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	37

- 1 Ma copine adore le vélo.
- 2 Cette homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3 L'aviateur si, avec des petits garçons cache un beau poisson d'avril dans une de ses poche.
- 4 L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- 5 En bus de la montagne, le chasseur envisage se gros chien explorer de sombre caverne.
- 6 Demain, j'engage le guide pour visiter avec lui c'est temple romain.
- 7 La nuit, les campeur n'arrivent pas à dormir, il se débende contre les moustiques.

Toms (senses)	15
TOMS	18
T.O. LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	1

ORISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GÉNÉRAL	21

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cette homme me ra plus sa grande voiture rouge.
3. L'asiatique ri, car des petit garçon cachent un bon poisson d'oreil dans une de ses poche.
4. L'indien calme son cheval devan les barrière qui encadre une strange maison.
5. En de la montagne, le chasseur envoyai se gros chien exploré de sombre carrière.
6. Demain, j'angagerai le guide pour visité avec lui c'est temple romain.
7. La nuit, les compere n' arrive pas à dormire; il se défand contre les moustique.

Toms (sans Hs)	19
TOMS	20
T.O LEXICALE	8
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	1
TOTAL GÉNÉRAL	32

- 1) Ma copine adore le vélo.
- 2) Cet homme ne rend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur rit, car des petits gaussons cachent un beau poisson d'avielle avril dans une de ses poches.
- 4) L'Espagnol calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur engage se gros chien est explorer de sombre caveaux.
- 6) Demain, j'engage er le guide pour visiter avec lui ces temps romain.
- 7) La nuit, les campeurs n'avaient pas à dormi; ils se devaient contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	9
TOMS	10
TO LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	3
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	14

- 1) Ma copine adore le vété.
- 2) Cet homme me vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'aviateur rie, car des petits garçons cachent un beau poisson d'avril dans une de ses poche.
- 4) L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur envoie se gros chien explorer de sombre caverne.
- 6) Demain, j'engagerai le guide pour visiter avec lui ses temple romains.
- 7) La nuit, les campesurs n'arrivent pas à dormir; ils se défende contre les moustiques.

Tons (sans Hs)	9
TOTS	12
T.O. LEXICALE	7
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	19

4. Dictées des enfants de l'école Saint Roch 2

54

- ① Ma copine adore le vélo.
- ② Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- ③ L'aviateur rit, car des petits gangsters cachent un beau poisson d'avril dans une de ses poches.
- ④ L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- ⑤ En bas de la montagne, le chasseur ~~à~~ envoie ~~à~~ ce gros chien explorer des sombres casernes.
- ⑥ Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
- ⑦ La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir ; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	2
TOMS	2
T.O LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	2

- ① Ma copine adore le vélo.
- ② Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- ③ L'aviateur rit, car des petits garçons cachent un beau poisson d'avril dans une de ses poches.
- ④ L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
- ⑤ En bas de la montagne, le chasseur envoyait ce gros chien explorer de sombres cavernes.
- ⑥ Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
- ⑦ La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	3
TOMS	3
T.o. LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	4

- 1 Mon copain adore le vélo.
- 2 C'est ce homme ne rend plus sa grande voiture
Mony.
- 3 d'avisiers rien, car des petits garçons cache un leur
poisson d'arsenic dans une de ses poches.
- 4 L'indien calme son cheval devant les barrières
qui encadre une étrange maison.
- 5 En bas de la montagne le chasseur avait
le gros chien explore de son conter.
- 6 Demain, j'engagerai le guide pour visiter
avec lui ce est temples romains.
- 7 la nuit en les camp peux n' arrivent pas d' dormir;
il se défend contre les monastères.

Toms (sans Hs)	7
TOMS	9
T.O. LEXICALE	0
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	9

1. Ma copine adore le vélo.
2. Cette homme ne veut plus sa grande voiture rouge.
3. L'aviateur rit, car ce des petites gargons cachent un beau poisson d'avisil dans une de cette poches.
4. L'indien calme son cheval devant les barrières qui encadrent une étrange maison.
5. En bas de la montagne, le chasseur envoie ce gros chien explorer de sombres cavernes.
6. Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ses temples ~~romains~~ romains.
7. La nuit, les campeurs n'osent pas de dormir; ils se défendent contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	5
TOMS	6
T.O LEXICALE	3
O. PHONÉTIQUE	2
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	11

- 1 ~~X~~ Mo copine adore le vélo.
- 2 Cet homme ne veut plus sa grande voiture rouge.
- 3 L'orateur rit, car des petits garçons cache un beau poisson d'or ~~à~~ avril dans une de ses poches.
- 4 L'indien calme son ~~à~~ cheval devant les barrières qui encadre une étrange maison.
- 5 En bas de la montagne, le ~~à~~ chasseur envoyait ce gros chien explorer de sombre ~~à~~ cavernes.
- 6 Demain ~~à~~ j'engagerais le guide pour visiter avec lui ces temples romains.
- 7 La nuit, les ~~à~~ campeurs n'arrivent pas à dormir; ils se défendent contre les ~~à~~ moustiques.

Toms (sans Hs)	7
TOMS	7
T.O LEXICALE	1
O. PHONÉTIQUE	0
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	8

- 1) Alba copine a donné le cadeau.
- 2) Cet homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- 3) L'ouvrier rit car des petits garçons et cache un beau petit poisson d'arcil dans une deux de poche.
- 4) L'indien adonne son cheval devant les barrière qui en cache une étrange maison.
- 5) En bas de la montagne, le chasseur du chasseur avait son chien exposer de sombre caverne.
- 6) Demain, je apprends le guide pour visiter le temple Romain.
- 7) La nuît, les concomptes n' arrivent pas à dormir; il se défend contre les moustiques.

Terms (sans Hs)	12
TOHS	14
T.O LEXICALE	6
O. PHONÉTIQUE	4
OMISSION	3
SEGMENTATION	4
TOTAL GÉNÉRAL	31

- (1) Ma copine adore le vélo.
- (2) Cette homme ne vend plus sa grande voiture rouge.
- (3) L'asiatique rit car des petit garçon cache un beau poisson d'avril dans une de ses poches.
- (4) ~~(4)~~ L'indien calme son cheval devant les bauxière qui encadrent une étrange maison.
- (5) ~~(5)~~ En bat de la montagne, le chasseur envoie de gros chien explorer de sombre caverne.
- Demain, j'engagerais le guide pour visiter avec lui ses temple Demain.
- La nuit, les campeurs n'arrivent pas à dormir; il se défend contre les moustiques.

Toms (sans Hs)	16
TOMS	18
T.O LEXICALE	7
O. PHONÉTIQUE	1
OMISSION	0
SEGMENTATION	0
TOTAL GÉNÉRAL	26

Annexe II : Questionnaires des enseignants

1. Questionnaire de l'enseignant de l'école La Mantega

Questionnaire

Ecole: La Mantega

Date: 12/01/15

1. Depuis combien de temps enseignez-vous? 35 ans
2. Diriez-vous que vous avez une classe plutôt : homogène ou hétérogène
3. Si c'est une classe hétérogène, vous arrive-t-il de créer des groupes de niveau?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Fréquemment
 - Très souvent
4. Si oui, comment constituez-vous le groupe de bons élèves?
 - Aux résultats
 - Comportement +/- autonome dans le travail
 - Relation entre les élèves (bonne entente, possibilité d'entraide)
 - Autre:
5. Combien diriez-vous qu'il y a de bons élèves dans la classe? 7
6. Comment distinguez-vous les bons élèves?
 - Un comportement distinctif : sage, attentif, participatif, perfectionniste, rapide, mature, motivé (intérêt pour ce qui se fait en classe, envie d'apprendre, curiosité intellectuelle), travaille avec application ou facilité, élément moteur participant à la dynamique de la classe
 - Résultats scolaires corrects ou très corrects
 - Maîtrise de la langue: s'exprime bien à l'oral et à l'écrit
 - Compétences cognitives : intelligence, pertinence
 - Bonne culture générale – connaissances
 - Autre:
7. Est-ce qu'il y a des bons élèves en fonction des matières (ou les bons élèves sont-ils bons partout?)
 - Oui :
 - Non :
8. Pensez-vous que les bons élèves resteront des bons élèves? (tout le long de l'année et pour la suite de leur scolarité?)
 - Oui:
 - Non:

9. Pensez-vous que votre représentation du bon élève (et donc du moins bon) est liée à votre propre expérience et définition de l'école?

- Oui:
- Non:

10. Qu'est ce qui caractérise, à l'inverse, les moins bons élèves de votre classe?

- Difficultés scolaires
- Mauvais résultats scolaires
- Comportement gênant l'apprentissage, le travail de l'enseignant ou qui causerait des problèmes relationnels avec les autres enfants
- Manque de motivation
- Ne travaille pas
- Moins compétent sur le plan cognitif
- Autre :

11. Selon vous, est-ce qu'un élève en difficulté peut être un bon élève?

- Oui:
- Non:

12. Qu'est-ce qui fait, qu'à un moment, vous pensez que l'enfant pourrait peut-être bénéficier d'une prise en charge orthophonique?

- Une articulation ou une parole retardée ou altérée : absence, substitution, inversion de sons
- Des difficultés apprentissages: lecture, écriture, graphisme, calcul
- Des acquis scolaires instables
- Des difficultés relationnelles ou de comportement en classe
- Des difficultés d'évocation, d'association
- Un langage retardé ou troublé : difficulté dans la construction des phrases, phrases incomplètes
- Un langage qui semble déstructuré, incohérent
- Autre :

En vous remerciant pour votre intérêt et votre aide.

2. Questionnaire de l'enseignant de l'école Righi

Questionnaire

Ecole: RIGHI

Date: 16/01/2015

1. Depuis combien de temps enseignez-vous? 31 ans
2. Diriez-vous que vous avez une classe plutôt : homogène ou hétérogène
3. Si c'est une classe hétérogène, vous arrive-t-il de créer des groupes de niveau?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Fréquemment
 - Très souvent
4. Si oui, comment constituez-vous le groupe de bons élèves?
 - Aux résultats
 - Comportement +/- autonome dans le travail
 - Relation entre les élèves (bonne entente, possibilité d'entre-aide)
 - Autre:
5. Combien diriez-vous qu'il y a de bons élèves dans la classe? 10
6. Comment distinguez-vous les bons élèves?
 - Un comportement distinctif : sage, attentif, participatif, perfectionniste, rapide, mature, motivé (intérêt pour ce qui se fait en classe, envie d'apprendre, curiosité intellectuelle), travaille avec application ou facilité, élément moteur participant à la dynamique de la classe
 - Résultats scolaires corrects ou très corrects
 - Maîtrise de la langue: s'exprime bien à l'oral et à l'écrit
 - Compétences cognitives : intelligence, pertinence
 - Bonne culture générale – connaissances
 - Autre:
7. Est-ce qu'il y a des bons élèves en fonction des matières ?
 - Oui : des élèves très faibles dans un domaine et sans difficultés avérées dans d'autres
 - Non :
8. Pensez-vous que les bons élèves resteront des bons élèves? (tout le long de l'année et pour la suite de leur scolarité?)
 - Oui: Du fait que l'école est dans un quartier favorisé
 - Non:

9. Pensez-vous que votre représentation du bon élève (et donc du moins bon) est liée à votre propre expérience et définition de l'école?

- Oui:
 Non:

10. Qu'est ce qui caractérise, à l'inverse, les moins bons élèves de votre classe?

- Difficultés scolaires
 Mauvais résultats scolaires
 Comportement gênant l'apprentissage, le travail de l'enseignant ou qui causerait des problèmes relationnels avec les autres enfants
 Manque de motivation
 Ne travaille pas
 Moins compétent sur le plan cognitif
 Autre :

11. Selon vous, est-ce qu'un élève en difficulté peut être un bon élève?

- Oui: *car les difficultés sont souvent psychologiques*
 Non:

12. Qu'est-ce qui fait, qu'à un moment, vous pensez que l'enfant pourrait peut-être bénéficier d'une prise en charge orthophonique?

- Une articulation ou une parole retardée ou altérée : absence, substitution, inversion de sons
 Des difficultés apprentissages: lecture, écriture, graphisme, calcul
 Des acquis scolaires instables
 Des difficultés relationnelles ou de comportement en classe
 Des difficultés d'évocation, d'association
 Un langage retardé ou troublé : difficulté dans la construction des phrases, phrases incomplètes
 Un langage qui semble déstructuré, incohérent
 Autre :

En vous remerciant pour votre intérêt et votre aide.

3. Questionnaire de l'enseignant de l'école Denis Delahaye

Questionnaire

Ecole: Denis Delahaye

Date: 19/01/15

1. Depuis combien de temps enseignez-vous? 30 ans
2. Diriez-vous que vous avez une classe plutôt : ~~homogène~~ ou hétérogène
3. Si c'est une classe hétérogène, vous arrive-t-il de créer des groupes de niveau?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Fréquemment
 - Très souvent
4. Si oui, comment constituez-vous le groupe de bons élèves?
 - Aux résultats
 - Comportement +/- autonome dans le travail
 - Relation entre les élèves (bonne entente, possibilité d'entre-aide)
 - Autre:
5. Combien diriez-vous qu'il y a de bons élèves dans la classe? 2-6
6. Comment distinguez-vous les bons élèves?
 - Un comportement distinctif : sage, attentif, participatif, perfectionniste, rapide, mature, motivé (intérêt pour ce qui se fait en classe, envie d'apprendre, curiosité intellectuelle), travaille avec application ou facilité, élément moteur participant à la dynamique de la classe
 - Résultats scolaires corrects ou très corrects
 - Maîtrise de la langue: s'exprime bien à l'oral et à l'écrit
 - Compétences cognitives : intelligence, pertinence
 - Bonne culture générale – connaissances
 - Autre:
7. Est-ce qu'il y a des bons élèves en fonction des matières ?
 - Oui :
 - Non :
8. Pensez-vous que les bons élèves resteront des bons élèves? (tout le long de l'année et pour la suite de leur scolarité?)
 - Oui:
 - Non:

9. Pensez-vous que votre représentation du bon élève (et donc du moins bon) est liée à votre propre expérience et définition de l'école?

- Oui:
- Non:

10. Qu'est ce qui caractérise, à l'inverse, les moins bons élèves de votre classe?

- Difficultés scolaires
- Mauvais résultats scolaires
- Comportement gênant l'apprentissage, le travail de l'enseignant ou qui causerait des problèmes relationnels avec les autres enfants
- Manque de motivation
- Ne travaille pas
- Moins compétent sur le plan cognitif
- Autre : *des enfants qui ne sont pas élèves : pb de concentra-*
-tion

11. Selon vous, est-ce qu'un élève en difficulté peut être un bon élève?

- Oui: *un dyslexique (par ex) peut suffisamment compenser.*
- Non:

12. Qu'est-ce qui fait, qu'à un moment, vous pensez que l'enfant pourrait peut-être bénéficier d'une prise en charge orthophonique?

- Une articulation ou une parole retardée ou altérée : absence, substitution, inversion de sons
- Des difficultés apprentissages: lecture, écriture, graphisme, calcul
- Des acquis scolaires instables
- Des difficultés relationnelles ou de comportement en classe
- Des difficultés d'évocation, d'association
- Un langage retardé ou troublé : difficulté dans la construction des phrases, phrases incomplètes
- Un langage qui semble déstructuré, incohérent
- Autre :

En vous remerciant pour votre intérêt et votre aide.

4. Questionnaire de l'enseignant de l'école Saint Roch 2

Questionnaire

Ecole: St Roch 2

Date: 27/01/15

1. Depuis combien de temps enseignez-vous? 10 ans
2. Diriez-vous que vous avez une classe plutôt : homogène ou hétérogène
3. Si c'est une classe hétérogène, vous arrive-t-il de créer des groupes de niveau?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Fréquemment
 - Très souvent
4. Si oui, comment constituez-vous le groupe de bons élèves?
 - Aux résultats
 - Comportement +/- autonome dans le travail
 - Relation entre les élèves (bonne entente, possibilité d'entraide)
 - Autre:
5. Combien diriez-vous qu'il y a de bons élèves dans la classe? 6
6. Comment distinguez-vous les bons élèves?
 - Un comportement distinctif : sage, attentif, participatif, perfectionniste, rapide, mature, motivé (intérêt pour ce qui se fait en classe, envie d'apprendre, curiosité intellectuelle), travaille avec application ou facilité, élément moteur participant à la dynamique de la classe
 - Résultats scolaires corrects ou très corrects
 - Maîtrise de la langue: s'exprime bien à l'oral et à l'écrit
 - Compétences cognitives : intelligence, pertinence
 - Bonne culture générale – connaissances
 - Autre:
7. Est-ce qu'il y a des bons élèves en fonction des matières ?
 - Oui :
 - Non :
8. Pensez-vous que les bons élèves resteront des bons élèves? (tout le long de l'année et pour la suite de leur scolarité?)
 - Oui: Pour la plupart oui et au moins jusqu'à leur entrée au collég.
 - Non:

9. Pensez-vous que votre représentation du bon élève (et donc du moins bon) est liée à votre propre expérience et définition de l'école?

- Oui:
- Non:

10. Qu'est-ce qui caractérise, à l'inverse, les moins bons élèves de votre classe?

- Difficultés scolaires
- Mauvais résultats scolaires
- Comportement gênant l'apprentissage, le travail de l'enseignant ou qui causerait des problèmes relationnels avec les autres enfants
- Manque de motivation
- Ne travaille pas
- Moins compétent sur le plan cognitif
- Autre :

11. Selon vous, est-ce qu'un élève en difficulté peut être un bon élève?

- Oui: *Dans certains domaines*
- Non:

12. Qu'est-ce qui fait, qu'à un moment, vous pensez que l'enfant pourrait peut-être bénéficier d'une prise en charge orthophonique?

- Une articulation ou une parole retardée ou altérée : absence, substitution, inversion de sons
- Des difficultés apprentissages: lecture, écriture, graphisme, calcul
- Des acquis scolaires instables
- Des difficultés relationnelles ou de comportement en classe
- Des difficultés d'évocation, d'association
- Un langage retardé ou troublé : difficulté dans la construction des phrases, phrases incomplètes
- Un langage qui semble déstructuré, incohérent
- Autre :

En vous remerciant pour votre intérêt et votre aide.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
SOMMAIRE.....	5
Introduction	7
Partie théorique.....	9
I. La conception de la pathologie en orthophonie.....	10
1. Le normal et le pathologique.....	10
1.1. Analyse de la question du normal	10
1.1.1. Normalité statistique.....	10
1.1.2. Normalité idéale ou sociale	12
1.1.3. Normalité fonctionnelle	12
1.1.4. Normalité médicale.....	13
1.1.5. Normalité subjective.....	14
1.2. Evolution historique du concept de maladie et du pathologique	15
1.2.1. Le pathologique avant la clinique moderne	16
a. Conceptions mythiques et bibliques	16
b. Conception grecque : la maladie comme entité propre.....	17
c. Conceptions médiévales	19
1.2.2. Naissance de la clinique : l'identification du pathologique	20
1.2.3. Le pathologique comme écart quantitatif par rapport à la norme biologique..	22
1.2.4. L'apport de Georges Canguilhem : conception subjective et qualitative du normal et du pathologique.....	24
a. Ambiguïté du terme normal.....	24
b. C'est la vie qui invente ses normes.....	25
c. La normalité selon le principe de l'identité	26
d. La normalité sous l'angle de la pluralité des formes de vie.....	27
La normativité	27
La santé et la maladie du point de vue de la norme	28
La maladie conçue comme altérité.....	30
e. Conclusion.....	31
1.3. Bref regard sur le pathologique en psychiatrie	32
1.4. Le pathologique : entre l'éprouvé singulier et l'écart à la norme	34
1.5. La question du pathologique fonctionnel, sans lésion repérable.....	35
1.6. Quelques mots sur la pathologie ailleurs	37
1.6.1. Compréhension orientale du pathologique	37

1.6.2.	Compréhension africaine du pathologique	37
1.7.	Anomalie versus pathologie.....	38
1.8.	La psychologie des enfants et le repérage des anomalies et anormalités.....	39
2.	Dans le domaine du langage.....	42
2.1.	Normal au sens de moyenne, de fréquence, de concept statistique.....	42
2.2.	L'importance du contexte dans l'appréhension du normal	44
2.2.1.	Coup d'œil sur les différences interculturelles	44
2.2.2.	L'orthographe à travers le temps	45
2.3.	La norme comme un choix fait par une communauté : norme sociale	48
2.4.	Le normal comme idéal de santé.....	49
2.5.	L'orthophonie avec et au-delà de la norme.....	50
II.	L'orthographe : son acquisition, ses troubles et son évaluation	52
1.	L'acquisition du langage écrit et de l'orthographe.....	52
1.1.	Le fonctionnement de l'orthographe française	52
1.1.1.	Le principe phonographique	53
1.1.2.	Le principe sémiographique	53
1.2.	La découverte de l'écrit.....	54
1.3.	Les conditions d'accès à l'écrit.....	55
1.4.	L'apprentissage de l'orthographe.....	56
1.4.1.	Conversion phonèmes-graphèmes : accès au principe alphabétique	57
1.4.2.	Construction du lexique orthographique.....	59
1.4.3.	Utilisation des informations graphotactiques	59
1.4.4.	Importance de la morphologie	60
1.4.5.	Automatisation de l'orthographe	61
1.4.6.	Relation entre lecture et orthographe.....	61
1.5.	Eclairage de la psychanalyse concernant le développement du langage écrit et de l'orthographe.....	62
1.5.1.	Le langage écrit et la fonction symbolique.....	63
a.	Accès à la fonction symbolique	63
b.	Le rôle de la fonction symbolique dans l'écriture	64
c.	L'accès au symbolique de l'écrit	64
1.5.2.	L'acceptation de la règle et de la loi.....	67
1.5.3.	Le rapport à l'autre	67
2.	La pathologie orthographique	68
2.1.	Les définitions générales des classifications internationales	68
2.1.1.	Le trouble d'apprentissage.....	68

2.1.2.	Le trouble de l'orthographe	69
2.2.	Examen de ces définitions.....	71
2.3.	Caractéristiques des différents types de dysorthographies développementales et étiologies	72
2.4.	La dysorthographe comme symptôme	75
2.4.1.	La notion de symptôme	75
2.4.2.	Le symptôme dans les troubles du langage écrit	76
2.5.	Quelques réflexions sur les notions de trouble et de symptôme	79
3.	Le bilan orthophonique du langage écrit.....	82
3.1.	La définition du bilan orthophonique.....	82
3.2.	Le déroulement du bilan orthophonique du langage écrit.....	83
3.2.1.	Du motif de consultation à la demande : prise de rendez-vous et premier entretien	83
3.2.2.	La passation des épreuves étalonnées : les tests	85
3.2.3.	Un entretien final	86
3.3.	L'objectivité dans le bilan de langage : les tests orthophoniques	87
3.3.1.	Définition et caractéristiques des tests.....	87
a.	Qu'est-ce qu'un test ?.....	87
b.	Qualités d'un test	88
3.3.2.	Nécessité d'utilisation des tests dans le bilan orthophonique.....	90
a.	Pourquoi avons-nous besoin des tests ?.....	90
b.	L'évaluation de l'orthographe à travers les tests	91
3.4.	Limites des tests et subjectivité dans le langage	92
3.4.1.	La question des instruments de mesure	92
3.4.2.	La subjectivité du langage	95
3.5.	Entre rigueur scientifique et intuition clinique, le rapport entre quantitatif et qualitatif	97
	Problématique et hypothèse.....	99
	Partie expérimentale	102
I.	La première expérimentation.....	103
1.	Les objectifs de l'étude	103
2.	La présentation de l'étude	104
2.1.	La population de l'étude	104
2.1.1.	Le choix du niveau scolaire	104
2.1.2.	Le choix des écoles.....	104
2.1.3.	Le choix de l'échantillon	104
2.2.	Le matériel	104

2.2.1.	Le choix du test.....	104
2.2.2.	La description du test.....	105
2.2.3.	Le choix de l'épreuve	108
2.2.4.	La description de l'épreuve	108
II.	La deuxième expérimentation.....	111
1.	Les objectifs de l'étude	111
2.	La présentation de l'étude	111
2.1.	Pourquoi le choix du questionnaire ?.....	111
2.2.	Le profil des enseignants.....	112
2.3.	La création et la présentation du questionnaire.....	112
III.	La procédure	114
1.	Organisation de la passation.....	114
2.	Passation.....	114
3.	Recueil.....	116
4.	Cotation	116
	Présentation et analyse des résultats	117
I.	Résultats recueillis auprès des enfants.....	118
1.	Ecole primaire La Mantega	119
1.1.	Tableaux récapitulatifs des résultats	119
1.2.	Analyse et interprétations des résultats	120
2.	Ecole primaire Righi	121
2.1.	Tableaux récapitulatifs des résultats	121
2.2.	Analyse et interprétations des résultats	122
3.	Ecole primaire Denis Delahaye.....	124
3.1.	Tableaux récapitulatifs des résultats	124
3.2.	Analyse et interprétations des résultats	125
4.	Ecole primaire Saint Roch 2.....	126
4.1.	Tableaux récapitulatifs des résultats	126
4.2.	Analyse et interprétations des résultats	127
5.	Conclusion de l'étude.....	128
II.	Données recueillies auprès des enseignants.....	130
1.	Analyse des réponses des enseignants	130
2.	Conclusions de l'étude	135
	Discussion des résultats	137
I.	Rappels	138
II.	Réflexions engagées par les résultats.....	139

1.	Autour de l'adresse de soin par l'enseignant.....	139
2.	Autour de la portée des tests orthophoniques : le décalage entre la subjectivité du langage et l'objectivité des tests	140
III.	Biais et limites de l'expérimentation	143
1.	La représentativité des échantillons	143
2.	Les conditions de passation.....	143
3.	L'analyse et les conclusions	144
3.1.	Les dictées des enfants.....	144
3.2.	Les questionnaires des enseignants.....	144
	Conclusion	146
	Bibliographie	148
	Glossaire	155
	ANNEXES.....	156
	Annexe I : Dictées des enfants	157
1.	Dictées des enfants de l'école La Mantega	157
2.	Dictées des enfants de l'école Righi	164
3.	Dictées des enfants de l'école Denis Delahaye	174
4.	Dictées des enfants de l'école Saint Roch 2.....	180
	Annexe II : Questionnaires des enseignants	187
1.	Questionnaire de l'enseignant de l'école La Mantega	187
2.	Questionnaire de l'enseignant de l'école Righi.....	189
3.	Questionnaire de l'enseignant de l'école Denis Delahaye	191
4.	Questionnaire de l'enseignant de l'école Saint Roch 2.....	193
	TABLE DES MATIERES.....	195

CHERCHER L'ERREUR : Les bons élèves d'après leur enseignant le sont-ils également au regard du test orthophonique ? Etude comparative auprès de 30 enfants et 4 enseignants.

147 pages, 81 références bibliographiques

RESUME

Concernant les troubles du langage écrit, l'orthophoniste est souvent confronté, dans sa pratique, à des distorsions entre le motif de consultation initial, le profil obtenu aux tests normés et la réalité clinique d'un même enfant. Nous nous sommes alors demandé ce qui pouvait en être à l'origine. D'après nos connaissances théoriques et nos lectures, et sachant que nos patients sont souvent adressés par leur enseignant, nous avons élaboré l'hypothèse suivante : dans l'identification de la pathologie du langage écrit, il existe un écart entre la représentation qu'a l'enseignant de la norme et la norme relative au test étalonné. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons mis au point une double expérimentation. La première cherchait à objectiver, grâce à un test étalonné, une pathologie orthographique chez des enfants perçus comme de bons élèves par leurs enseignants. Nous avons donc soumis ces enfants à la passation du « Chronosdictées ». Ensuite, afin de vérifier si la maîtrise du langage écrit, donc de l'orthographe, était bien un critère d'identification des bons élèves d'après les enseignants, nous avons mis au point un questionnaire à leur destination. Cette deuxième expérimentation était aussi l'occasion de recueillir davantage de précisions sur le regard qu'ils portaient sur leurs élèves et sur les indices leur permettant d'en adresser certains en bilan orthophonique. L'analyse des performances des bons élèves à la dictée étalonnée met en évidence qu'il existe bien, pour certains enfants, un écart entre la représentation de la norme que se forgent les enseignants et la norme érigée par le test étalonné. Cette étude a en effet pu déterminer des éléments significatifs d'une pathologie orthographique chez 7 des 30 enfants testés. Par ailleurs, l'analyse des questionnaires confirme que la maîtrise de la langue écrite, donc de l'orthographe, est bien un critère d'identification des bons élèves pour tous les enseignants. D'autre part, leurs réponses nous permettent de souligner qu'ils connaissent et s'accordent sur les domaines d'intervention de l'orthophoniste sans toutefois disposer des mêmes critères pour identifier les bons et les moins bons élèves de leur classe. Ces divergences mettent en évidence que chacun d'eux a ses propres représentations de la normalité et de ses limites, donc sa propre manière de « situer » un enfant par rapport à une norme et ses propres critères pour l'adresser des plus en difficulté vers un orthophoniste.

Dealing with written language disorders, the speech therapist is often faced with differences between the original reason of the consultation, the profile obtained at the standardized tests and the clinical reality of a child. Thus we wondered what could be the cause of it. According to our theoretical knowledge and our reading, and since our patients are often sent by their teachers, we have developed the following assumption: in identifying a written pathology, there is a gap between the standard made by the teacher and the standard made by the calibrated test. To confirm this assumption, we have developed a double experiment. The first one was meant to show, thanks to a calibrated test, elements alluding to a spelling pathology with children seen as good pupils by their teachers. In this way we have tested these children in taking "Chronosdictées". Then, in order to check if the written language skill, that is to say the spelling, was indeed a criterion to identify good pupils for teachers, we have created a questionnaire for them. This second experiment was also a meaning to get more details on their overview on the pupils and the signs enabling them to send the most struggling ones to a language assessment. The performance analysis of good pupils in calibrated dictation highlights that there is indeed, for some children, a gap between the standard made by teachers et the one made by the calibrated test. This study has enabled us to determine significant elements of a spelling pathology in 7 out of 30 tested children. Besides, the questionnaires' analysis confirms that mastering the written language, that is to say the spelling, is indeed a criterion to identify good pupils for all the teachers. Moreover their answers enable us to stress that they know and agree with the speech therapist's field of expertise without having the same criteria to identify good and not as good pupils in their class. These discrepancies highlight that each one of them has his or her own representations of standards and limits and so his or her own way of "situating" a child over a standard and its own criteria to send the ones in greater difficulty to a speech therapist.

MOTS-CLES

Dysorthographe-troubles-test-enquête-enfant-orthographe-norme-pathologie

Dysorthography-disorders-test-investigation-child-spelling-norm-pathology

Directeur DE MEMOIRE : José WRONKE

Co-Directeur DE MEMOIRE : Sandrine JAUBERT