



HAL
open science

De l'intérêt de l'auto-évaluation du ressenti des
difficultés en lecture et orthographe chez des enfants
présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés du
CE2 au CM2

Chloé Perrier

► **To cite this version:**

Chloé Perrier. De l'intérêt de l'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe chez des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés du CE2 au CM2. Sciences cognitives. 2019. dumas-02545270

HAL Id: dumas-02545270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02545270>

Submitted on 16 Apr 2020

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.

Année universitaire 2018-2019

COLLÈGE SCIENCES DE LA SANTÉ
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 25 juin 2019

par Chloé PERRIER

née le 20 août 1994 à Limoges

De l'intérêt de l'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe chez des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés du CE2 au CM2

Sous la direction de :
Eve LE COCHENNEC

Membres du jury :
Elisabeth LONGÈRE, Orthophoniste, Bordeaux
Séverine DELPECH, Orthophoniste, Bordeaux

Année universitaire 2018-2019

COLLÈGE SCIENCES DE LA SANTÉ
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE
Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 25 juin 2019

par Chloé PERRIER

née le 20 août 1994 à Limoges

De l'intérêt de l'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe chez des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés du CE2 au CM2

Sous la direction de :
Eve LE COCHENNEC

Membres du jury :
Elisabeth LONGÈRE, Orthophoniste, Bordeaux
Séverine DELPECH, Orthophoniste, Bordeaux

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier tout particulièrement différentes personnes.

Je remercie infiniment ma directrice de mémoire, Madame Eve Le Cochenec, pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils avisés et pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet.

Merci à Madame Elisabeth Longère ainsi qu'à Madame Séverine Delpech pour leur présence au sein de mon jury de soutenance.

Merci à tous les enseignants et orthophonistes pour ce qu'ils m'ont appris. Je remercie tout particulièrement Madame Longère, Monsieur Glize, Madame Bénichou et Madame De Castelbajac pour leur investissement auprès de nous toutes.

Merci à toutes mes maîtres de stage qui m'ont tant apporté.

Merci aux orthophonistes m'ayant accompagnée dans ce projet et merci à leurs patients pour leur participation.

Merci à Camille, Pernelle, Clémence et Julie pour tous les moments que nous avons partagés pendant ces cinq années.... J'espère que ça n'était que le début !

Un immense merci à ma « famille de Périgueux » (Sylvie, Thierry, Quentin, Inès et Emmie) pour votre accueil. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi.

Enfin, merci à ma famille et tout particulièrement à mes parents, à ma sœur Alix, à mes grands-parents et notamment à toi qui m'a fait réciter des heures durant et qui te reconnaîtra. Sans vous, rien de tout cela ne m'aurait été possible. Merci du fond du cœur.

Sommaire

Introduction	4
Partie théorique	5
1. <i>LECTURE, ORTHOGRAPHE ET DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE</i>	<i>5</i>
1.1. Les deux voies de lecture et d'orthographe	5
1.2. Les troubles d'apprentissage affectant la lecture et l'orthographe	7
1.3. Les types de dyslexie-dysorthographe	8
1.3.1. La dyslexie phonologique	8
1.3.2. La dyslexie-dysorthographe de surface	9
1.3.3. La dyslexie-dysorthographe mixte	9
1.3.4. La dyslexie-dysorthographe visuo-attentionnelle	9
2. <i>LES CONSÉQUENCES DE LA DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE</i>	<i>10</i>
2.1. Les répercussions des difficultés sur l'estime de soi	11
2.2. L'humeur dépressive	11
2.3. Les répercussions des difficultés sur le quotidien et le rapport aux autres	13
2.4. L'anxiété	15
3. <i>L'AUTO-ÉVALUATION</i>	<i>16</i>
3.1. Définition de l'auto-évaluation	16
3.2. Intérêts de l'auto-évaluation	18
3.3. Limites de l'auto-évaluation	19
3.4. Quelle place pour l'auto-évaluation dans le projet thérapeutique ?	20
Objectifs	22
Postulats	22
Matériel et méthode	23
1. <i>CRÉATION DE LA GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION</i>	<i>23</i>
1.1. Le choix de l'auto-évaluation	23
1.2. Le choix des items	23
1.3. La formulation des items	24
1.4. Le recueil des réponses	24
1.5. Le choix d'une échelle verbale	24
1.6. Les consignes de passation	25
2. <i>L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ</i>	<i>25</i>
2.1. La phase de pré-test de la grille	25
2.2. La population	26
2.2.1. Les critères de recrutement	26
2.2.2. Les sources de recrutement	26
3. <i>PRÉSENTATION DU PROTOCOLE</i>	<i>27</i>
3.1. Conditions de passation	27
3.2. Description du protocole	27
3.3. L'évaluation du langage écrit	27
Présentation des résultats	29
1.1. Création de la grille d'auto-évaluation	29
1.2. Présentation de l'échelle de cotation	30
1.3. Présentation individuelle des résultats des évaluations des cinq sujets	31
1.3.1. Sujet 1 : garçon scolarisé en CE2	31

1.3.2.	Sujet 2 : fille scolarisée en CE2	33
1.3.3.	Sujet 3 : garçon scolarisé en CM1	35
1.3.4.	Sujet 4 : garçon scolarisé en CM2	38
1.3.5.	Sujet 5 : fille scolarisée en CM2	40
1.4.	Présentation groupée des résultats des évaluations des cinq sujets	42
Discussion	46
1.	<i>RAPPEL DES POSTULATS ET DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</i>	46
2.	<i>INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS</i>	47
2.1.	Accessibilité de la grille pour les enfants	47
2.2.	Pertinence de l'échelle de cotation verbale	47
2.3.	Corrélations entre le bilan et la grille d'auto-évaluation	47
2.3.1.	Sujet 1	47
2.3.2.	Sujet 2	48
2.3.3.	Sujet 3	48
2.3.4.	Sujet 4	48
2.3.5.	Sujet 5	48
2.4.	Corrélation des résultats de la grille par rapport à l'âge	49
2.5.	Expression du ressenti des enfants	49
2.6.	Prise de conscience du ressenti des patients	50
3.	<i>VALIDATION DES POSTULATS</i>	50
4.	<i>IMPLICATIONS ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE</i>	51
4.1.	Limites de la présente étude	51
4.2.	Implications de la présente étude	52
5.	<i>PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE</i>	53
Conclusion	54
Bibliographie	55
	<u>ANNEXE 1</u> : GRILLE DE RECUEIL DES RÉPONSES DESTINÉE AUX SUJETS.....	60
	<u>ANNEXE 2</u> : AUTORISATION DE RECUEIL DES DONNÉES TRANSMISES AUX REPRÉSENTANTS LÉGAUX DES SUJETS.....	61
	<u>ANNEXE 3</u> : GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION PROPOSÉE AUX SUJETS	62

Table des figures :

Graphe 1 – Résultats aux épreuves de lecture du sujet 1	31
Graphe 2 – Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 1	32
Graphe 3 – Résultats de l'auto-évaluation du sujet 1	32
Graphe 4 – Résultats aux épreuves de lecture du sujet 2	33
Graphe 5 – Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 2	34
Graphe 6 – Résultats de l'auto-évaluation du sujet 2	34
Graphe 7 – Résultats aux épreuves de lecture du sujet 3	35
Graphe 8 – Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 3	36
Graphe 9 – Résultats de l'auto-évaluation du sujet 3	36
Graphe 10 – Résultats aux épreuves de lecture du sujet 4	38
Graphe 11 – Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 4	38
Graphe 12 – Résultats de l'auto-évaluation du sujet 4	39
Graphe 13 – Résultats aux épreuves de lecture du sujet 5	40
Graphe 14 – Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 5	41
Graphe 15 – Résultats de l'auto-évaluation du sujet 5	41
Graphe 16 – Synthèse des scores globaux de l'auto-évaluation	42
Graphe 17 – Synthèse des sous-scores Anxiété des cinq sujets	43
Graphe 18 – Synthèse des sous-scores Humeur dépressive des cinq sujets	44
Graphe 19 – Synthèse des sous-scores Conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres des cinq sujets	44
Graphe 20 – Synthèse des sous-scores Répercussion des difficultés sur l'estime de soi des cinq sujets	45

Liste des annexes :

Annexe 1 – Grille de recueil des réponses destinées aux sujets	63
Annexe 2 – Autorisation de recueil des données transmises aux représentants légaux des sujets	64
Annexe 3 – Grille d'auto-évaluation proposée aux sujets	65

Introduction

La dyslexie-dysorthographe est une pathologie unanimement reconnue par la communauté scientifique. Le DSM-V la décrit comme étant un « *trouble neurodéveloppemental d'origine biologique qui entraîne des anomalies cognitives associées à des symptômes comportementaux* » (in Launay, 2018). Nombreuses sont les études mettant en évidence l'origine neurologique du trouble. Certains auteurs mettent en lumière des anomalies cérébrales anatomiques et fonctionnelles quand d'autres soulignent le rôle de la génétique. Ces deux éléments expliquent les hypothèses causales discutées actuellement dans la littérature : les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe présenteraient un déficit phonologique et des difficultés visuo-attentionnelles. (Barrouillet et al., 2007; Billard, 2014; Cannard, 2012; Delamare, 2012; Drouillard, 2018; Granger & Wicquart, 2012; Michel Habib, 2018; Klein, 2010; Launay, 2015; Ramus, 2005)

Certains auteurs notent en 2018 que le terme diagnostic pourrait évoluer au regard des connaissances actuelles ; ils proposent d'employer le terme de « *trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture et/ou de l'expression écrite* ». Ces mêmes auteurs soulignent également l'importance de qualifier la sévérité du trouble selon des critères de fonctionnalité. (Launay, 2018)

Ce diagnostic est posé par l'orthophoniste en concertation avec différents professionnels et peut être appuyé de bilans complémentaires si nécessaire. Pour ce faire, l'orthophoniste dispose de différents tests normés et validés afin de situer les performances du sujet par rapport à la moyenne des sujets de son âge. Après l'anamnèse permettant de connaître le développement de l'enfant, des épreuves spécifiques permettent notamment d'évaluer les pré-requis à la lecture, la lecture et la production orthographique sont proposées à l'enfant. (Barrouillet et al., 2007; Estienne & Piérart, 2006; Ferrand et al., 2002; HAS, 2017)

Cependant, bien que la loi stipule que « *la pratique de l'orthophonie [...] contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue* » (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 126, 2016), aucun test existant ne propose d'échelle d'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe alors que des échelles de ce type existent déjà dans d'autres domaines de la pratique orthophonique notamment dans le bégaiement et les pathologies vocales. (Estienne & Bijleveld, 2012; Estienne & Piérart, 2006; Humblot & Lenormand, 2013)

Ainsi, nous proposons d'analyser a posteriori les résultats d'un outil d'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe chez des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés du CE2 au CM2. Cet outil pourrait permettre de compléter le bilan orthophonique en tenant compte des composantes émotionnelles du sujet comme préconisé par certains auteurs. (Crevier-Buchman et al., 2005; Delahaie, 2009; Ferrara, 2009)

Partie théorique

1. LECTURE, ORTHOGRAPHE ET DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHE

Afin d'étudier plus précisément les données de la littérature relatives à la dyslexie-dysorthographe, nous aborderons les deux voies de lecture et d'orthographe. Les difficultés d'apprentissage seront ensuite évoquées avant la présentation des différents types de dyslexie.

1.1. Les deux voies de lecture et d'orthographe

Le modèle à double voie en cascade créé par Coltheart et collaborateurs décrit les mécanismes de lecture chez le lecteur expert. (Casalis et al., 2018; Coltheart, Curtis, Atkins, & Haller, 1993; Coltheart, Rastle, Perry, Langdon, & Ziegler, 2001; Pritchard, Coltheart, Palethorpe, & Castles, 2012). Il propose l'existence de deux voies de lecture activées simultanément lors de la présentation d'un mot. Le sujet décode le mot grâce à sa voie la plus rapide. (Cannard, 2012; Coltheart et al., 2001; Delamare, 2012)

- Une voie phonologique (autrement appelée d'assemblage, voie indirecte ou voie profonde) impose au lecteur de décomposer le mot vu en graphèmes. Il lui faut ensuite effectuer une correspondance grapho-phonémique pour produire le mot à haute voix. Cette voie de lecture est employée durant l'apprentissage de la lecture lors de la découverte des mots.

Lors de cette phase de conversion grapho-phonémique, trois étapes successives se déroulent. La première est la segmentation : le sujet doit découper le mot en graphèmes. Par exemple robinet sera découpé comme suit : r-o-b-i-n-et. Puis il faut convertir ces graphèmes en phonèmes. Ainsi, pour poursuivre notre exemple les lettres seront associées aux phonèmes suivants : R-ɔ-b-i-n-ε . Enfin, tous ces sons vont être assemblés pour produire le mot lors de la phase de synthèse. Le sujet prononcera alors /rɔbinε/.

Le lecteur expert utilise cette voie pour lire des mots nouveaux ou inconnus et des non-mots. Cette procédure d'assemblage est plus longue et coûteuse sur le plan cognitif. Il faut déchiffrer correctement et de manière identique un même mot plusieurs fois pour le stocker dans son lexique interne. (Billard & Deltheil- Pinton, 2010; Cannard, 2012; M Habib & Robichon, 1996; Klein, 2010; Marshall & Newcombe, 1973)

- Une voie lexicale, également nommée voie d'adressage, voie directe ou voie de surface. Elle fait appel au système sémantique et aux lexiques orthographique puis phonologique.

Cette voie permet au lecteur expert une lecture plus rapide en effectuant une reconnaissance globale du mot. Les mots sont alors lus par la procédure dite d'adressage. (Billard & Deltheil- Pinton, 2010; Cannard, 2012; M Habib & Robichon, 1996; Marshall & Newcombe, 1973)

Pour autant tous les auteurs ne sont pas en accord avec ce modèle théorique. Share (1995) et Sprenger-Charolles et Casalis (1996) possèdent une vision moins binaire des mécanismes de lecture.

Selon eux, le sens peut guider le lecteur à corriger de lui-même des erreurs de régularisations. Par exemple si le sujet décode « *le mɔ̃sjør met son chapeau* », le sens de la phrase peut déclencher une auto-correction « *le məsjø met son chapeau* ». (in Granger & Wicquart, 2012)

De Pratz, quant à elle, notait en 2006 que la lecture est certes une activité complexe mais liée à toutes les connaissances du sujet. Ces connaissances peuvent elles aussi être à l'origine d'auto-corrections. (in Klein, 2010)

En ce qui concerne l'orthographe, Caramazza et Miceli ont décrit en 1989 trois voies permettant d'orthographier les mots (Baneath, Boutard, Alberti, Clément, & Gatignol, 2006; Cannard, 2012) :

- La voie phonologique permet d'écrire les mots réguliers et les non-mots. Le sujet doit alors segmenter le mot en phonèmes, convertir ces phonèmes en graphèmes et maintenir tous ces éléments dans sa mémoire tampon avant d'écrire le mot. Véronis souligne en 1988 que c'est via cette voie que nous orthographions la moitié des mots. (in Cannard, 2012)
- La voie lexico-sémantique qui permet d'écrire les mots réguliers et irréguliers. Le sujet entend le mot à écrire et met en jeu son lexique phonologique d'entrée puis son système sémantique et son lexique orthographique de sortie afin d'activer la représentation orthographique connue. Le recours à cette voie suppose que le mot soit connu du sujet et que son orthographe soit mémorisée.
- La voie lexicale directe permet d'écrire des mots réguliers ou irréguliers sans solliciter le système sémantique.

La production orthographique est donc un processus complexe faisant appel à plusieurs traitements cognitifs en cascade qui varient selon la voie que le sujet emprunte. (Cannard, 2012; Delamare, 2012)

En ce qui concerne l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, les auteurs notent que l'enfant doit décoder quatre fois le même mot correctement avant de le stocker dans son lexique orthographique interne. Les compétences orthographiques se développent en parallèle. Cela suppose donc que ses deux voies soient efficaces afin d'automatiser la lecture pour la rendre fonctionnelle. (Barrouillet et al., 2007; Billard, 2014; Sprenger-Charolles, 2012 in Launay, 2015)

Mais, selon les études, 10 à 25% des sujets d'une classe d'âge n'acquièrent pas une lecture fonctionnelle. (Cavin & Cuisset, 2014; Launay, 2015; Inizan, 1998 in Ramus, 2004). Nous allons décrire les différents troubles d'apprentissage affectant la lecture et l'orthographe dans le paragraphe suivant.

1.2. Les troubles d'apprentissage affectant la lecture et l'orthographe

Lorsqu'un sujet présente des difficultés d'apprentissage de la lecture et/ou de l'orthographe, il importe de différencier le retard du trouble. Dans les deux cas, le sujet présente des difficultés au moment de l'apprentissage. Le sujet présentant un retard d'acquisition comblera ce retard et ses difficultés disparaîtront, ses acquisitions ne « *suivent pas le rythme habituel* » selon Cavin et Cuisset en 2015 et ses scores ne sont pas déficitaires. Quant au sujet présentant un trouble, il ne comblera pas ce retard et ses difficultés persisteront : c'est la dyslexie-dysorthographe. (Cavin & Cuisset, 2014; Launay, 2018). La prévalence de la dyslexie-dysorthographe se situerait entre 6 et 8% d'une classe d'âge selon les études. Le sexe ratio serait de quatre garçons pour une fille. (Barrouillet et al., 2007; Delamare, 2012; Michel Habib, 2018; Ramus, 2005)

La dyslexie est un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture. C'est un diagnostic d'exclusion : le sujet ne présente pas de déficience intellectuelle ni de défaillance neurologique, sensorielle, psychiatrique ou socio-culturelle. Les difficultés dans le domaine du langage écrit sont durables, spécifiques et significatives. (Barrouillet et al., 2007; Billard, 2014; Billard & Deltheil- Pinton, 2010; Delahaie, 2009; Pouymayou & David, 1998)

La notion de durabilité du trouble signifie que le sujet présente des difficultés depuis au minimum dix-huit mois. Ces difficultés spécifiques sont mises en évidence par des tests valides et fiables permettant de situer les capacités de l'enfant par rapport à celles attendues pour son âge. (Billard & Deltheil- Pinton, 2010)

Le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) définit comme suit les troubles spécifiques des apprentissages : (American Psychiatric Association, 2013; HAS, 2017; Peudenier, 2014)

- « *Ils sont affirmés par des outils d'évaluation standardisés révélant des scores déficitaires, situés à -1,5 écart-type en référence aux normes attendues pour l'âge ;*
- *Ils sont spécifiques, ne pouvant pas être entièrement expliqués par une autre pathologie sensorielle (surdité, vision), neurologique (lésions cérébrales innées ou acquises), intellectuelle ou psychiatrique (troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale), ni par un manque d'apport socioculturel*
- *Ils sont durables, persistant depuis au moins 6 mois en dépit d'une prise en charge individualisée et d'une adaptation pédagogique ciblée ; ils persisteront tout au long de la vie. Ils sont présents dès les premières étapes du développement, mais ils peuvent se manifester plus tardivement (lorsque l'enfant n'arrive plus à mettre en place des stratégies de compensation de son (ses) trouble(s) ;*
- *Ils interfèrent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante. »*

La Classification Internationale des Maladies CIM-10 retient quant à elle les critères diagnostiques suivants : (Barrouillet et al., 2007; OMS, 1994; Peudenié, 2014)

- « *La note obtenue aux épreuves, administrées individuellement, se situe à au moins deux écarts-types en-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et du QI*
- *Le trouble interfère de façon significative avec les performances scolaires ou les activités de la vie courante*
- *Le trouble ne résulte pas directement d'un déficit sensoriel*
- *La scolarisation s'effectue dans les normes habituelles*
- *Le QI est supérieur ou égal à 70 »*

En ce qui concerne la dysorthographe - moins documentée que la dyslexie - les auteurs notent qu'elle affecte l'apprentissage et l'automatisation de l'orthographe. 40 à 50% des enfants dyslexiques présenteraient une dysorthographe de manière associée selon Landerl et Moll en 2010 (*in* Drouillard, 2018) mais elle peut se présenter de manière isolée. Drouillard précise en 2018 que « *la question de son indépendance avec la dyslexie reste débattue* ». La CIM-10 la décrit isolément de la dyslexie tout en précisant que des difficultés orthographiques persistent à l'âge adulte dans le cadre de la dyslexie. La majorité des auteurs s'accordent à associer ces deux troubles. (Barrouillet et al., 2007; Billard, 2014; Drouillard, 2018)

Cependant pour d'autres chercheurs la dysorthographe de surface uniquement existerait sans dyslexie associée. Les résultats des épreuves de lecture sont dans la norme de ce qui est attendu pour l'âge du sujet. Les difficultés apparaissent aux épreuves d'orthographe. Les auteurs soulignent qu'elle serait due à des troubles de l'attention associés ou non à des faiblesses de la mémoire visuelle. (Baneath et al., 2006)

Une classification des erreurs produites par les sujets dyslexiques-dysorthographiques a été effectuée. Cette classification a mené à l'identification de trois types de dyslexies : la dyslexie-dysorthographie phonologique, la dyslexie-dysorthographie de surface et la dyslexie-dysorthographie mixte (Boder, 1973) ; nous allons les préciser dans les paragraphes suivants.

1.3. Les types de dyslexie-dysorthographie

1.3.1. La dyslexie phonologique

Le déficit phonologique signe ce type de dyslexie-dysorthographie. C'est la plus fréquente : son taux serait de 70% selon Lapière en 2008. (Billard & Deltheil- Pinton, 2010; Delamare, 2012; Lapière, 2008 *in* Lewis, 2018)

Ce type de dyslexie-dysorthographie se caractérise par un déficit d'intégration des sons des lettres et par une incapacité à effectuer une analyse phonétique du mot. Les sujets lisent de manière globale. Ils peuvent alors lire correctement des mots connus et familiers stockés dans leur lexique interne mais présentent des difficultés pour déchiffrer des mots peu fréquents et des non-mots.

En lecture, les erreurs commises sont qualifiées de non phonologiquement plausibles. Ces erreurs peuvent être des inversions, des substitutions ou encore des omissions de graphèmes. Des confusions de lettres visuellement et/ou phonologiquement proches sont observées ; notamment sur les sons proches comme p/b, t/d, k/g, f/v, s/z ou encore \int/ζ (Granger &

Wicquart, 2012). Des lexicalisations peuvent être observées pour les non-mots. Des erreurs de substitution de type paralexies verbales peuvent être présentes : le sujet pourra alors lire par exemple « champignon » pour « champignonnière ». Enfin des erreurs sémantiques peuvent être retrouvées, le sujet pourrait alors lire « maman » pour « mère ».

Pour ce qui est de l'orthographe, l'orthographe d'usage est préservée pour les mots courants et familiers. Les erreurs rencontrées sont des omissions, des substitutions, des ajouts ou encore des permutations de lettres. Des confusions de phonèmes sourds/sonores et de sons proches sont également rapportées (Boder, 1973; Cannard, 2012; Delamare, 2012; Granger & Wicquart, 2012; Klein, 2010)

1.3.2. La dyslexie-dysorthographe de surface

Ce type de dyslexie-dysorthographe représenterait 10% des dyslexies-dysorthographies. (Lapierre, 2008 *in* Lewis, 2018). Les sujets lisent par assemblage phonétique, comme s'ils redécouvraient le mot à chaque lecture. Ils décodent systématiquement par la procédure de conversion grapho-phonémique. (Boder, 1973)

Dans le domaine de la lecture, ils présentent des difficultés pour lire les mots irréguliers et pour construire leur stock lexical interne. La lecture des mots réguliers et des non-mots est préservée. Leur lecture est lente et hachée. Ils accèdent au sens avec difficulté. Ces sujets présentent des difficultés plus importantes pour décoder et écrire les mots irréguliers et les mots réguliers complexes. (Cannard, 2012; Klein, 2010)

Quant à l'orthographe, leurs productions mettent à jour des erreurs qualifiées de phonologiquement plausibles et des régularisations de mots irréguliers. Des confusions visuelles peuvent être présentes, elles affectent alors les graphèmes u/n, f/t, p/b selon Klein en 2010. Bréchet notait en 2007 que les résultats obtenus à l'épreuve de dictée de non-mots étaient dans la norme de ce qui était attendu pour l'âge de l'enfant (*in* Granger & Wicquart, 2012)

1.3.3. La dyslexie-dysorthographe mixte

Ce troisième type de dyslexie-dysorthographe reprend des éléments des deux tableaux précédents. Il concernerait selon Lapierre en 2008 20% des sujets (*in* Lewis, 2018).

Ce type de dyslexie-dysorthographe est le plus sévère. Ce diagnostic est fréquent car le sujet commet des erreurs retrouvées dans la dyslexie-dysorthographe phonologique et de surface. Des erreurs phonologiques, des régularisations de mots irréguliers ou encore des erreurs de segmentation peuvent être observées. (Cannard, 2012; Delamare, 2012)

1.3.4. La dyslexie-dysorthographe visuo-attentionnelle

Les difficultés concernent la reconnaissance visuelle et l'attention. L'image du mot perçue varie à chaque présentation du fait de la réduction de l'empan visuo-attentionnel. De ce fait les sujets ne peuvent se créer une image mentale fixe du mot ce qui entrave leurs capacités de reconnaissance globale. Valdois précise en 2007 que ce type de dyslexie-dysorthographe est marqué par des sauts de lignes et des sauts de mots. Elle précise que l'anticipation

sémantique via le contexte serait à l'origine des substitutions de mots. La faiblesse de l'empan visuel expliquerait que la lecture soit lente, laborieuse et syllabée. Bréchet effectuée en 2007 une distinction entre deux profils (*in* Klein, 2010) :

- Soit les enfants présentent un trouble de l'empan visuo-attentionnel sans atteinte phonologique.
- Soit ils présentent un trouble phonologique sans atteinte de l'empan visuo-attentionnel

Lors de la lecture, les erreurs rencontrées sont des confusions de mots visuellement proches, des inversions, des ajouts, des omissions de lettres visuellement proches, des sauts de lignes en lecture altérant la compréhension. Des régularisations de mots irréguliers et une lenteur lors de la lecture de mots réguliers sont également documentées dans la littérature.

Pour ce qui est de l'orthographe, la copie et la prise de notes sont difficiles pour ces sujets car ils peuvent présenter des troubles de l'oculomotricité. Les erreurs relevées sont des inversions et des confusions de graphèmes. De nombreuses ratures sont présentes. L'orthographe d'usage est très déficitaire. (Granger & Wicquart, 2012).

Cependant ce type de dyslexie décrit par Valdois en 2005 n'est pas unanimement reconnu dans la communauté scientifique. En 1998 Van Hout et Estienne notaient qu'ils ne tenaient pas compte d'un éventuel déficit de traitement visuo-spatial dans le cadre de la dyslexie. (*in* Granger & Wicquart, 2012). Klein rapportait en 2010 que pour ses détracteurs, les difficultés rencontrées par les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe visuo-attentionnelle seraient des manifestations des troubles associés à un déficit phonologique.

Le trouble spécifique de l'acquisition du langage écrit se présente donc selon différents profils.

- La dyslexie-dysorthographe phonologique est caractérisée par un déficit de la voie phonologique.
- La dyslexie-dysorthographe de surface s'explique par un défaut de la voie d'adressage.
- La dyslexie-dysorthographe mixte est la conséquence d'un déficit des deux voies de lecture et orthographe.
- La dyslexie-dysorthographe visuo-attentionnelle, moins reconnue, est caractérisée par des difficultés visuo-attentionnelles perturbant les processus de lecture et orthographe.

2. LES CONSÉQUENCES DE LA DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE

Dès la publication de leurs critères diagnostiques respectifs, la CIM 10 et le DSM IV soulignaient les conséquences fonctionnelles et émotionnelles de la dyslexie-dysorthographe. La CIM 10 mettait l'accent sur les problèmes émotionnels, la faible estime de soi et les problèmes de relation avec les pairs quand le DSM IV notait les taux élevés de dépression et de troubles de l'humeur. (Maughan, Rowe, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2003; OMS, 1994). Nous allons désormais étudier ces répercussions plus en détail en développant les répercussions sur l'estime de soi.

2.1. Les répercussions des difficultés sur l'estime de soi

Le concept d'estime de soi scolaire a été défini par Alexander-Passe en 2006 comme étant « *la perception qu'ont les individus de leur capacité à réussir sur le plan scolaire et l'estime de soi générale renvoie à la perception globale qu'ont les individus de leur valeur* » (Alexander-Passe, 2006). C'est grâce à l'estime de soi que l'individu peut s'adapter de manière correcte à son environnement sur le plan psycho-social et sur le plan de son bien-être émotionnel. (Terras, Thompson, & Minnis, 2009). Ce concept est l'objet de nombreuses recherches et gagne en importance dans le domaine de la santé mentale. (Undheim & Sund, 2008)

La notion de faiblesse de l'estime de soi a été documentée dans la littérature concernant les enfants présentant des dyslexies-dysorthographies dès 1994 par Edwards. Depuis de nombreuses autres études sont venues valider cette donnée. (Alexander-Passe, 2006; Balazs, Miklosi, Toro, & Nagy-Varga, 2016; Ginieri-Coccosis et al., 2012; Maag & Reid, 2006; Maughan et al., 2003; Mugnaini, Lassi, La Malfa, & Albertini, 2009; Terras et al., 2009; Undheim & Sund, 2008)

Michopoulou et al en 2003 relevaient une faiblesse de l'estime de soi chez 26% des sujets présentant une dyslexie-dysorthographie. (*in* Ginieri-Coccosis et al., 2012). D'autres auteurs évoquent plus précisément l'estime de soi scolaire : ils notent que chez les enfants présentant une dyslexie-dysorthographie elle est nettement plus faible que celle de leurs pairs. (Alexander-Passe, 2006; Maag & Reid, 2006; Terras et al., 2009)

La conséquence d'une faible estime de soi serait une mauvaise adaptation psycho-sociale. Selon Terras et al en 2009, l'ajustement psycho-social est jugé anormal pour 43% des sujets présentant une dyslexie-dysorthographie contre 10% dans la population générale. Cela expliquerait que les difficultés émotionnelles, comportementales et sociales soient plus présentes chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographie que dans la population générale. Ils se sous-estiment ou remettent en question leurs compétences scolaires. L'inefficacité en lecture impacterait donc négativement l'estime de soi : certains auteurs établissent un lien entre la dyslexie-dysorthographie, une faiblesse de l'estime de soi et un défaut d'adaptation sociale. Ces sujets pourraient alors développer un complexe d'infériorité voire un comportement antisocial. (Alexander-Passe, 2006; Terras et al., 2009).

Abordons maintenant la question de l'humeur dépressive.

2.2. L'humeur dépressive

Depuis l'étude de Frisk en 1995 mettant en évidence un score dépressif plus élevé chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographie que chez leurs pairs, de nombreuses études sont venues valider cette donnée. (Alexander-Passe, 2006; Heiervang, Stevenson, Lund, & Hugdahl, 2001; Hendren, Haft, Black, White, & Hoefft, 2018; Sunil Karande, Bhosrekar, Kulkarni, & Thakker, 2009; Maag & Reid, 2006; Mammarella et al., 2016; Maughan & Carroll, 2006; Maughan et al., 2003; Mugnaini et al., 2009; Terras et al., 2009; Frisk, 1995 *in* Undheim & Sund, 2008)

La dépression concerne 2% des enfants de la population générale et 10 à 20% des sujets présentant une dyslexie selon Kazdin en 1987 et 19% pour Michopoulou et al en 2003. Les symptômes dépressifs touchent plusieurs sphères de la vie du sujet. Ils peuvent par exemple

se manifester via une baisse d'énergie, des idées suicidaires ou encore des auto-incriminations. (Alexander-Passe, 2006; Michopoulou et al, 2003 in Ginieri-Coccosis et al., 2012; Kazdin, 1987 et Maag & Reid, 1994 in Maag & Reid, 2006; Mammarella et al., 2016; Maughan et al., 2003; Terras et al., 2009)

Concernant la sévérité des troubles, Maag et Reid ont noté en 1994 que seuls 2% des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe avaient des symptômes graves de dépression, soit autant que dans la population générale. Ainsi, si la littérature met en lumière la possibilité d'observer une symptomatologie dépressive chez des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe, l'intensité de ces troubles n'est pas suffisante pour situer les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe dans la catégorie clinique des troubles affectifs majeurs. Des difficultés peuvent alors être présentes dans le domaine émotionnel sans qu'il ne soit posé un diagnostic de trouble de l'humeur. (Maag & Reid, 2006; Angold et al., 1999 in Mugnaini et al., 2009)

En ce qui concerne les risques de développement de dépression, l'âge semble constituer une variable importante : le taux de sujets présentant une humeur dépressive associée à une dyslexie-dysorthographe serait plus important entre sept et dix ans et il diminuerait ensuite avec l'âge. (Maughan et al., 2003)

La sévérité de la dyslexie-dysorthographe entre également en jeu. Certains auteurs considèrent que plus la dyslexie-dysorthographe est sévère, plus les symptômes dépressifs sont importants chez les enfants de moins de dix ans. (Maughan et al., 2003)

Pour certains auteurs la faiblesse de l'estime de soi qui est présente dans un pourcentage plus élevé chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe, comme nous l'avons vu précédemment, pourrait également être un facteur de risque de développement de dépression. Certains auteurs ont établi des liens entre la présence de troubles du langage et des difficultés d'intériorisation de type anxiété, dépression ou encore retrait social. En revanche pour d'autres auteurs, comme Singer en 2005, la faible estime de soi pourrait être un symptôme de dépression. Il estime en effet que le sujet peut cacher ses sentiments douloureux ou ses difficultés et ses pensées sont généralement négatives. (Singer, 2005 in Alexander-Passe, 2006; Mammarella et al., 2016; Maughan et al., 2003; Mugnaini et al., 2009; Terras et al., 2009; Lewinsohn, 1994 in Undheim & Sund, 2008)

D'autres auteurs se sont penchés sur l'impact d'un mauvais rendement scolaire sur les troubles émotionnels. Ils montrent qu'un mauvais rendement scolaire est susceptible d'être à l'origine de l'apparition de symptômes dépressifs ou d'augmenter la symptomatologie car l'échec dans les tâches scolaires augmente le stress. (Bendura et al., 1999; Feng et al., 2005; Sideris, 2007 in Mugnaini et al., 2009)

Willcutt rappelait en 2000 que « *les résultats scolaires insuffisants et la dyslexie peuvent prédisposer les enfants à se replier sur eux-mêmes, à être plus anxieux et déprimés que les enfants non dyslexiques* ». Cette relation pourrait être indirecte car tous les sujets dyslexiques-dysorthographiques ne développent pas ces troubles et nombreux sont les adultes qui présentent un ajustement psycho social adapté. (Boetsch et al., 1996 ; Burden & Burdett 2007 et Willcutt, 2000 in Terras et al., 2009)

Au vu des données de la littérature, nous comprenons que de nombreux facteurs interagissent entre eux. La question de la cause ou de la conséquence reste entière et il est, à

ce jour, impossible d'y répondre. Cependant tous les auteurs s'accordent à dire qu'une fragilité co-morbide est présente chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe.

A présent, étudions les conséquences des difficultés en lecture et orthographe sur le quotidien et le rapport aux autres.

2.3. Les répercussions des difficultés sur le quotidien et le rapport aux autres

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) spécifiait dans sa définition de la santé que cet état se réfère « *non seulement à l'absence de maladie et d'infirmité mais aussi la présence du bien-être physique, mental et social* ». C'est à partir de cette définition que les recherches se sont orientées vers le concept de qualité de vie, élément de plus en plus étudié.

Ce concept, multidimensionnel, se compose d'éléments physiques, philosophiques, psychologiques, émotionnels et sociaux relatifs au bien-être global et à la fonction physique. Ce critère est subjectif et propre à chacun, « *l'état d'esprit du patient, la référence exclusive doit rester l'impression subjective et personnelle de chacun* » pour Amiot en 2012. (Amiot, 2012; Balazs et al., 2016; Mattejat et al., 1998; Ravens-Sieberer, Karow, Barthel, & Klasen, 2014; World Health Organization, 1948)

Mattejat et al en 1998 distinguaient deux composantes de la qualité de vie. D'une part les capacités objectives d'agir et de fonctionner et d'autre part le bien-être subjectif correspondant à la satisfaction subjective de sa condition mentale et physique, de sa situation et de son mode de vie. (Mattejat et al., 1998)

Un second concept, découlant du premier, est également étudié dans la littérature. C'est celui de la qualité de vie liée à la santé. Matza et al le définissent en 2004 comme étant « *la perception subjective de l'impact de l'état de santé, maladie et traitement compris, sur le fonctionnement physique, psychologique et social* ». (Matza et al., 2004 in Ravens-Sieberer et al., 2014)

McPherson et al en 1998 rapportaient que « *les enfants ayant des besoins spéciaux en matière de soins sont ceux qui présentent un risque accru de souffrir d'un état physique, développemental, comportemental ou émotionnel chronique ou qui sont à risque de souffrir d'un tel état* ». (McPherson et al., 1998 in Felder-Puig, Baumgartner, Topf, Gadner, & Formann, 2008)

La dyslexie-dysorthographe est liée à des scores faibles dans les domaines psycho-sociaux, physiques et globaux relatifs à la qualité de vie. Ces ressentis sont décrits comme étant liés au degré de sévérité de la psychopathologie. Ils seraient d'autant plus importants que la psychopathologie est marquée. Les enfants âgés sont décrits comme étant plus conscients de leurs difficultés, les auteurs expliquent cela par le fait qu'ils ont vécu longtemps avec leurs troubles et que cela grève leur ressenti relatif à leur qualité de vie. (Bastiaansen et al., 2005 in Balazs et al., 2016; Felder-Puig, Baumgartner, Topf, Gadner, & Formann, 2008; Sunil Karande, Bhosrekar, Kulkarni, & Thakker, 2009)

Un autre domaine dans lequel les sujets expriment des limitations est la sphère scolaire. Les performances scolaires sont un pan important de la vie des enfants et des difficultés dans ce domaine peuvent être source de détresse à la fois pour les parents comme pour les enfants.

Les échecs répétés à l'école peuvent alors être néfastes sur la perception de la qualité de vie liée à la santé.

Felder-Puig et al expriment en 2008 l'idée de bidirectionnalité établie entre le mauvais rendement scolaire et la qualité de vie. Ce mauvais rendement pourrait être à la fois la cause et la conséquence d'une mauvaise qualité de vie liée à la santé.

Les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe expriment un besoin d'aide plus important que leurs pairs. Ces enfants sont plus inquiets à l'idée d'aller à l'école et ils travaillent plus que leurs pairs bien que cela ne se reflète pas nécessairement dans leurs résultats scolaires. Ces enfants sont décrits comme étant un groupe qui « *lutte plus que les autres* » par Undheim et al en 2008. (Felder-Puig et al., 2008; Karande et al., 2009; Undheim & Sund, 2008)

En ce qui concerne l'intégration scolaire et sociale, des difficultés sont également mises en évidence. Les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe expriment une satisfaction moindre concernant leur relation avec leurs pairs et les membres de leur famille. Les enfants indiquent également qu'ils ont le sentiment d'être moins bien acceptés que leurs camarades. Pour ce qui concerne la sphère sociale au sens plus large, les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe se sentent exclus. Ils disent se sentir seuls et différents. (Felder-Puig et al., 2008; Ginieri-Coccosis et al., 2012; Karande et al., 2009; Karande & Venkataraman, 2012; Rotsika et al., 2011; Terras et al., 2009)

Selon Humphrey et Mullins en 2002, la moitié des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe a déclaré avoir été victime de moqueries ou d'intimidations du fait de leur pathologie. Ils subissent des stigmatisations, des moqueries du fait du caractère persistant de leur trouble et des victimisations de la part de leurs pairs ce qui influence négativement leur niveau de qualité de vie perçue. (Alexander-Passe, 2006; Balazs et al., 2016; Ginieri-Coccosis et al., 2012; S. Karande & Venkataraman, 2012; Humphrey & Mullins, 2002 *in* Terras et al., 2009)

Une autre conséquence des troubles mise en lumière dans la littérature concerne les problèmes émotionnels de type préoccupation ou colère et les difficultés comportementales. Les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe expriment un niveau de bien-être émotionnel inférieur à celui de leurs pairs. (Balazs et al., 2016; Ginieri-Coccosis et al., 2012; Karande et al., 2009; Karande & Venkataraman, 2012; Rotsika et al., 2011)

Leur traitement est perçu comme étant une gêne dans leur vie quotidienne. Les études mettent en évidence que les troubles du sommeil sont plus fréquents chez les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe par rapport à leurs pairs. (Alexander-Passe, 2006; Carotenuto et al., 2016 *in* Hendren et al., 2018; S. Karande & Venkataraman, 2012)

Ainsi, nous comprenons que la prise en soins proposée par les orthophonistes concerne également les paramètres somatiques, émotionnels et sociaux. Il est donc primordial de prendre en compte ces composantes relatives à la santé subjective pour identifier puis étudier la charge quotidienne liée aux troubles que vivent les patients présentant une dyslexie-dysorthographe. Ces critères sont valables pour les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe. Il est donc important d'identifier les troubles co-morbides pour proposer une prise en charge la plus adaptée possible aux besoins des patients. Certains auteurs considèrent que l'évaluation de la santé subjective pourrait être un moyen de mesurer l'efficacité du traitement et d'ajuster ce dernier si nécessaire selon les besoins exprimés par

le sujet. (Felder-Puig, Baumgartner, Topf, Gadner, & Formann, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2014)

Nous avons vu que les répercussions chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe étaient nombreuses ; il est donc important de les identifier.

Étudions désormais l'anxiété qui est la dernière conséquence des difficultés en lecture et orthographe documentée dans la littérature.

2.4. L'anxiété

Il n'existe pas, à ce jour, de facteur génétique mis en évidence expliquant à lui seul l'association entre dyslexie-dysorthographe et anxiété. Ces deux éléments s'expliquent par la présence de facteurs environnementaux communs. La dyslexie-dysorthographe et l'anxiété partageraient des influences environnementales communes auxquelles des facteurs génétiques peuvent se surajouter. C'est donc le fruit d'une interaction entre la génétique et l'environnement. (Hendren et al., 2018; Whitehouse, Spector, & Cherkas, 2009)

Nombreuses sont les études qui mettent en évidence un niveau d'anxiété généralisée et sociale plus important chez les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe que chez leurs pairs. Whitehouse et al, en 2009, relèvent 9,9% des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe auraient un trouble anxieux co-morbide contre 3,9% des sujets dans la population générale. D'autres auteurs avancent que les symptômes d'anxiété relevés chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe seraient, comme nous l'avons vu pour l'humeur dépressive, non cliniquement significatifs d'un trouble anxieux pour la majorité des sujets. Cependant, ces sujets sont décrits comme connaissant un niveau de stress plus important que celui de leurs pairs. Cette différence est qualifiée de significative : environ 70% des enfants avec troubles des apprentissages présentent des symptômes d'anxiété supérieurs à ceux de leurs pairs. Des symptômes anxieux sont notés pour 9 à 25% des sujets présentant une dyslexie-dysorthographe. (Balazs et al., 2016; Goldston et al., 2007; Hendren et al., 2018; Karande et al., 2009; Maag & Reid, 2006; Mammarella et al., 2016; Maughan et al., 2003; Mugnaini et al., 2009; Nelson & Harwood, 2011; Undheim & Sund, 2008; Whitehouse et al., 2009)

Pour ce qui est du domaine scolaire, des associations significatives ont été établies entre les troubles de la lecture et une symptomatologie anxieuse. Selon Carroll et al en 2005, les difficultés de lecture peuvent être une cause directe expliquant l'apparition de symptômes anxieux. Les sujets pourraient alors développer une angoisse voire une phobie scolaire en cas d'anxiété massive. (Goldston et al., 2007; Mammarella et al., 2016; Maughan & Carroll, 2006; Carroll et al., 2005 in Terras et al., 2009)

Les deux modèles explicatifs de l'anxiété discutés actuellement dans la littérature sont les suivants (Grills-Taquechel, Fletcher, Vaughn, & Stuebing, 2012) :

- L'anxiété influe négativement la réussite scolaire. Dans ce cas, les enfants sont distraits de leurs apprentissages par leurs pensées anxieuses. Ces éléments peuvent affaiblir la mémoire et entraîner un traitement inefficace de l'information. Les difficultés d'apprentissage en sont donc majorées.
- L'autre modèle est appelé causal alternatif. Selon cette théorie, les enfants présentant une dyslexie-dysorthographe s'attendent à avoir de mauvais résultats scolaires, ils anticipent alors négativement de lire devant les autres. Les enfants présentant des difficultés d'apprentissage importantes pourraient alors être davantage sujets à développer de l'anxiété du fait des échecs scolaires à répétition qu'ils ont vécus.

Ainsi des relations bidirectionnelles existeraient entre l'anxiété et la réussite. L'anxiété et les difficultés en lecture peuvent s'influencer mutuellement et éventuellement s'aggraver l'une et l'autre.

L'ensemble de ces études nous montre la complexité des liens entre les troubles des apprentissages et les éléments sociaux, psycho-sociaux, émotionnels et comportementaux. Il apparaît néanmoins que les répercussions de la dyslexie-dysorthographe sont multiples et peuvent affecter profondément les sujets. Ces répercussions peuvent être une atteinte de l'estime de soi, une symptomatologie dépressive, des modifications du quotidien et du rapport aux autres ou encore des signes d'anxiété. Ces répercussions sont variables en terme d'intensité et de ressenti personnel d'un sujet à l'autre.

3. L'AUTO-ÉVALUATION

Les auto-évaluations permettent au praticien d'obtenir un aperçu plus global de ce que vit, ressent ou encore pense le patient. Elles offrent la possibilité d'analyser des données quantitatives et qualitatives. Après avoir donné une définition de l'auto-évaluation, nous en présenterons les intérêts puis les limites avant de nous questionner sur la place de l'auto-évaluation dans le projet de soins.

3.1. Définition de l'auto-évaluation

Dans leur revue de la littérature de 2008, Coltheart et al définissent l'auto-évaluation comme étant une « *évaluation personnelle de ses qualités et capacités professionnelles par rapport aux normes perçues* ». Schraub et Conroy en 2002 précisent que « *nul mieux que le patient est capable d'exprimer ce qui est le plus important dans sa vie et d'indiquer (...) quels sont ses besoins, ses désirs, ses attentes.* ».

L'auto-évaluation est donc un mode d'investigation permettant au praticien de recueillir des éléments-cibles auprès du patient lui-même. Ces mesures « *reposent sur les jugements que portent les patients eux-mêmes sur leur état de santé* », Amiot, 2012. (Schraub & Conroy, 2002 in Amiot, 2012; Colthart et al., 2008)

Ces mesures sont prises sans l'influence du soignant. Le patient est amené à remplir lui-même son questionnaire d'auto-évaluation. « *L'auto-évaluation doit être le gold standard pour l'appréciation des signes cliniques* » d'après Maingon et al en 2010. Ces outils sont reconnus comme étant des outils fiables par la communauté scientifique dans des domaines comme la voix ou le bégaiement. C'est la mesure la plus fiable que le praticien puisse obtenir car le sujet s'habitue aux symptômes de sa maladie ce qui modifie son ressenti tout au long de la vie. Le sujet devient sa propre référence ce qui permet au personnel soignant d'apprécier l'évolution du patient.

Cet outil peut donc d'une part permettre d'évaluer le succès d'un traitement et d'autre part aider à l'optimiser au plus près des besoins des patients. (Maingon et al., 2010 *in* Champenois, 2018; Colthart et al., 2008; Ravens-Sieberer et al., 2014; Salque & Vanneau, 2015; Thomas-Antérion et al., 2005)

Pour ce qui est du recueil des données, le praticien peut utiliser un questionnaire. Cet outil de mesure psychométrique permet d'obtenir des données objectives et d'identifier la charge quotidienne relative aux troubles. Pour être un bon outil de mesure, il doit remplir quatre critères :

- Le critère de validité se réfère au bien-fondé du test, celui-ci devant évaluer un élément précis.
- Le critère de fiabilité ou fidélité permet de s'assurer que les résultats obtenus seront identiques dans le temps et en situations comparables.
- La sensibilité au changement est la pertinence de l'instrument à identifier les variations entre les individus et au sein des domaines explorés.
- Le critère de spécificité signifie que le test est conçu pour les domaines qu'il explore (Amiot, 2012; Champenois, 2018; Colthart et al., 2008; Martin, 2011; Ravens-Sieberer et al., 2014).

Ce questionnaire peut prendre différentes formes. Il peut se présenter sous la forme d'une échelle analogique. Elle peut être verticale ou horizontale. Cet outil visuel est fiable et reproductible. Cependant, sa sensibilité est moindre au milieu du segment et l'orientation peut générer des interprétations erronées de la part du patient ce qui peut entraver le recueil de ses données.

Ce peut être une échelle numérique. En guise de réponse, le patient est amené à répondre aux questions en choisissant un nombre parmi ceux proposés. Cette échelle s'accompagne d'une légende permettant de différencier les graduations. Ce type d'échelle est fiable et reproductible bien qu'il soit moins sensible que l'échelle visuelle analogique.

Un dernier type d'échelle existe : l'échelle verbale. Le patient coche l'item de son choix dans une liste fermée de propositions. Cette échelle est jugée fiable et reproductible. (Cacho, 2011; Goutaland-Perrin & Hermer-Touretz, 2015; Humblot & Lenormand, 2013; Maslard, 2015)

L'auto-évaluation présente différents intérêts que nous allons préciser dans le paragraphe suivant.

3.2. Intérêts de l'auto-évaluation

Ce mode d'investigation est réputé plus fiable que les hétéro-évaluations effectuées par les parents et les enseignants. C'est la meilleure façon de recueillir les ressentis relatifs aux sentiments dépressifs et anxieux car seul le sujet est apte à faire part de ses sentiments propres ; ces éléments n'étant pas observables par un tiers.

Les données ainsi recueillies sont qualifiées de fiables pour différentes raisons. La première raison est que les résultats obtenus lors de l'auto-évaluation présentent des corrélations avec l'opinion des experts et des pairs. Les sujets sont en effet capables de juger leurs capacités et incapacités selon leurs propres critères de normalité en toute objectivité.

La seconde raison est que ces données sont qualifiées de « *plus sensibles* » par Heutte, Plisson, Lange, Prevost et Babin qui écrivent en 2014 que « *les questionnaires remplis par les patients eux-mêmes sont plus sensibles que ceux complétés par les médecins ou les proches* ». Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence des différences significatives entre les résultats des auto-évaluations et ceux des hétéro-évaluations. Les niveaux de corrélations sont faibles à modérés. Les différences sont observées dans les situations où les données sont remplies par les parents, par les enseignants ou encore par les médecins et ce que l'enfant présente ou non des troubles du langage. (Felder-Puig et al., 2008; Halis Sakız, Zeynep Hande Sart, Bengü Börkan, Barış Korkmaz, & Nalan Babür, 2015; Maslard, 2015; Nelson & Harwood, 2011; Rotsika et al., 2011)

Ainsi, à condition que les outils soient adaptés à leur âge, les enfants de plus de huit ans sont tout à fait aptes à répondre de manière fiable et valable à des auto-évaluations. Il est alors possible d'obtenir leurs niveaux de satisfaction, de sévérité et de sonder les répercussions psychologiques d'une maladie ou d'un trouble. L'OMS, en 1994, rappelle que les auto-évaluations destinées aux enfants se doivent d'être « *centrées sur l'enfant et être adaptées à l'âge de l'enfant* ». (Balazs et al., 2016; Heutte, Plisson, Lange, Prevost et Babin, 2004 in Champenois, 2018; Champenois, 2018; Colthart et al., 2008; Crevier-Buchman et al., 2005; Ferrara, 2009; Humblot & Lenormand, 2013; Jacobson et al., 1997; Sunil Karande et al., 2009; Maslard, 2015; Mattejat et al., 1998; Nelson & Harwood, 2011; OMS, 1994 in Ravens-Sieberer et al., 2014)

En ce qui concerne la communication et les échanges, ce mode d'investigation présente de nombreux avantages. Il peut faciliter la communication entre le patient et le thérapeute. Ce peut être l'occasion d'échanger sur les difficultés du sujet, des thèmes précis et éventuellement de mettre à jour des questionnements que le patient n'aurait pas évoqué spontanément. C'est aussi l'occasion pour le patient de poser un regard objectif sur ses capacités et difficultés. Ce temps d'échange, propice à la verbalisation, peut permettre une meilleure compréhension mutuelle. Il peut également favoriser l'observance du traitement par le patient qui se sent reconnu, responsabilisé et acteur de sa prise en soins. (Campanale, 1997; Champenois, 2018; Crevier-Buchman et al., 2005; Estienne & Bijleveld, 2012; Humblot & Lenormand, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2014; Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel in Salque & Vanneau, 2015; Thomas-Antérion et al., 2005)

Pour ce qui est des ajustements de traitement, cet outil serait également un moyen permettant de réajuster le traitement en fonction de l'évolution de la plainte exprimée par le patient et selon son adaptation à ses troubles.

En utilisant l'auto-évaluation comme niveau de base pré-thérapeutique, le praticien pourra mesurer l'efficacité de la thérapie proposée au patient. En effet, en lui soumettant des éléments identiques en phases de pré- et post-traitement, le clinicien pourra comparer les données du patient afin de réajuster le traitement si besoin. Cela pourrait également permettre la mise en place d'une stratégie préventive en anticipant les éventuelles demandes de soins et de services que serait amené à formuler le patient au vu des éléments qu'il a portés à la connaissance du thérapeute. (Amiot, 2012; Crevier-Buchman et al., 2005; Estienne & Bijleveld, 2012; Humblot & Lenormand, 2013; Jacobson et al., 1997; Maslard, 2015; Ravens-Sieberer et al., 2014; Rosen, Lee, Osborne, Zullo, & Murry, 2004)

Pour le clinicien ces évaluations présentent l'avantage d'être peu chronophages, facilement reproductibles, rapides d'emploi et de passation simple. Elles sont aussi le moyen d'obtenir des données objectives et subjectives les plus exhaustives possibles et ce dans différents domaines afin d'avoir une image précise et juste du patient. (Amiot, 2012; Crevier-Buchman et al., 2005; Estienne & Piérart, 2006; Jacobson et al., 1997; Salque & Vanneau, 2015; Silbergleit, Schultz, Jacobson, Beardsley, & Johnson, 2012; Thomas-Antérion et al., 2005)

Cependant, bien qu'elle présente de nombreux intérêts, l'auto-évaluation comporte aussi certaines limites qu'il importe de prendre en compte. Nous allons les présenter dans le paragraphe suivant.

3.3. Limites de l'auto-évaluation

Ce mode d'évaluation présente systématiquement un biais car c'est le sujet lui-même qui produit ses réponses. Il aurait alors tendance à donner des éléments qu'il juge socialement acceptables du fait du caractère personnel et intime des questions. Il peut également choisir de sous-estimer volontairement ses compétences pour ne pas faire transparaître une image où il semblerait trop sûr de lui. Cela peut s'expliquer par le fait que nous évoluons dans une société où l'évaluation est le plus souvent critique. (Balazs et al., 2016; Bryan, 2005 *in* Colthart et al., 2008; Colthart et al., 2018)

Des sujets peuvent également passer sous silence des éléments. L'expression de certaines données pourrait leur procurer le sentiment de vivre une détresse ou un stress trop important dans leurs tâches quotidiennes. (Karande et al., 2009; Rotsika et al., 2011)

D'autre part, des difficultés de compréhension et d'expression peuvent gêner certains sujets dans la formulation de leurs réponses. Il est également envisageable que les sujets n'établissent pas de lien entre les questions qui leur sont soumises et leur vécu quotidien. Ces éléments peuvent donc engendrer des réponses erronées. Il est donc nécessaire de prendre en compte l'âge des sujets et leurs possibilités de réponses. (Connor et al., 2006 *in* Ferrara, 2009; Humblot & Lenormand, 2013; Undheim & Sund, 2008)

Il est également envisageable que les patients se soient adaptés à leurs troubles. Les sujets vivant depuis des années avec leurs difficultés peuvent présenter une auto-évaluation

exprimant une faible sévérité avec des symptômes pourtant jugés importants par les cliniciens. (Amiot, 2012; Karande et al., 2009; Rotsika et al., 2011)

Concernant les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe, les études mettent en évidence que les personnes présentant des troubles des apprentissages sont les moins en mesure de s'auto-évaluer de manière précise du fait de leurs déficits dans le domaine métacognitif. Ils sont donc en difficulté pour interroger leurs expériences émotionnelles et pour en faire part à autrui. (Colthart et al., 2008; Safford et al., 2005 in Nelson & Harwood, 2011)

Au vu de ces éléments, certains auteurs soulignent que l'auto-évaluation seule est insuffisante. Intégrer des sources complémentaires d'information pourrait pallier ces limites. L'hétéro-évaluation, bien que qualifiée de « *substitut incertain* » par Ravens-Sieberer et al, pourrait aider le clinicien à obtenir une image plus précise des déficits et besoins du patient. Comparer les données obtenues lors d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation pourrait également permettre au patient de prendre conscience de certains éléments s'il présente un fort degré d'habituation à ses troubles. Ainsi, même si des différences significatives ont été mises en évidence entre les réponses obtenues à l'issue des auto-évaluations et celles obtenues lors d'hétéro-évaluations, il serait préférable de croiser ces données. (Nelson & Harwood, 2011; Ravens-Sieberer et al., 2014; Rotsika et al., 2011; Undheim & Sund, 2008).

Ainsi, l'auto-évaluation présente certaines limites que le thérapeute doit connaître mais qui peuvent être compensées par des bénéfices non négligeables présentés auparavant. Mais, en pratique, quelle est la place de ce mode d'évaluation dans le projet thérapeutique ?

3.4. Quelle place pour l'auto-évaluation dans le projet thérapeutique ?

L'auto-évaluation est à la fois un outil de bilan et de prise en charge car la prise de conscience effectuée par le patient lors du bilan représente l'amorce du soin.

En connaissant des éléments relatifs à l'investissement affectif du patient, le clinicien peut, par extension, connaître le niveau d'implication du patient dans le traitement qui va lui être proposé. Ce peut donc être un moyen de personnaliser le discours médical permettant de « *renforcer la confiance soignant-soigné indispensable à toute relation thérapeutique* » Maslard, 2015. (Crevier-Buchman et al., 2005; Maslard, 2015)

Le projet thérapeutique devrait être guidé par la gêne ressentie par le patient. Prendre en compte les résultats de l'auto-évaluation guiderait le thérapeute dans le choix de son traitement et l'aiderait à l'ajuster au plus près des besoins du patient. En déterminant quelle est la plainte du patient, quelles sont ses attentes, ses difficultés et quelle est l'évolution de ses troubles, le thérapeute pourrait proposer une prise en charge fonctionnelle, personnalisée et écologique. (Amiot, 2012; Champenois, 2018; Crevier-Buchman et al., 2005; Goutaland-Perrin & Hermer-Touretz, 2015; Maslard, 2015; Ravens-Sieberer et al., 2014; Robert et al., 2006)

En ce qui concerne l'orthophonie, de nombreuses auto-évaluations existent déjà, notamment dans les domaines de la voix, de la dysarthrie et du bégaiement. Ces aides à

l'évaluation permettent de préciser la plainte ; le patient prend conscience de ses troubles, de ses capacités et difficultés. Le praticien utilise ces données pour dresser des axes de rééducation au plus près des besoins du patient et en lien avec son environnement. Cette prise de conscience est qualifiée de « *fondement de la prise en charge* » par Humblot et Lenormand en 2013. (Amiot, 2012; Auzou & Rolland- Monnoury, 2006; Cacho, 2011; Cohen et al., 2007; Estienne & Bijleveld, 2012; Estienne & Piérart, 2006; Humblot & Lenormand, 2013; Thomas-Antérieur et al., 2005)

Bien qu'il existe des échelles adaptées aux enfants dans le domaine de la voix et du bégaiement, aucune auto-évaluation n'existe à ce jour pour recenser les ressentis des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe. (Ferrara, 2009; Zur et al., 2007).

L'auto-évaluation semble donc être un outil intéressant permettant de recueillir et croiser des données objectives et subjectives. Les éléments obtenus serviraient alors à dresser un projet thérapeutique au plus près des besoins du patient. Elle permettrait enfin de mesurer l'efficacité de l'intervention orthophonique.

Ainsi, nous avons vu que les enfants qui présentent des besoins spéciaux en matière de soins sont à risque de développer des troubles somatiques, émotionnels et sociaux.

Les données de la littérature montrent que des répercussions sur l'estime de soi, l'humeur dépressive, le niveau d'anxiété et le quotidien et le rapport aux autres sont présentes chez les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe. Dans le cadre d'une prise en charge, il est important d'identifier les troubles co-morbides afin de mettre en place un projet de soins le plus adapté possible aux besoins du patient.

L'évaluation de la santé subjective pourrait être un moyen pertinent d'ajustement de l'efficacité d'un traitement. Au vu des données de la littérature que nous avons exposées, l'auto-évaluation semble être un outil intéressant permettant de croiser des données objectives et subjectives. Or, un tel outil n'est pas à ce jour utilisé auprès des sujets présentant une dyslexie-dysorthographe.

Objectifs

Les objectifs de notre travail sont au nombre de trois. Nous souhaitons créer une grille d'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et en orthographe afin de venir combler le manque d'outil dans ce domaine. Puis nous voulons d'une part déterminer si les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe et scolarisés entre le CE2 et le CM2 sont en mesure de répondre de manière adaptée à un questionnaire d'auto-évaluation concernant leurs ressentis et d'autre part d'étudier s'ils sont en mesure d'analyser finement leurs difficultés et ressentis.

Pour ce faire, nous avons créé une grille d'auto-évaluation que nous souhaitons :

- Compréhensible par les sujets.
- En lien avec le quotidien des patients.
- Adaptée aux ressentis des enfants.
- Spécifique à son objet d'étude, comportant des questions précises et ciblées.
- Facile et rapide de passation pour le thérapeute.

Postulats

La revue de la littérature effectuée nous indique qu'il n'existe à ce jour aucun test permettant de mesurer les répercussions de la dyslexie-dysorthographe sur le ressenti et la vie quotidienne de l'enfant.

Nous formulons le postulat que la grille d'auto-évaluation permettra aux enfants d'exprimer leur ressenti face à leurs difficultés plus précisément qu'en l'absence de questionnaire dédié.

Nous postulons également que les résultats de la grille d'auto-évaluation montreront des corrélations avec les résultats du bilan orthophonique. Nous pouvons nous attendre à ce que les résultats soient péjorés lorsque l'enfant présentera une dyslexie-dysorthographe sévère.

Il est possible que les enfants les plus âgés présentent un ressenti plus important que les sujets les plus jeunes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les sujets les plus âgés ont vécu plus longtemps avec leurs troubles et également par le fait qu'ils présentent des capacités métacognitives plus développées que celles de leurs pairs plus jeunes.

Enfin, nous postulons que ce questionnaire pourra aider les orthophonistes à prendre conscience du ressenti et du vécu de leurs patients afin d'adapter leurs axes de prise en charge au plus près des besoins des patients. Cette adaptation pourrait se manifester par exemple par la mise en place d'axes thérapeutiques liés directement à des éléments livrés lors de l'auto-évaluation.

Matériel et méthode

Après avoir mis à jour le manque d'outil spécifique permettant de recueillir les données relatives au ressenti des enfants présentant une dyslexie-dysorthographe, nous avons tout d'abord souhaité créer un outil afin de venir combler ce manque. Puis nous avons mis en place une étude de faisabilité auprès de cinq sujets.

1. CRÉATION DE LA GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION

1.1. Le choix de l'auto-évaluation

Les données de la littérature nous ont confortées dans notre choix de l'auto-évaluation d'une part car c'est le moyen le plus fiable de recueillir les perceptions et le ressenti de chacun et d'autre part car, comme nous l'avons vu, ce mode d'évaluation est adapté aux enfants à partir de l'âge de huit ans. De plus des auto-évaluations sont déjà mises en place et leur pertinence est reconnue dans d'autres champs d'intervention de l'orthophonie. Les domaines d'investigation retenus nous ont été fournis par les données de la littérature.

1.2. Le choix des items

Nous avons formulé les trente-trois items de la grille selon les éléments apportés par la revue de la littérature. Ces items ont été regroupés dans quatre grands domaines :

- L'anxiété : les questions nous permettent d'évaluer le niveau de stress présent en situation scolaire d'une part et l'impact des difficultés dans la vie quotidienne d'autre part. Nous avons également choisi de sonder le niveau d'inquiétude et d'agacement des sujets par rapport à leurs difficultés.
- L'humeur dépressive : les items que nous avons formulés nous permettent de questionner le sentiment de tristesse ressentie dans la vie quotidienne du fait des difficultés ainsi que leurs possibles répercussions sur le sommeil.
- Les conséquences des difficultés dans le quotidien : ces questions nous permettent de sonder le niveau de qualité de vie ressentie par le sujet par exemple par rapport à la lenteur de lecture, les difficultés de compréhension, la fatigue induite ou encore le sentiment d'être incompris.
- Les répercussions des troubles sur l'estime de soi : nous avons choisi de questionner les sentiments de performance et de honte ressentis. Nous avons également demandé aux sujets s'ils pensaient que leurs camarades se moquaient d'eux du fait de leurs difficultés.

Nous avons regroupé les items par domaine afin de faciliter la compréhension des sujets lors de la phase de présentation de la grille d'auto-évaluation. Les répercussions sont étudiées à la fois pour les activités de lecture et pour les productions orthographiques afin d'effectuer un recueil le plus précis possible.

1.3. La formulation des items

Nous avons choisi de formuler les questions en utilisant le pronom personnel sujet « je » pour impliquer davantage le patient. Nous pensons également que cette formulation à la première personne aide le sujet à se projeter dans les différentes situations et à faire des liens avec son ressenti.

Afin de produire des questions les plus claires et compréhensibles possible, nous avons formulé les items de la manière la plus accessible et concise possible. Nous avons ajouté des exemples concrets afin que les enfants puissent se projeter dans les situations.

1.4. Le recueil des réponses

En guise de réponse, le sujet est invité à choisir parmi une liste de quatre fréquences : jamais, parfois, souvent ou toujours.

Afin d'uniformiser les réponses, il est précisé au sujet à quoi se réfèrent les fréquences. Tous les sujets sont alors informés des éléments suivants :

- « *Jamais* » signifie *moins d'une fois par semaine ou jamais*
- « *Parfois* » veut dire *au moins une fois par semaine mais pas tous les jours*
- « *Souvent* » fait référence à un ressenti se produisant *une ou deux fois par jour*
- « *Toujours* » signifie *plus de deux fois par jour ou tout le temps*

En ce qui concerne le recueil des réponses, une grille de recueil est proposée l'enfant. Il entoure alors la fréquence correspondant à son ressenti. Les fréquences sont reprecisées au début de chaque page afin que l'enfant puisse s'y référer facilement en cas de besoin.

Pour faciliter la lecture des éléments, nous avons choisi la police Open Dyslexic. La police est de taille 12 et l'interligne de 1,5 centimètre. (CF Annexe 1)

1.5. Le choix d'une échelle verbale

Nous avons songé à effectuer un double recueil des réponses en proposant d'une part des réponses verbales et d'autre part une échelle visuelle analogique. La littérature met en évidence que l'obtention de deux réponses est la réponse la plus fiable. Cependant malgré diverses productions d'échelles visuelles analogiques (verticales, horizontales, colorées ou encore monochromes) nous avons décidé de ne pas en proposer. En effet ces échelles ne nous semblaient pas refléter la notion de fréquence. De plus, nos productions comportaient toujours un biais car, à notre sens, aucun sujet ne souhaite se situer dans la partie la plus haute ou la plus colorée car cela renvoie à un sentiment d'échec important. Pour toutes ces raisons et après plusieurs créations d'échelles visuelles analogiques, nous avons finalement opté pour un mode de réponse unique : les réponses verbales en fréquence.

1.6. Les consignes de passation

Les items sont lus au sujet par l'orthophoniste afin d'éviter tout biais de compréhension lié au déchiffrage. Ils peuvent être répétés si l'enfant le souhaite. Avant de lire les items du questionnaire, nous expliquons à l'enfant que nous allons nous intéresser à la façon dont il se sent dans différentes situations.

Nous lui disons ceci :

« Je vais te poser plusieurs questions pour savoir comment toi (prénom de l'enfant) tu te sens dans différentes situations. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je te demande juste de me dire comment tu te sens. Quand je dirai 'lecture' ou 'lire' je parlerai de quand tu lis dans ta tête ou à voix haute. Quand je dirai 'orthographe' je parlerai de comment tu écris les mots sans parler de comment tu formes tes lettres. Pour me répondre, tu entoures une case :

- *Jamais veut dire que tu ne ressens jamais ce que j'ai dit, ça n'est jamais vrai pour toi*
- *Parfois veut dire que tu ressens ce que j'ai dit au moins une fois par semaine mais pas tous les jours*
- *Souvent veut dire que tu ressens ce que j'ai dit une ou deux fois par jour*
- *Toujours veut dire que tu ressens ce que j'ai dit plus de deux fois par jour ou tout le temps. »*

Après avoir établi tous ces éléments, nous avons proposé cette grille d'auto-évaluation à cinq enfants présentant une dyslexie-dysorthographe en l'ayant d'abord validée au préalable auprès de soixante-treize enfants contrôles scolarisés du CE2 au CM2.

2. L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ

Dans cette partie, nous présenterons la phase de pré-test de la grille, notre population et le protocole mis en place.

2.1. La phase de pré-test de la grille

Lorsque tous nos items ont été écrits nous avons souhaité nous assurer de leur bonne compréhension par des enfants de notre âge-cible.

Pour ce faire, nous avons réuni tous les items dans un document que nous avons proposé à soixante-treize enfants contrôles. Parmi ces soixante-treize enfants, dix-huit étaient scolarisés en CE2, vingt-quatre d'entre eux étaient en CM1 et les trente-et-un enfants restants étaient inscrits en classe de CM2.

En analysant leurs réponses, nous avons pu, d'une part, nous assurer de la bonne compréhension de la majorité des items et d'autre part proposer des reformulations pour les items non compris.

Nous avons par exemple proposé « *Je suis stressé(e) quand je dois lire devant les autres à l'école ou devant ma famille (j'ai mal au ventre, je transpire, j'ai comme un nœud dans la*

gorge) ». Douze enfants sur les soixante-treize ont indiqué ne pas comprendre le mot « nœud » dans ce contexte. Nous avons donc remplacé l'expression « *nœud dans la gorge* » par « *boule dans la gorge* ».

De la même façon, nous avons proposé « *Je suis énervé(e) (je crie, je dis des gros mots, je fais des gestes brusques...) quand je suis en difficulté par rapport à la lecture/ par rapport à l'orthographe* ». Neuf enfants ont indiqué ne pas comprendre le mot « *brusque* » : nous avons choisi de le remplacer par l'expression « *je fais des grands gestes* » qui nous semble plus accessibles pour ces sujets.

Nous avons ainsi repris les trois items les plus difficiles à comprendre pour les enfants afin d'obtenir la version finale de notre grille d'auto-évaluation.

Cette version finale a été présentée aux cinq enfants de l'étude de faisabilité que nous allons présenter dans les paragraphes suivants.

2.2. La population

2.2.1. Les critères de recrutement

Afin de recruter les sujets de notre étude, nous avons appliqué les critères d'inclusion suivants :

- Age compris entre 8 ans et 11 ans 11 mois.
- Scolarisation en CE2, CM1 ou CM2.
- Présenter une dyslexie-dysorthographe diagnostiquée selon des outils de mesure reconnus ou, pour les sujets les plus jeunes, une suspicion de dyslexie-dysorthographe.
- Etre suivi en orthophonie pour des difficultés d'apprentissage du langage écrit depuis au minimum 18 mois.

Nous avons également établi des critères d'exclusion. Les sujets présentant un trouble du spectre de l'autisme, une déficience auditive, une déficience visuelle, une atteinte neurologique identifiée, une déficience intellectuelle, une carence éducative ou affective, un trouble spécifique du langage oral (dysphasie), des troubles psychologiques, des troubles du comportement ou n'ayant pas effectué la totalité de leur scolarité au sein du système éducatif français n'ont pas été retenus dans notre étude.

2.2.2. Les sources de recrutement

Afin de recruter nos sujets, nous avons pris contact avec nos anciennes maîtres de stage. Tous les sujets recrutés sont suivis en orthophonie au sein de cabinets libéraux. Avec l'accord écrit des représentants légaux des enfants (CF annexe 2), nous avons demandé à consulter les dossiers de chaque sujet afin prendre en compte certaines données anamnestiques et des éléments relatifs à la prise en charge en cours. Nous avons rencontré tous les sujets dans le cadre d'un bilan de renouvellement.

3. PRÉSENTATION DU PROTOCOLE

Lors de la mise en place de notre étude de faisabilité, un protocole a été mis en place. Ce protocole a été proposé de manière identique à tous les sujets de notre étude. Les résultats ont été étudiés a posteriori.

3.1. Conditions de passation

Pour notre étude de faisabilité, nous avons inclus cinq sujets âgés de huit ans deux mois à dix ans dix mois. Tous étaient scolarisés du CE2 au CM2. Tous les enfants ont été rencontrés individuellement. Les évaluations ont eu lieu dans le cabinet de l'orthophoniste.

Les sujets scolarisés en CM1 et CM2 présentaient une dyslexie-dysorthographe diagnostiquée selon des outils de mesure reconnus et leurs scores aux épreuves de lecture et/ou d'orthographe se situaient en-dessous de -1,65 écart-type par rapport à la norme de leur âge. Les deux enfants de CE2 présentaient une suspicion de dyslexie-dysorthographe. Tous ces enfants bénéficiaient d'une prise en charge orthophonique depuis au minimum un an et demi et devaient effectuer un bilan de renouvellement du langage écrit.

Sur les cinq sujets, trois présentaient un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou Sans Hyperactivité (TDA/H) co-morbide. Parmi ces trois sujets, un ne prenait aucun traitement, un suivait un traitement homéopathique et le dernier suivait un traitement médicamenteux.

Deux sujets parmi les cinq ont effectué le bilan de renouvellement en une seule fois. Les trois autres l'ont effectué de manière fractionnée en deux fois une demi-heure. Tous les bilans ont eu lieu en présence de l'orthophoniste de l'enfant.

3.2. Description du protocole

Afin de pouvoir étudier les corrélations entre les difficultés rencontrées par les enfants en lecture et en production écrite et leur ressenti, nous avons proposé aux sujets, en complément de la grille, une évaluation standardisée du langage écrit. L'évaluation se déroule en deux temps :

- Bilan du langage écrit (lecture et production écrite)
- Passation de la grille d'auto-évaluation

3.3. L'évaluation du langage écrit

L'évaluation se déroule selon différents temps. Nous avons choisi des épreuves reconnues et validées correspondant aux âges des sujets de notre population. Les différentes épreuves de lecture nous permettent d'étudier le fonctionnement des deux voies de lecture et ce en terme de précision et de temps. Nous étudions également le degré d'automatisation d'identification du mot écrit et l'accès au sens. Les épreuves d'orthographe, quant à elles, nous renseignent sur le fonctionnement des deux voies de production orthographique et sur le degré d'application des règles de syntaxe. Enfin les fonctions cognitives liées au langage écrit sont étudiées, les épreuves sélectionnées sondent les habiletés phonologiques et l'attention visuelle. Les épreuves proposées aux sujets sont spécifiées dans le tableau suivant :

Domaine exploré	Nature de l'épreuve	Origine de l'épreuve	Mécanisme évalué
Lecture	Lecture de texte non porteur de sens	<i>L'Alouette-R</i> ¹ .	Vitesse de lecture sans possibilité de stratégies d'adaptation
	Lecture de mots irréguliers fréquents et peu fréquents	<i>BALE</i> ² .	Fonctionnement de la voie d'adressage dans un contexte de mots familiers puis non familiers
	Lecture de non-mots fréquents et peu fréquents	<i>BALE</i>	Fonctionnement de la voie d'assemblage
	Lecture en une minute	<i>LMC-R</i> ³	Degré d'automatisation de la lecture (vitesse et précision)
	Compréhension de phrases	<i>LMC-R</i>	Fonctionnalité de la lecture
	Compréhension de texte	<i>L2MA2</i> ⁴	Fonctionnalité de la lecture sur des éléments plus longs
Orthographe	Dictée de mots irréguliers	<i>BALE</i>	Fonctionnement de la voie d'adressage
	Dictée de non-mots	<i>BALE</i>	Fonctionnement de la voie d'assemblage
	Dictée de phrases	<i>L2MA2</i>	Respect des règles orthographiques et de grammaire
Compétences en lien avec le langage écrit	Epreuves de fusion phonémique et de suppression du phonème initial	<i>BALE</i>	Métaphonologie – capacités d'identification et de manipulation phonémiques
	Epreuves du barrage des cloches et de comparaison de séquences de lettres	<i>BALE</i>	Capacités visuo-attentionnelles

Dans la partie suivante, nous allons présenter notre résultat, c'est-à-dire la grille d'auto-évaluation. Nous allons présenter nos résultats de manière descriptive.

Nous avons effectué un recueil des données via l'évaluation du langage écrit et les résultats de la grille d'auto-évaluation. Nous allons décrire les résultats des évaluations du langage écrit puis les analyser en y superposant les données des auto-évaluations. De cette façon, nous pourrions analyser ces résultats en vue de vérifier nos postulats.

¹ *L'Alouette-R* ; Pierre Lefavrais ; ECPA ; 2005

² *Batterie Analytique du Langage Ecrit (BALE)* ; Monique Jacquier-Roux, Christine Lequette, Guillemette Pouget, Sylviane Valdois, Michel Zorman; Laboratoire Cogni-Sciences ; 2010

³ *Lecture de Mots et Compréhension version Révisée (LMC-R)* ; Abdelhamid Khomsi ; ECPA ; 1999

⁴ *Langage oral Langage écrit Mémoire et Attention 2 (L2MA2)* ; Claude Chevrie-Muller, Christelle Maillart, Anne-Marie Simon, Sylvie Fournier ; ECPA ; 2009

Présentation des résultats

Dans cette partie, nous allons présenter notre grille d'auto-évaluation, sa cotation ainsi que les résultats des évaluations de cinq sujets. Nous avons choisi de présenter certains résultats sous la forme de graphiques afin de faciliter leur lecture.

Tous les résultats aux épreuves de langage écrit sont exprimés en écarts-types.

1.1. Création de la grille d'auto-évaluation

Au terme de notre réflexion, nous avons créé trente-trois items. Nous les avons listés ci-dessous par domaine.

Domaine de l'anxiété :

- Je suis stressé(e) quand je dois lire devant les autres à l'école ou devant ma famille (j'ai mal au ventre, je transpire, j'ai comme une boule dans la gorge)
- Mes problèmes en lecture me font du souci (j'y pense souvent)
- Je suis énervé(e) (je crie, je dis des gros mots, je fais des grands gestes...) quand je suis en difficulté par rapport à la lecture
- Je pense à mes problèmes en lecture quand je suis avec mes amis ou quand je joue
- Je pense à mes problèmes en lecture quand je fais mes devoirs ou quand je suis à l'école
- Je suis stressé(e) quand je dois montrer à quelqu'un ce que j'ai écrit (j'ai mal au ventre, je transpire, j'ai comme une boule dans la gorge)
- Mes problèmes en orthographe me font du souci (j'y pense souvent)
- Je suis énervé(e) (je crie, je dis des gros mots, je fais des grands gestes) quand je suis en difficulté par rapport à l'orthographe
- Je pense à mes problèmes en orthographe quand je suis avec mes amis ou quand je joue
- Je pense à mes problèmes en orthographe quand je fais mes devoirs ou quand je suis à l'école

Domaine de l'humeur dépressive :

- Je suis triste à cause de mes problèmes en lecture (ça peut me faire pleurer)
- J'ai moins de plaisir, je suis moins content(e) dans mes activités de tous les jours à cause de mes problèmes de lecture
- Mes problèmes en lecture m'empêchent de bien dormir
- Je suis triste à cause de mes problèmes en orthographe (ça peut me faire pleurer)
- J'ai moins de plaisir, je suis moins content(e) dans mes activités de tous les jours à cause de mes problèmes en orthographe
- Mes problèmes en orthographe m'empêchent de bien dormir

Domaine des répercussions des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres :

- Je dois relire plusieurs fois pour comprendre
- Je vais moins vite que les autres pour lire
- Lire me fatigue

- Mes problèmes en lecture me laissent moins de temps pour faire ce que j'aime
- J'ai l'impression que les autres ne comprennent pas mes problèmes en lecture
- J'ai l'impression que mes problèmes en lecture énervent les autres
- Je vais moins vite que les autres quand je fais attention à l'orthographe
- Faire attention à l'orthographe des mots me fatigue
- Mes problèmes en orthographe me laissent moins de temps pour faire ce que j'aime
- J'ai l'impression que les autres ne comprennent pas mes problèmes en orthographe
- J'ai l'impression que mes problèmes en orthographe énervent les autres

Domaine des répercussions des difficultés sur l'estime de soi :

- Je me sens mauvais(e) à l'école à cause de la lecture
- J'ai honte de mes problèmes en lecture
- Les autres se moquent de moi quand je lis
- Je me sens mauvais(e) à l'école à cause de l'orthographe
- J'ai honte de mes problèmes en orthographe
- Les autres se moquent de moi quand ils voient ce que j'ai écrit

1.2. Présentation de l'échelle de cotation

Afin de donner des éléments chiffrés permettant de quantifier les données recueillies, nous avons mis en place un système de cotation de la grille.

Le clinicien doit alors appliquer les notes suivantes :

- Il n'attribue pas de point lorsque le patient coche « jamais »
- Un point est attribué lorsque « parfois » a été coché
- Deux points sont attribués lorsque « souvent » est coché
- Trois points sont attribués lorsque « toujours » est coché

Un score sur quatre-vingt dix neuf est ainsi obtenu en additionnant tous les points. Nous avons créé un score global en divisant en quatre sous-parties le score maximum :

Très faible	Faible	Modéré	Important ou sévère
0	25	50	75 99

Ainsi si le patient obtient un score entre zéro et vingt-quatre, le ressenti global est qualifié de très faible. Le ressenti est faible lorsque le sujet présente un score total situé entre vingt-cinq et cinquante. De cinquante-et-un à soixante-quinze le ressenti est modéré. Enfin il est dit important ou sévère lorsque le score total se situe entre soixante-seize et quatre-vingt-dix-neuf.

Selon le même principe de notation, des sous-scores ont également été créés afin de préciser le ressenti de l'enfant dans les différents domaines. Le tableau récapitulatif ci-après les précise :

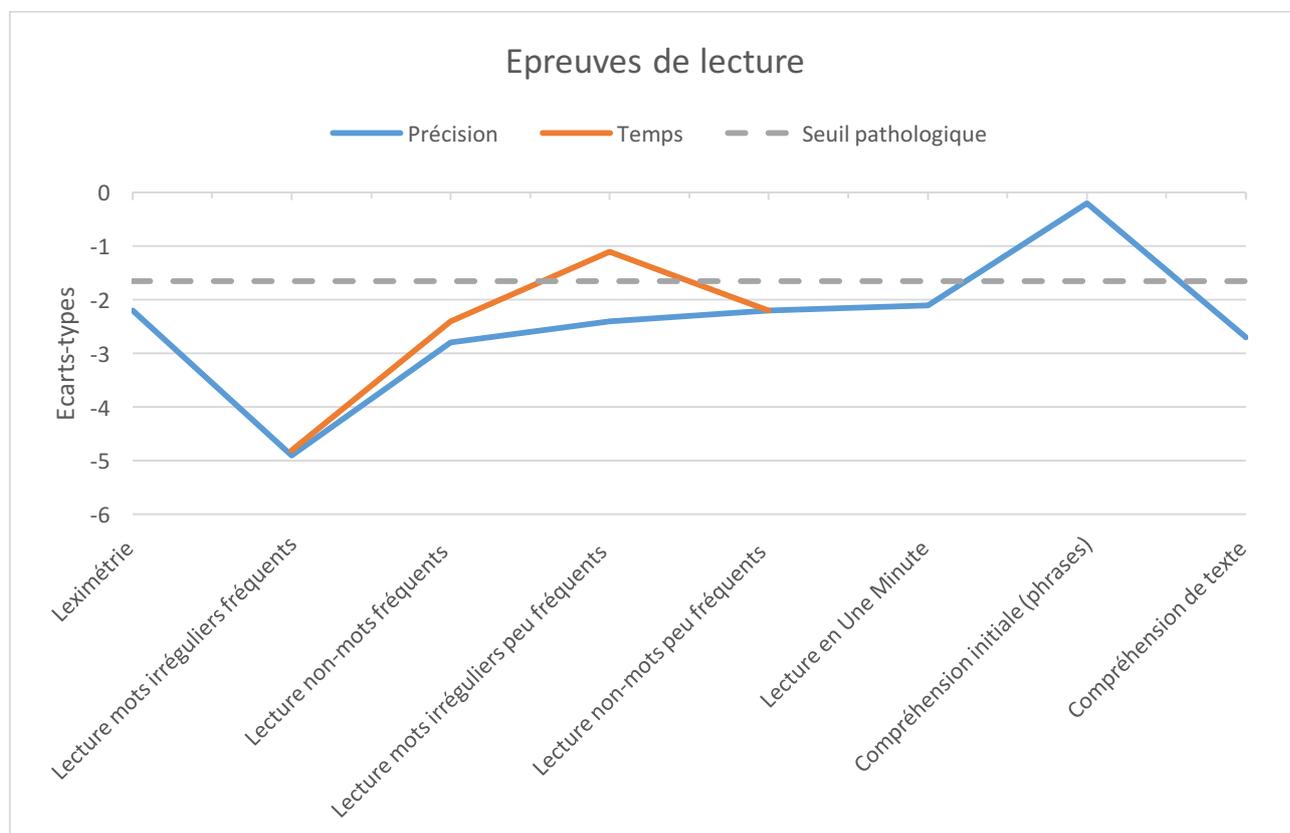
Domaines	Degrés			
	Aucune gêne	Faible gêne	Gêne modérée	Gêne sévère
Anxiété	0	De 1 à 10	De 11 à 20	De 21 à 30
Humeur dépressive	0	De 1 à 6	De 7 à 12	De 13 à 18
Conséquences des difficultés dans le quotidien	0	De 1 à 11	De 12 à 23	De 24 à 33
Répercussion sur l'estime de soi	0	De 1 à 6	De 7 à 12	De 13 à 18

1.3. Présentation individuelle des résultats des évaluations des cinq sujets

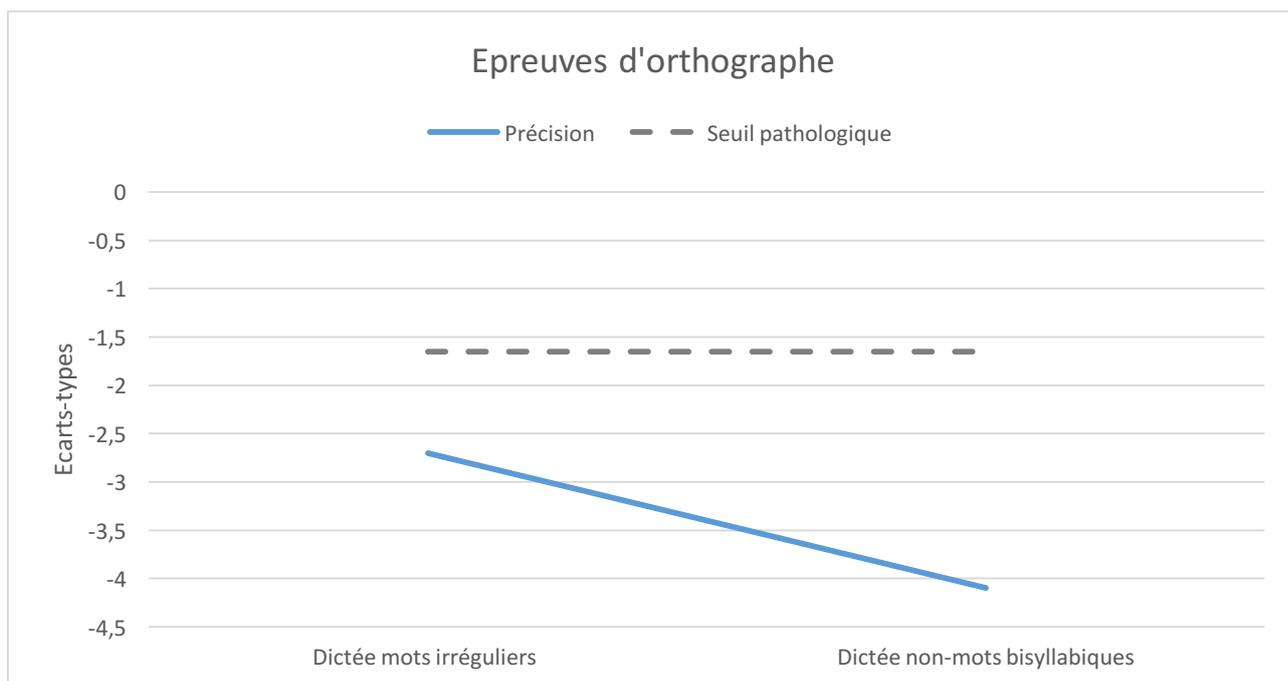
1.3.1. Sujet 1 : garçon scolarisé en CE2

Ce jeune garçon est âgé de 8 ans et 5 mois lors de la passation des épreuves. Son âge de lecture à l'épreuve de l'Alouette-R est de 6 ans et 8 mois. Le décalage entre son âge réel et son âge de lecture est de 21 mois.

Il présente un TDA/H co-morbide pour lequel il suit un traitement homéopathique.

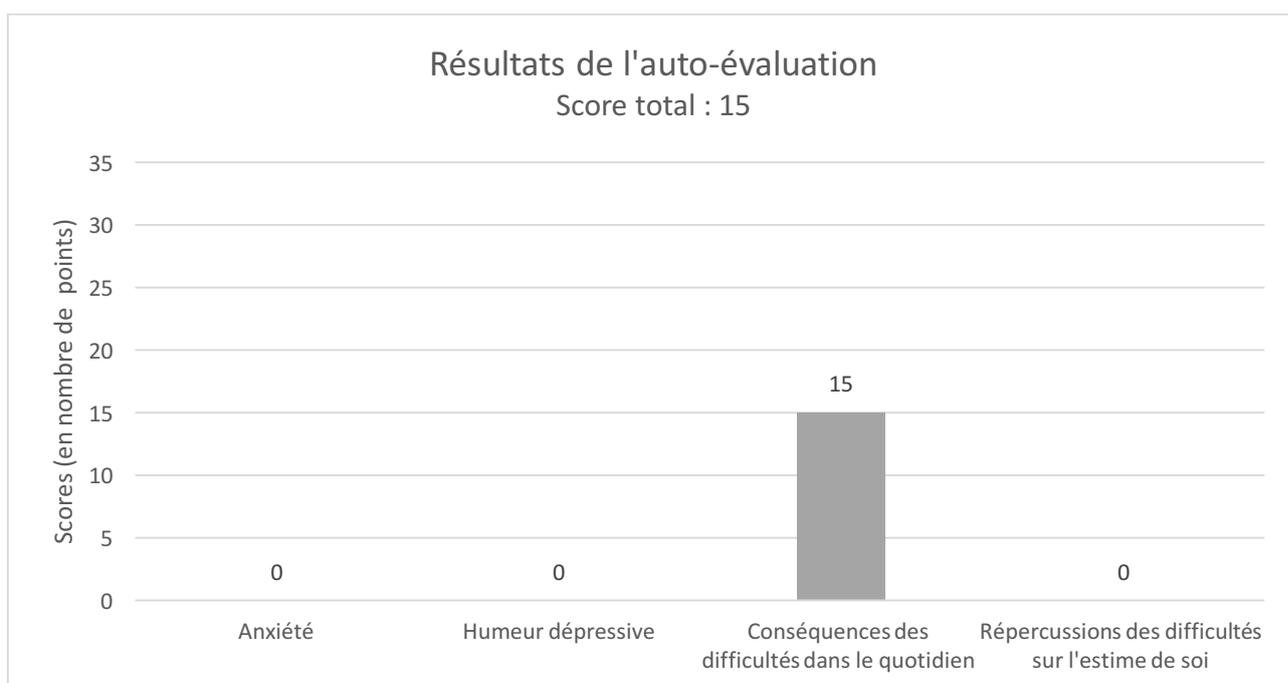


Graph 1- Résultats aux épreuves de lecture du sujet 1.

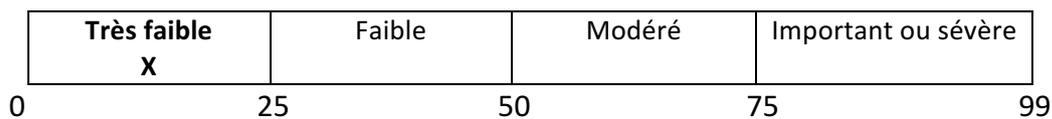


Graph 2- Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 1.

Les résultats du bilan mettent en évidence des difficultés marquées tant en lecture qu'en orthographe. Les deux voies de lecture et d'orthographe sont déficitaires, les temps de lecture sont allongés. La lecture n'est pas automatisée. La lecture est fonctionnelle pour les phrases courtes uniquement. Les épreuves d'orthographe sont déficitaires. Les scores aux épreuves de lecture et orthographe sont déficitaires en terme de précision et de temps. Ces données nous permettent de valider la suspicion de dyslexie-dysorthographe de type mixte car les deux voies de lecture et d'orthographe sont déficitaires.



Graph 3- Résultats de l'auto-évaluation du sujet 1.

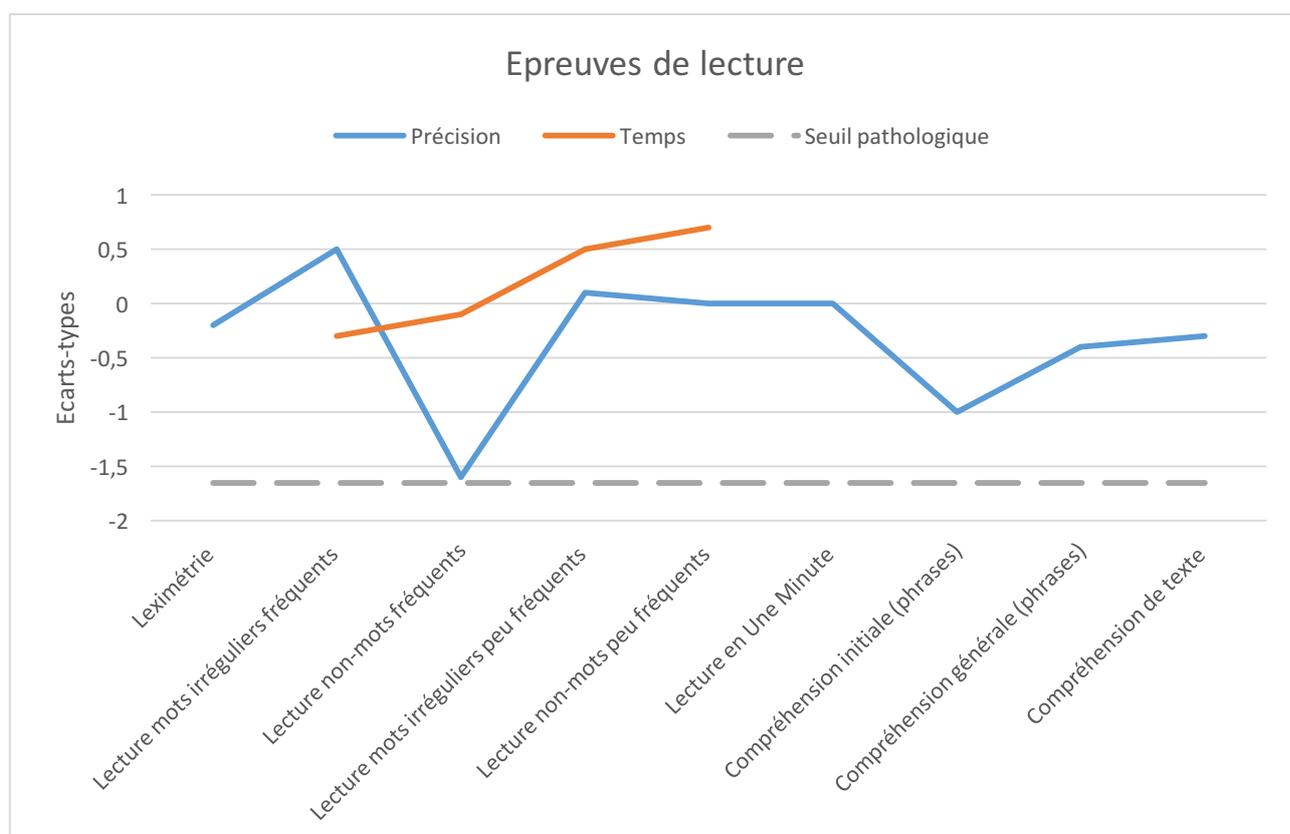


Le score de ressenti global est très faible (15 points). L'unique gêne exprimée concerne les conséquences des difficultés dans le quotidien pour lesquelles le sujet exprime une gêne modérée. Il n'exprime aucune gêne ressentie dans tous les autres domaines sondés.

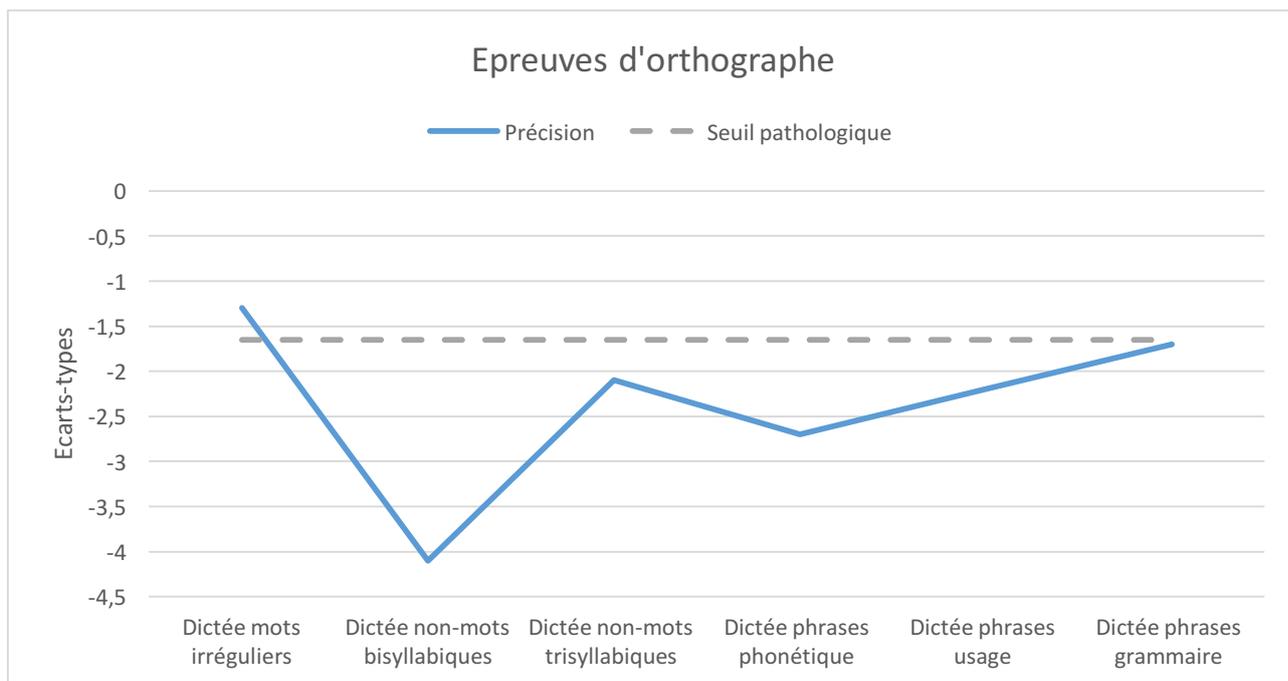
D'un point de vue qualitatif, nous notons que le sujet a répondu rapidement et sans hésitation à l'énoncé de chaque question. Il n'a exprimé son ressenti que de manière binaire : « jamais » ou « toujours ». Il exprime un ressenti uniquement dans la catégorie des conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres. Les items auxquels il a répondu « toujours » concernaient le regard que portent ses pairs sur lui et sa vitesse de réalisation des tâches, ce qui correspond à ce que nous avons observé lors du bilan.

1.3.2. Sujet 2 : fille scolarisée en CE2

Cette jeune patiente est âgée de 8 ans et 5 mois lors de la passation des épreuves. Son âge de lecture à l'épreuve de l'Alouette-R est de 7 ans et 11 mois soit en décalage de 6 mois par rapport à son âge réel.

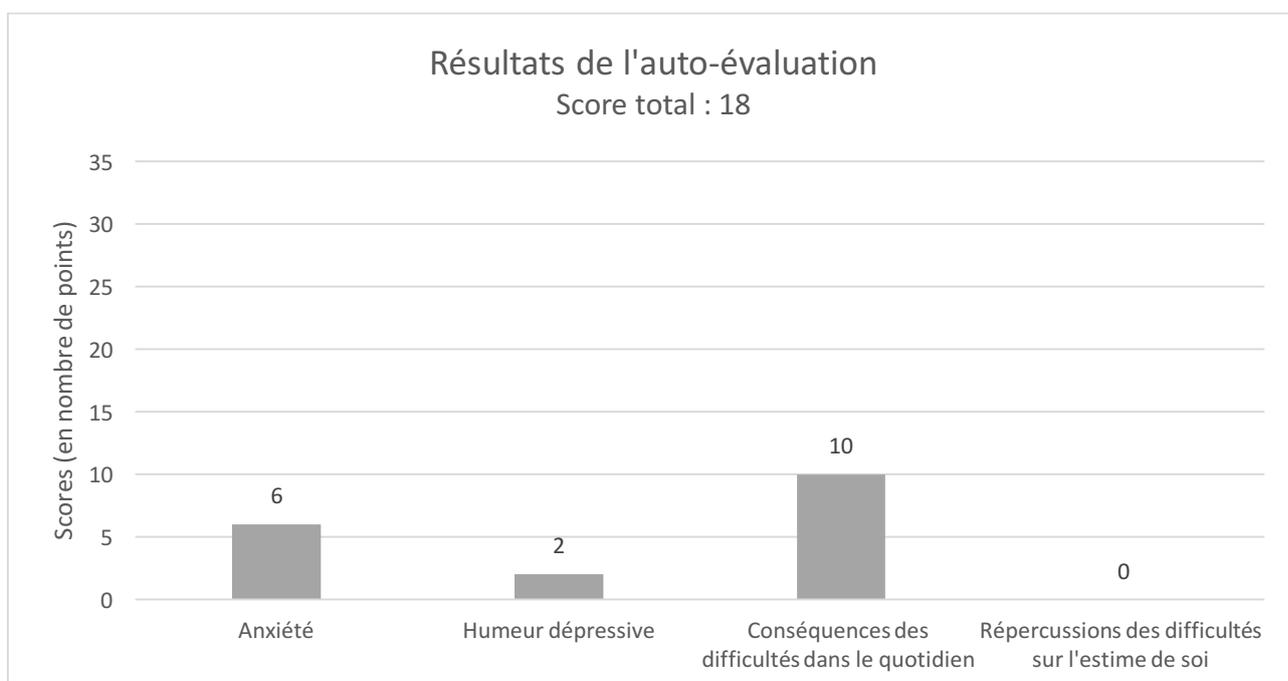


Graph 4- Résultats aux épreuves de lecture du sujet 2



Graph 5- Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 2

Cette patiente présente des performances en lecture supérieures à ses performances en orthographe. Tous les scores des épreuves de lecture sont supérieurs au seuil pathologique et ce pour le temps comme pour la précision. Les difficultés apparaissent lors des épreuves d'orthographe où la voie d'adressage révèle des faiblesses tout comme la voie d'assemblage pour laquelle les scores sont déficitaires. Ces données nous permettent de valider la suspicion de dyslexie-dysorthographe de type phonologique, sa voie d'assemblage semblant plus faible que sa voie d'adressage.



Graph 6- Résultats de l'auto-évaluation du sujet 2

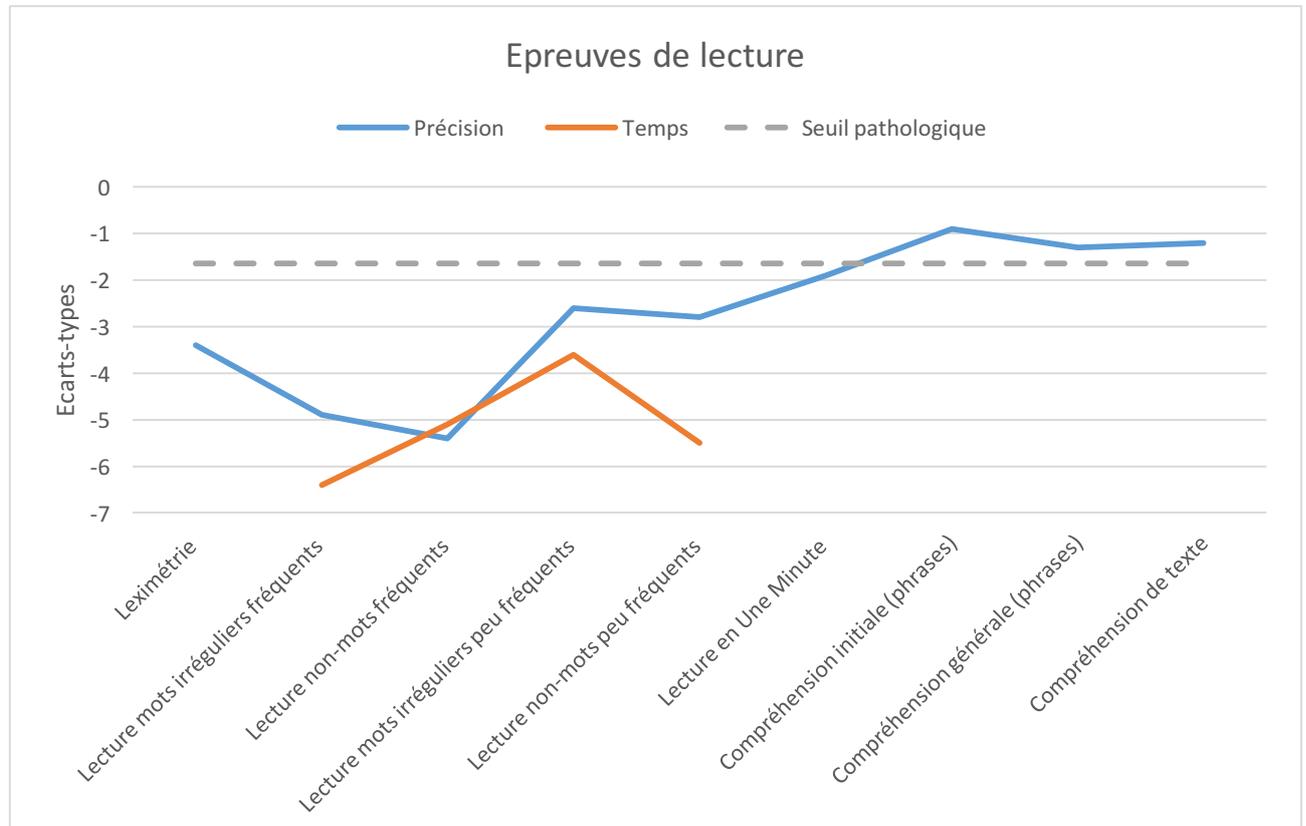
Très faible X	Faible	Modéré	Important ou sévère	
0	25	50	75	99

Le score de ressenti global est très faible (18 points). Toutes les gênes exprimées par le sujet sont de faible degré. Ces gênes concernent :

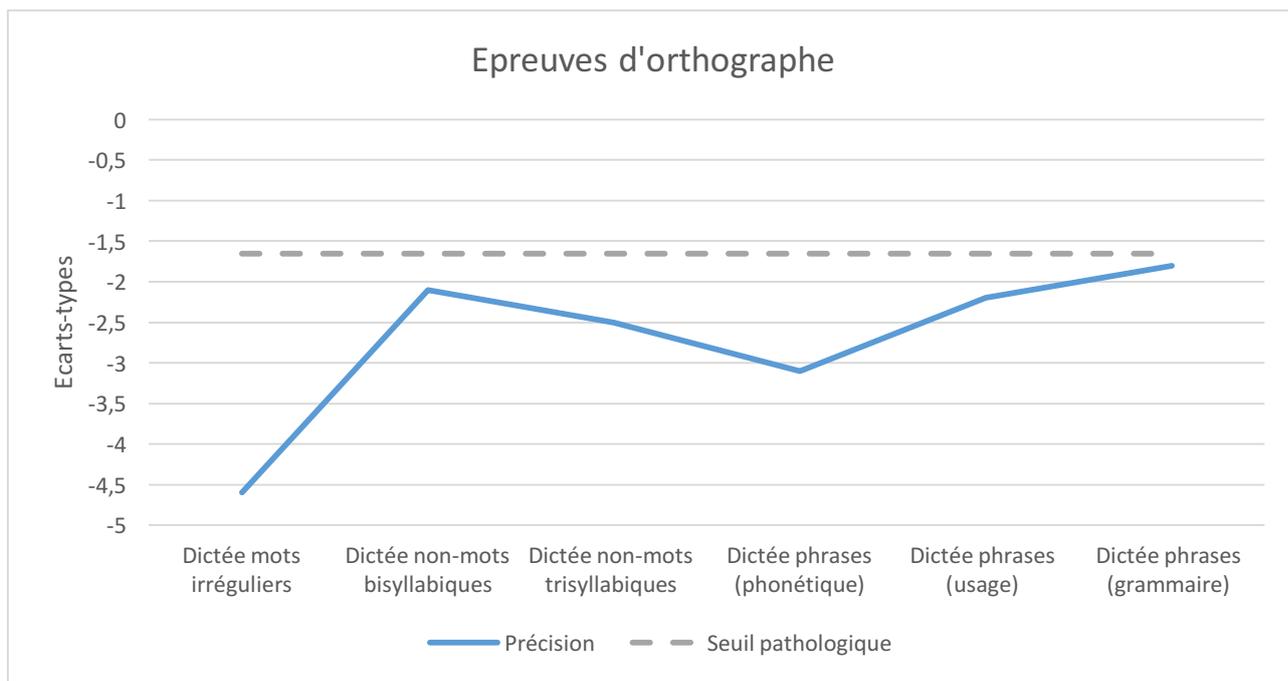
- Le domaine de l'anxiété où elle exprime un important stress ressenti lors de la lecture, elle dit être préoccupée par ses difficultés de lecture et indique penser « parfois » à ses difficultés en orthographe. Cette anxiété n'est ressentie que lors des situations de performance.
- Le sentiment de tristesse ressentie : elle exprime que ses difficultés en lecture peuvent avoir des conséquences sur la qualité de son sommeil.
- Les conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres : cette patiente estime qu'elle a besoin de relire plusieurs fois pour comprendre, qu'elle est systématiquement plus lente que ses camarades lors des tâches de lecture. Elle exprime également une fatigue liée aux tâches de lecture et d'orthographe, cette fatigue ressentie étant plus importante lors des tâches de lecture.

1.3.3. Sujet 3 : garçon scolarisé en CM1

Ce patient est âgé de 10 ans lors de la passation des épreuves. Son âge de lecture à l'épreuve de l'Alouette-R est de 8 ans : cela représente un décalage de 24 mois entre son âge réel et son âge de lecture.

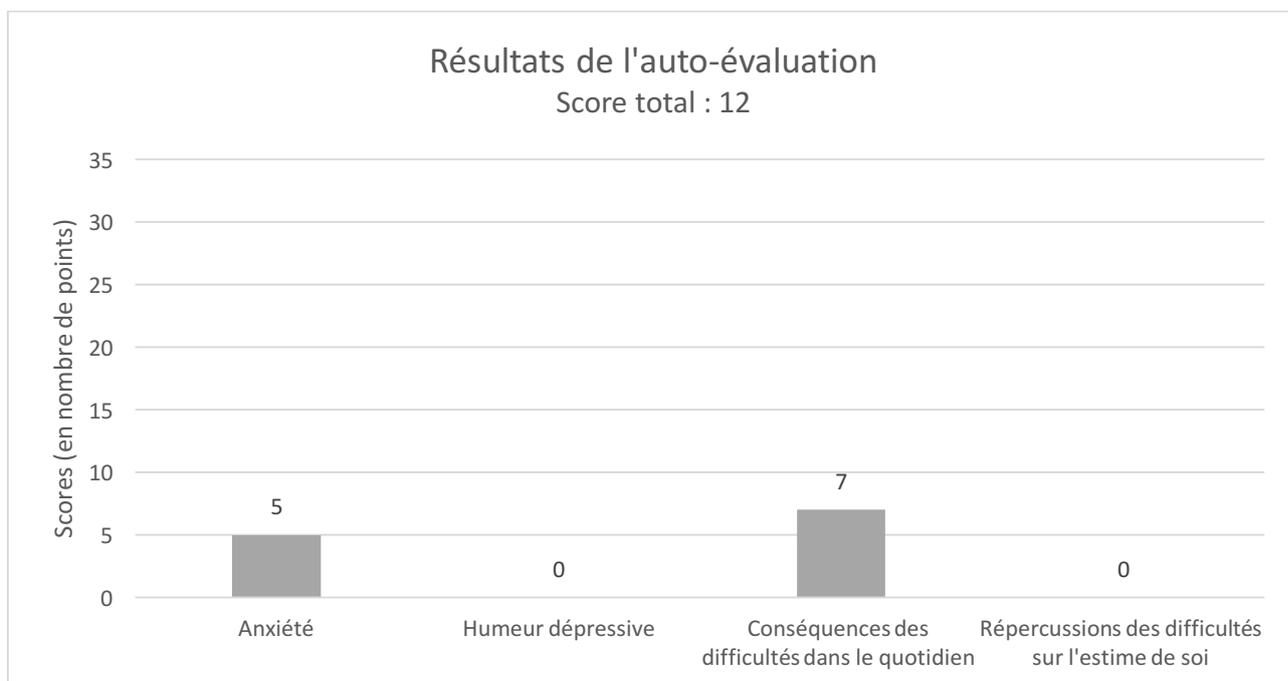


Graph 7- Résultats aux épreuves de lecture du sujet 3



Graph 8- Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 3

Ce jeune patient présente des difficultés en lecture et en orthographe. Ces temps de lecture sont très supérieurs à ce qui est attendu pour son âge. La lecture est lente mais relativement fonctionnelle, l'épreuve de compréhension de texte est davantage chutée du fait de la fatigabilité présentée par ce patient. Les épreuves d'orthographe mettent en évidence des difficultés sur les deux voies orthographiques. Ces résultats valident le diagnostic de dyslexie-dysorthographe de type mixte car ses deux voies de lecture et d'orthographe sont déficitaires.



Graph 9- Résultats de l'auto-évaluation du sujet 3

Très faible X	Faible	Modéré	Important ou sévère
0	25	50	75
			99

Lors de l'auto-évaluation, nous notons que le score global de ressenti est de 12 points. Cela signe une gêne globale de très faible degré. Les ressentis les plus importants concernent les conséquences des difficultés dans le quotidien et l'anxiété : dans ces domaines le patient exprime un ressenti de faible degré. Aucun ressenti n'est exprimé dans les domaines de l'humeur dépressive et des répercussions des difficultés sur l'estime de soi.

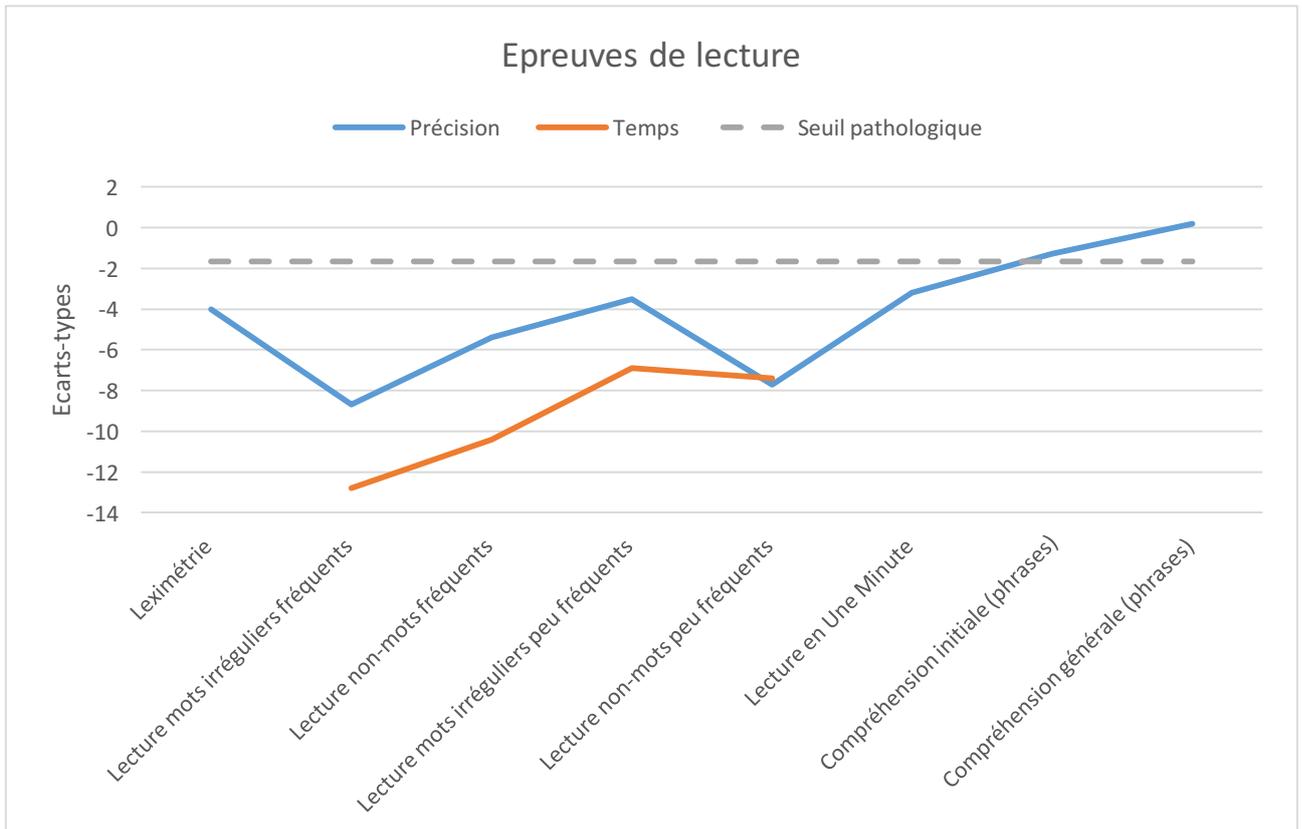
Dans les deux autres domaines, il exprime un faible ressenti :

- Dans le domaine de l'anxiété, il exprime être légèrement préoccupé par ses difficultés en lecture et en orthographe. Il ressent un léger stress lié à ses productions écrites et il dit penser souvent à ses difficultés en orthographe lorsqu'il est à l'école.
- En ce qui concerne les conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres, il reconnaît qu'il doit souvent relire plusieurs fois pour comprendre et qu'il va parfois moins vite que les autres pour lire. Il exprime que lire est « souvent » fatigant pour lui. Enfin, il dit avoir parfois l'impression que les autres ne comprennent pas ses difficultés et que parfois ses difficultés lui laissent moins de temps pour faire ce qu'il aime.

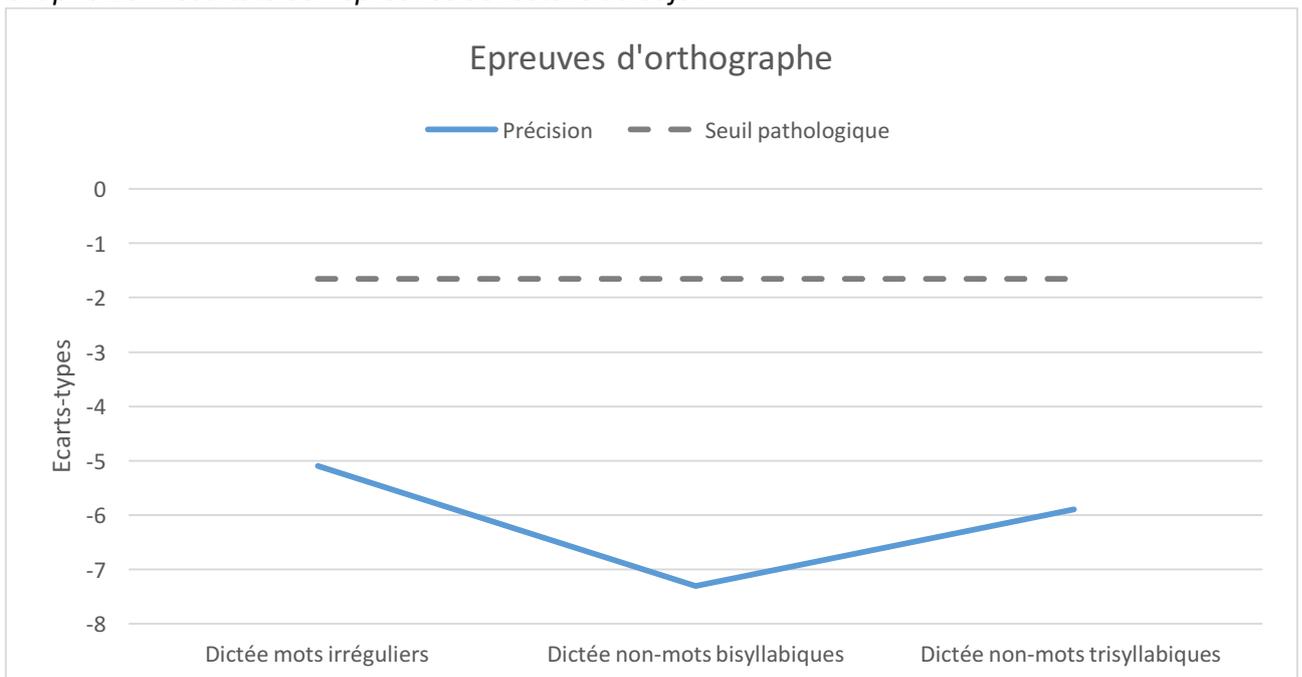
1.3.4. Sujet 4 : garçon scolarisé en CM2

Ce sujet est âgé de 10 ans et 9 mois lors de la passation des épreuves. Son âge de lecture à l'épreuve de l'Alouette-R est de 6 ans et 7 mois. Il présente un décalage de 50 mois entre son âge réel et son âge de lecture.

Il présente un TDA/H co-morbide pour lequel il ne suit aucun traitement.

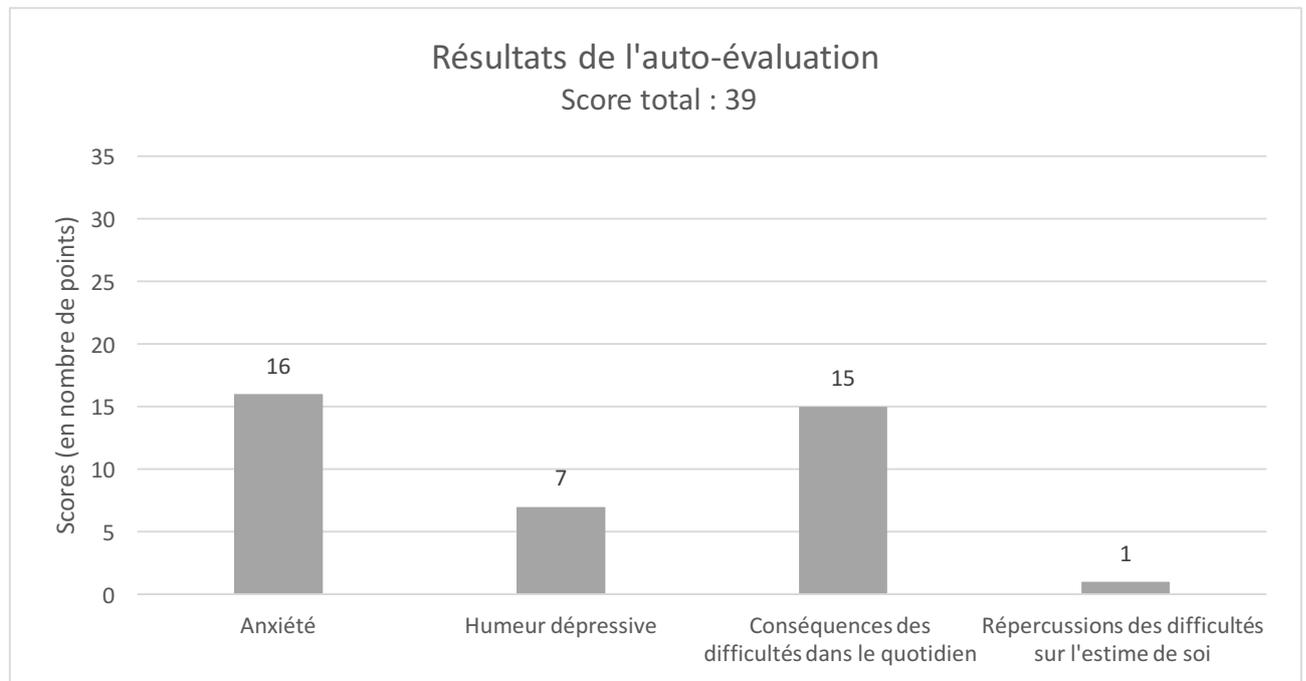


Graph 10- Résultats aux épreuves de lecture du sujet 4



Graph 11- Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 4

Ce jeune patient présente de grandes difficultés dans le domaine du langage écrit sur les plans de la lecture et de l'orthographe. Ses temps de lecture sont supérieurs à ceux des enfants de son âge. Ses scores de précision de lecture sont déficitaires. La compréhension de phrases courtes est possible, la relecture étant une aide précieuse pour cet enfant. Les deux voies de lecture et d'orthographe étant déficitaires, le diagnostic de dyslexie-dysorthographe de type mixte est validé.



Graphie 12- Résultats de l'auto-évaluation du sujet 4

Très faible	Faible X	Modéré	Important ou sévère
0	25	50	75
			99

Le score de ressenti global est de faible degré (39 points). Il exprime un ressenti dans tous les domaines mais les principales atteintes concernent l'anxiété, l'humeur dépressive et les conséquences des difficultés dans le quotidien pour lesquelles le sujet exprime une gêne modérée tandis que les répercussions sur l'estime de soi exprimées sont de faible degré.

A un niveau qualitatif, nous remarquons que :

- Ce patient exprime une anxiété modérée en situation de performance. Il dit être préoccupé par ses difficultés de lecture et d'orthographe. Il se dit toujours énervé face à ses difficultés et ce tant en lecture qu'en orthographe.
- Le sentiment de tristesse ressentie est qualifié de modéré. Cet enfant se dit toujours triste à cause de ses difficultés de lecture et dit l'être parfois à cause de ses difficultés en orthographe. Il exprime prendre souvent moins de plaisir dans ses activités de tous les jours à cause de ses difficultés. Il ressent une tristesse plus importante du fait de ses difficultés en lecture que par rapport à ses performances en orthographe.
- Les conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres sont de degré modéré. Il se sent plus lent que ses camarades lors des tâches de lecture et

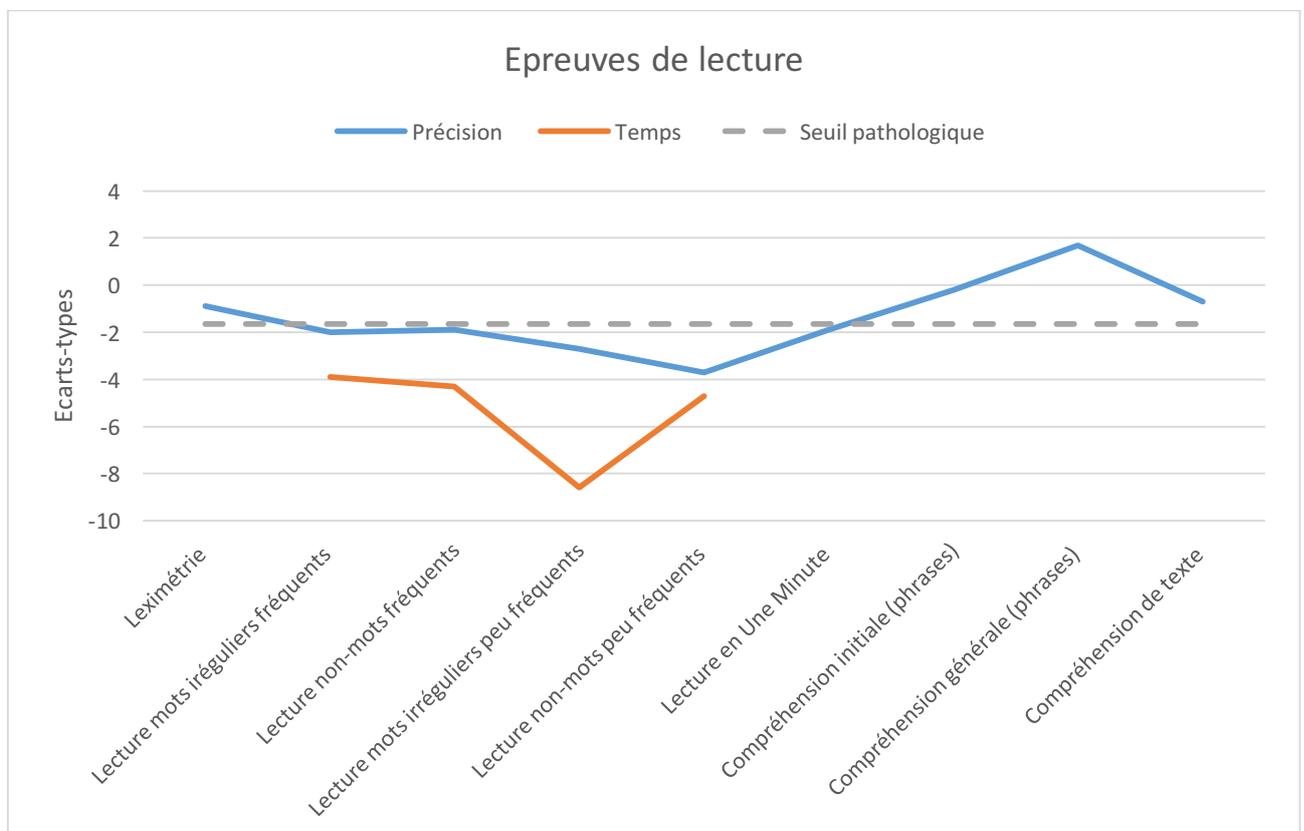
d'orthographe. Il a le sentiment que ses proches ne comprennent pas ses difficultés et que ses difficultés lui laissent moins de temps pour faire ce qu'il aime.

- Les répercussions des difficultés sur l'estime de soi concernent un seul item : cet enfant se sent mauvais à l'école du fait de ses difficultés en orthographe.

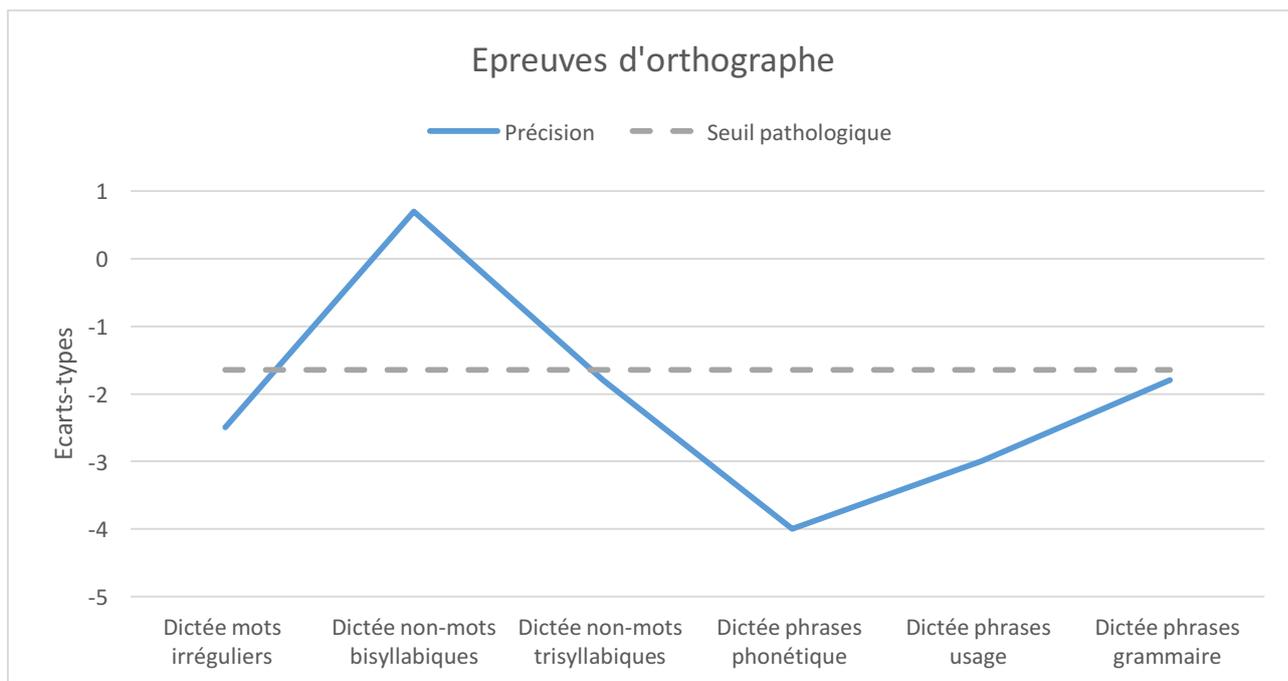
1.3.5. Sujet 5 : fille scolarisée en CM2

Cette jeune patiente est âgée de 10 ans et 10 mois lors de la passation des épreuves. Son âge lecture à l'épreuve de l'Alouette-R est de 7 ans et 1 mois. Le décalage entre son âge réel et son âge de lecture est de 45 mois.

Elle présente un TDA/H co-morbide pour lequel elle suit un traitement médicamenteux.

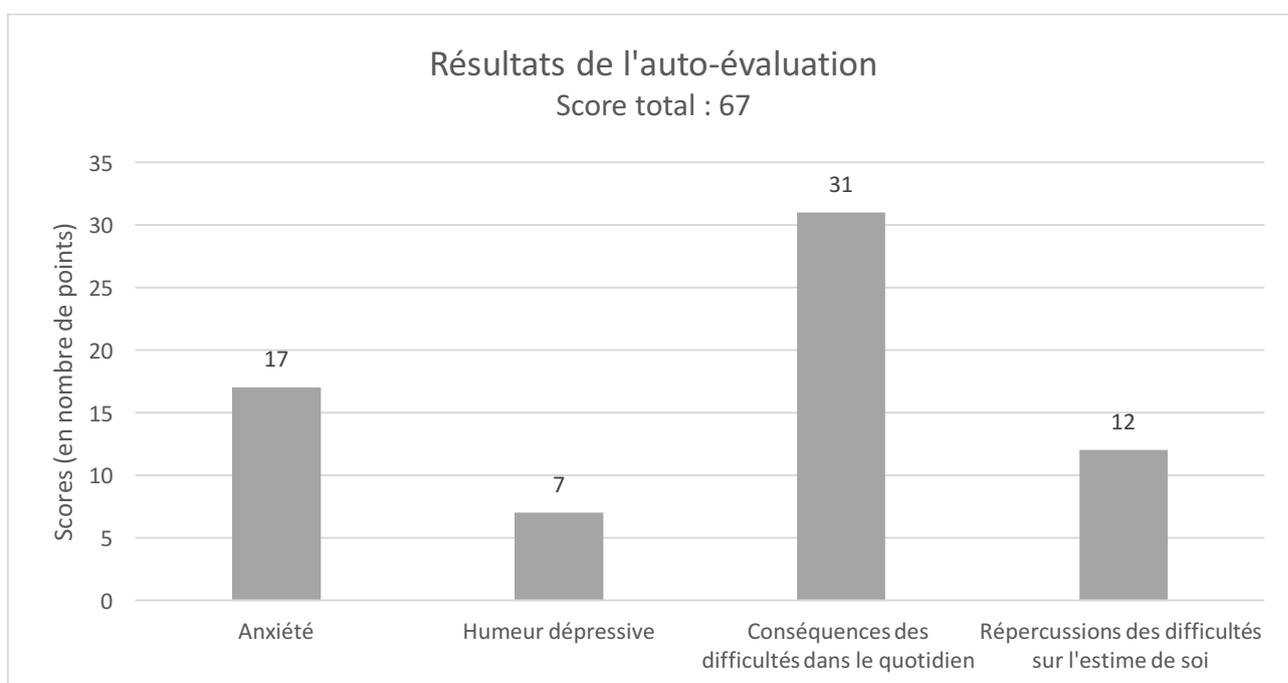


Graph 13- Résultats aux épreuves de lecture du sujet 5

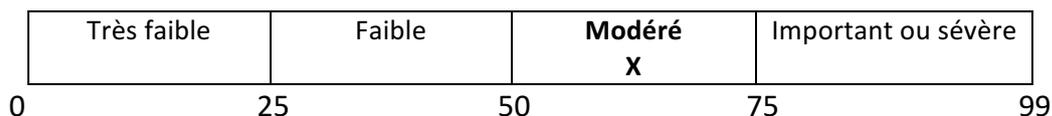


Graph 14- Résultats aux épreuves d'orthographe du sujet 5

Cette patiente présente des difficultés en lecture et en orthographe. En lecture, nous remarquons que sa voie d'assemblage semble légèrement plus faible que sa voie d'adressage. La lecture est faiblement automatisée. La compréhension de la lecture est de qualité. Les temps de lecture sont très allongés par rapport à la norme des enfants de son âge. Les épreuves d'orthographe mettent en évidence des faiblesses de deux voies d'orthographe ; les scores d'orthographe d'usage et d'orthographe grammaticale sont déficitaires. Ces résultats valident le diagnostic de dyslexie-dysorthographe de type mixte car ses deux voies de lecture et orthographe sont déficitaires.



Graph 15- Résultats de l'auto-évaluation du sujet 5



Le score global de ressenti est de 67 points (elle répond majoritairement « toujours » aux questions). Cela signe une gêne globale de degré modéré. La principale gêne exprimée concerne les conséquences des difficultés dans le quotidien pour lesquelles la patiente exprime une gêne sévère (elle répond systématiquement « toujours » aux questions). Les domaines de l’anxiété, de l’humeur dépressive et des répercussions des difficultés sur l’estime de soi présentent des niveaux de gêne exprimée de degré modéré.

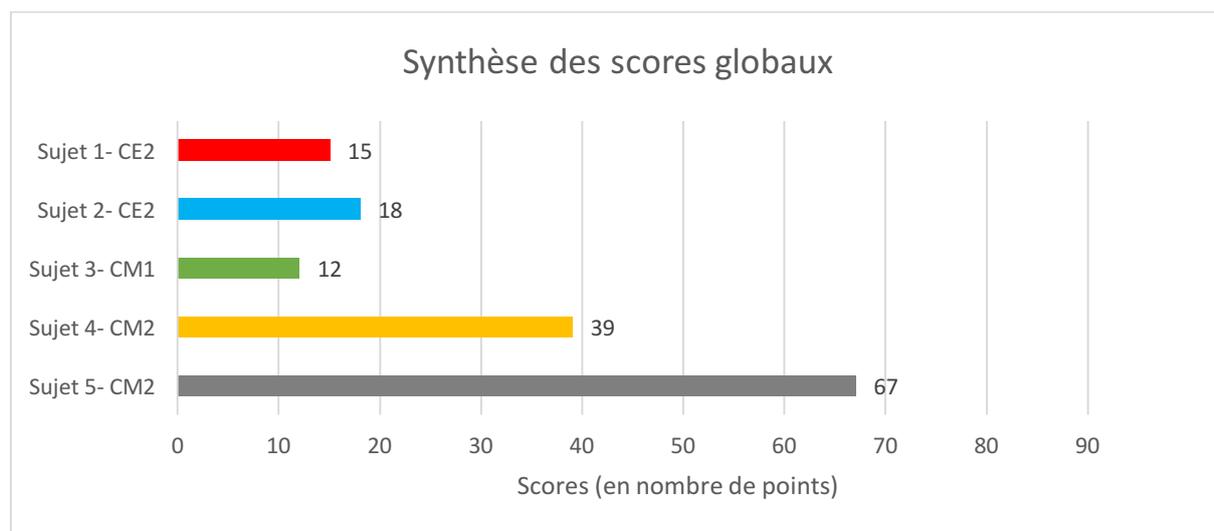
Durant l’auto-évaluation, cette patiente a pris le temps d’analyser chaque item avant de donner sa réponse. Elle a utilisé les différentes fréquences de manière adaptée afin de donner une réponse au plus de ses ressentis à chaque question.

Son ressenti dans la majorité des domaines est de degré modéré :

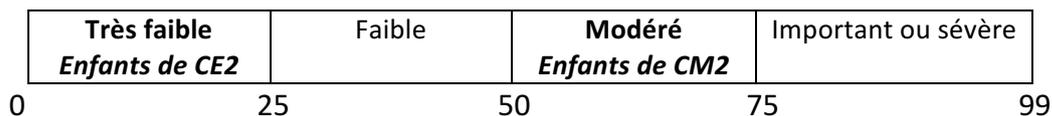
- Dans le domaine de l’anxiété, elle exprime une anxiété plus importante lorsqu’elle est en situation de performance que dans sa vie quotidienne. Elle est davantage préoccupée par ses difficultés en orthographe.
- Sa tristesse ressentie est de degré modéré. Elle exprime prendre moins de plaisir dans sa vie quotidienne du fait de ses difficultés en lecture et en orthographe.
- Des répercussions sur son estime d’elle-même sont présentes à un niveau modéré. Ses difficultés en lecture grèvent davantage son estime d’elle-même que ses difficultés dans le domaine de l’orthographe.

1.4. Présentation groupée des résultats des évaluations des cinq sujets

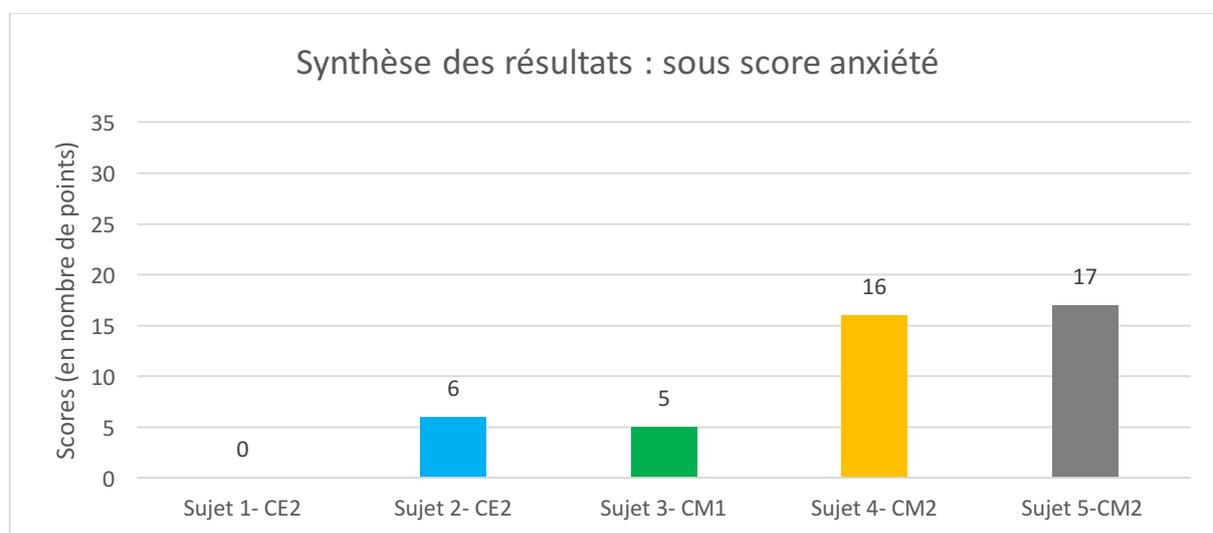
Afin de présenter les résultats de tous les sujets, nous avons choisi de les regrouper dans des graphiques.



Graph 16- Synthèse des scores globaux de l’auto-évaluation

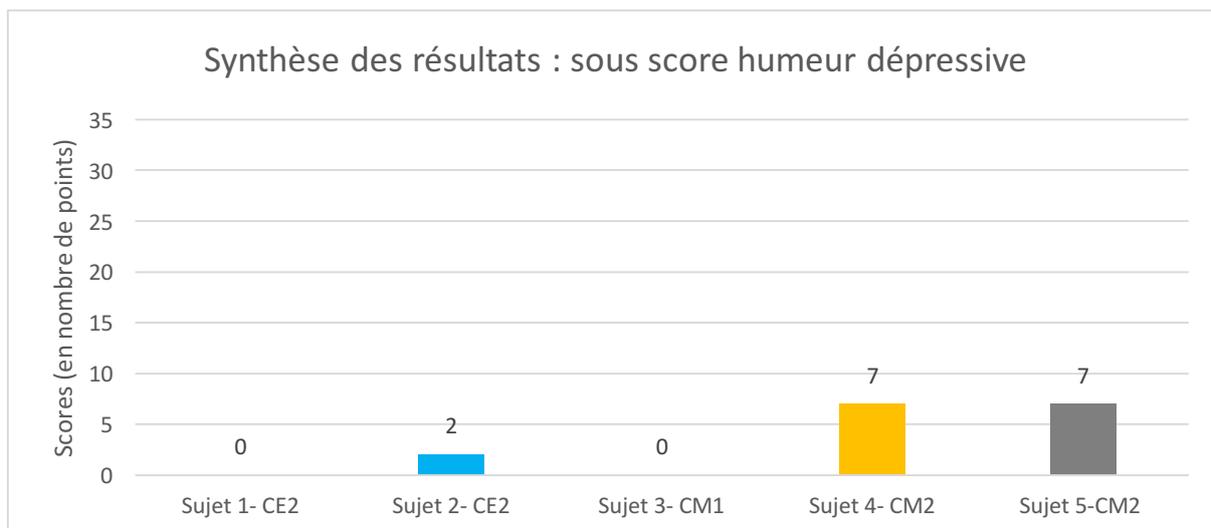


En ce qui concerne les données chiffrées, nous notons que les sujets de CE2 expriment en moyenne un score de ressenti très faible. La moyenne de leurs deux scores est de 16,5 points. La moyenne des sujets de CM2 est de 53 points, cela renvoie à un ressenti de degré modéré. L'enfant de CM1 exprime, comme les plus jeunes, un ressenti très faible. Néanmoins, ses résultats sont à considérer avec précaution étant donné qu'il est le seul enfant de CM1 de notre population.



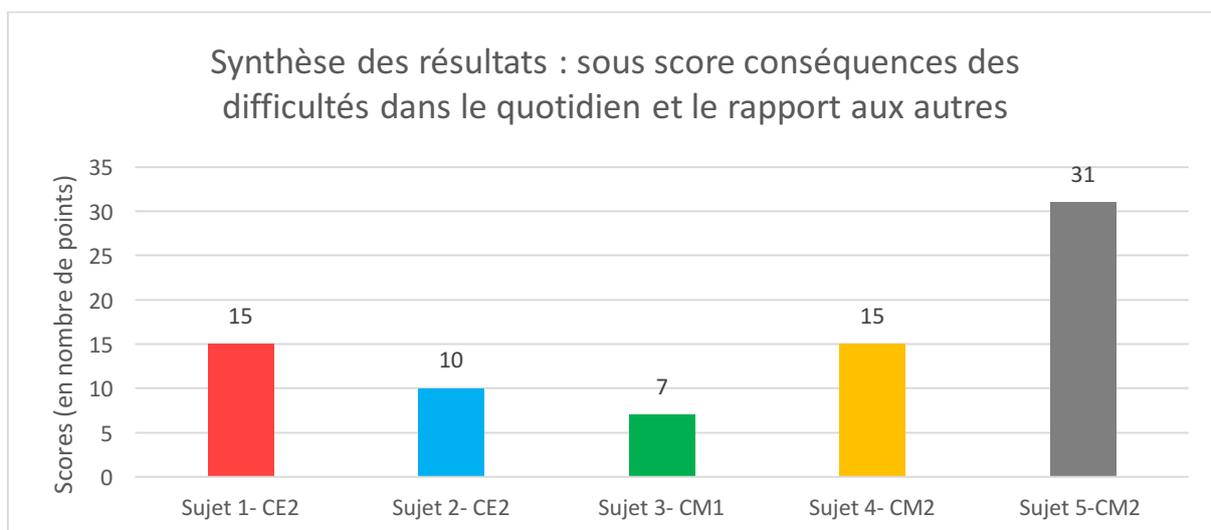
Graph 17- Synthèse des sous-scores anxiété des cinq sujets

Nous observons que des signes d'anxiété sont présents pour 80% des enfants. Les deux sujets les plus âgés ont un score en moyenne trois fois supérieur à celui obtenu chez les plus jeunes.



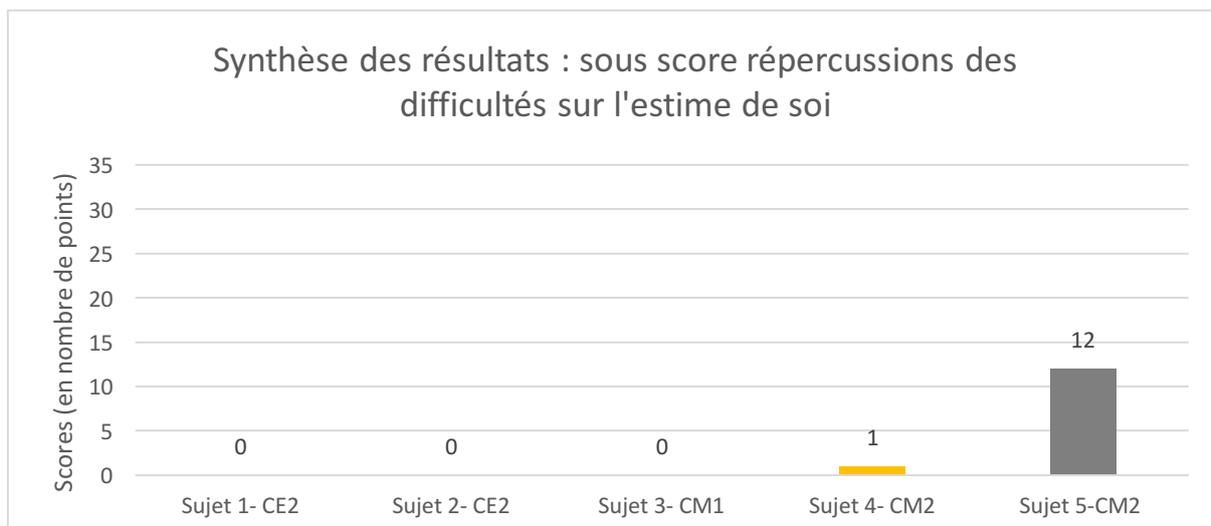
Graph 18- Synthèse des sous-scores humeur dépressive des cinq sujets

La présence d'un ressenti dans le domaine de l'humeur dépressive est retrouvée chez 60% des sujets et ce à un seuil peu élevé. Ce ressenti est très majoritairement rapporté par les deux sujets les plus âgés.



Graph 19- Synthèse des sous-scores conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres des cinq sujets

Des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres sont pointées par tous les enfants. En dehors d'un enfant de CM2 qui obtient un score relativement élevé dans ce domaine, les scores obtenus par les quatre autres sujets sont assez homogènes.



Graphe 20- Synthèse des sous-scores répercussions des difficultés sur l'estime de soi des cinq sujets

Les répercussions des difficultés sur l'estime de soi sont peu rapportées. Elles ne sont présentes que pour les deux sujets les plus âgés, avec un score très faible pour l'un d'entre eux.

Nous allons maintenant procéder à l'analyse de ces résultats.

La dernière partie de notre écrit nous permettra d'interpréter ces résultats, d'exposer les limites et intérêts de notre étude, de vérifier nos postulats initiaux et de faire des liens avec les données de la littérature.

Discussion

Au sein de cette partie, nous allons étudier les résultats obtenus lors de l'étude de faisabilité. Cela nous permettra de confronter nos objectifs et postulats aux résultats obtenus. Pour ce faire, nous allons analyser les résultats puis nous exposerons les limites et implications de notre étude avant de valider ou non nos postulats. Enfin, nous mettrons en lien ces éléments avec les données de la littérature et nous présenterons les perspectives de ce travail.

1. RAPPEL DES POSTULATS ET DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif premier de notre travail était de créer une grille d'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et en orthographe car un tel outil n'existe pas à ce jour dans le champ de l'orthophonie. Nous voulions ensuite déterminer si les sujets scolarisés du CE2 au CM2 et présentant une dyslexie-dysorthographe étaient en mesure :

- De répondre de manière adaptée à un questionnaire d'auto-évaluation concernant leurs ressentis.
- D'analyser finement leurs difficultés et leurs ressentis.

Nous avons postulé que :

- Les enfants pourront exprimer leurs ressentis face à leurs difficultés plus précisément qu'en l'absence de questionnaire
- Les résultats obtenus lors de l'auto-évaluation montreront des corrélations avec les éléments du bilan et que le ressenti sera d'autant plus important que la dyslexie-dysorthographe sera sévère
- Les sujets les plus âgés présenteront un ressenti plus important que les sujets les plus jeunes
- Ce questionnaire aidera les orthophonistes à prendre conscience du ressenti des patients

Afin d'étudier ces postulats, nous avons recueilli a posteriori les données de cinq sujets présentant une dyslexie-dysorthographe. Les données ont été obtenues lors de bilans de renouvellement de langage écrit. Nous allons maintenant étudier ces données en prenant en compte les résultats de l'auto-évaluation.

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

2.1. Accessibilité de la grille pour les enfants

Peu de modifications ont été nécessaires après la phase de pré-test de la grille d'auto-évaluation. Les modifications ont été effectuées avant la présentation de la grille aux cinq sujets.

Sur les cinq patients que nous avons rencontrés, 100% des sujets ont répondu et aucun des sujets n'a exprimé un score de ressenti égal à zéro. Cela nous prouve :

- Que la grille d'auto-évaluation fait sens pour eux
- Qu'ils se reconnaissent dans les situations évoquées
- Que les items leur sont compréhensibles

Cela nous montre que les éléments de la littérature sont validés ici : les enfants de plus de huit ans sont en mesure de répondre de manière fiable et valable à un questionnaire d'auto-évaluation. (Humblot & Lenormand, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2014)

2.2. Pertinence de l'échelle de cotation verbale

Un seul enfant sur les cinq n'a répondu qu'en utilisant « toujours » et « jamais ». Nous mettons ses réponses en lien avec un défaut d'inhibition, ce sujet ayant eu tendance à répondre de manière impulsive tout au long du bilan.

Tous les autres sujets ont utilisé l'échelle verbale de manière adaptée, en prenant en compte les différentes réponses possibles. De ce fait, ils expriment leur ressenti plus précisément et nous pouvons comparer l'intensité de leur ressenti dans les différentes situations.

Ces données sont en accord avec les éléments de littérature qualifiant les échelles verbales de « *fiabiles* ». (Cacho, 2011; Goutaland-Perrin & Hermer-Touretz, 2015; Humblot & Lenormand, 2013; Maslard, 2015)

2.3. Corrélations entre le bilan et la grille d'auto-évaluation

2.3.1. Sujet 1

Ce sujet est âgé de 8 ans et 5 mois, il est scolarisé en CE2 et présente un TDA/H comorbide pour lequel il suit un traitement homéopathique.

Au vu des résultats du bilan orthophonique, qui montre des difficultés marquées en lecture et en orthographe, nous aurions pu nous attendre à un score global plus élevé dans le domaine du ressenti. Ainsi, nous n'observons pas de corrélation entre la sévérité des ses difficultés objectivées lors du bilan et son ressenti global. Néanmoins, à un niveau qualitatif, nous pouvons observer une corrélation entre le ressenti rapporté par le sujet concernant le manque de rapidité dans la vitesse de réalisation des tâches et la lenteur de lecture observée au cours du bilan.

2.3.2. Sujet 2

Cette patiente est scolarisée en CE2. Elle est âgée de 8 ans et 5 mois.

Son score global de ressenti est très faible (18 points). Au vu de ses résultats de l'évaluation du langage écrit, qui ne montre pas de résultats pathologiques dans le domaine de la lecture, nous pourrions nous attendre à ce que son ressenti soit plus important dans le domaine de l'orthographe que de la lecture. Au contraire, l'ensemble des difficultés ressenties concerne préférentiellement l'activité de lecture. Parallèlement, à un niveau qualitatif, une notion de fatigabilité est rapportée lors des tâches de lecture ainsi que de l'anxiété et un sentiment de tristesse. Ces éléments nous laissent supposer qu'elle pourrait être particulièrement sensible à ses difficultés en lecture ; elle fournirait de ce fait des efforts importants lui permettant d'obtenir les résultats corrects objectivés lors du bilan.

2.3.3. Sujet 3

Ce sujet est scolarisé en classe de CM1 et est âgé de 10 ans.

Son score global de ressenti est de très faible niveau (12 points). Au vu des difficultés en lecture et orthographe objectivées lors du bilan, nous aurions pu nous attendre à ce que le ressenti exprimé soit plus important. Cependant nous observons deux corrélations. La première corrélation s'établit entre son ressenti concernant sa vitesse de lecture et les données du bilan. Il rapporte en effet une lenteur, objectivée lors du bilan. Il note également que ses difficultés peuvent entraîner un manque de temps pour ses loisirs. La seconde corrélation est présente entre les troubles observés et la fatigabilité exprimée. Les données du bilan objectivent que ce sujet présente une fatigabilité importante, tant lors des tâches de lecture que d'orthographe ; cet enfant en est conscient car il exprime ressentir une fatigue importante lors de la réalisation de ces tâches.

2.3.4. Sujet 4

Ce patient est âgé de 10 ans et 9 mois. Il est scolarisé en CM2 et présente un TDA/H co-morbide pour lequel il ne bénéficie d'aucun traitement.

Son score global de ressenti est faible (39 points). Les résultats de l'auto-évaluation de cet enfant sont globalement proches de ce qui a été objectivé lors du bilan. En effet, il dit se sentir lent dans les tâches de lecture et d'orthographe. Cette lenteur est corrélée à celle retrouvée lors du bilan. D'autre part, il exprime une tristesse plus grande concernant ses difficultés en lecture par rapport au domaine de l'orthographe.

2.3.5. Sujet 5

Cette patiente est scolarisée en classe de CM2. Elle est âgée de 10 ans et 10 mois. Elle présente un TDA/H co-morbide pour lequel elle bénéficie d'un traitement médicamenteux.

Son score global de ressenti est modéré (67 points). En étudiant ses réponses à l'auto-évaluation à la lumière des éléments du bilan, nous observons que ses réponses sont cohérentes avec les résultats aux épreuves de lecture et d'orthographe. Une corrélation est présente entre la majoration de ses préoccupations concernant l'orthographe par rapport à la lecture en regard de l'évaluation. On retrouve également un impact plus important des difficultés en lecture par rapport à l'orthographe.

Après avoir présenté et analysé les résultats des cinq sujets individuellement, nous allons présenter une synthèse de ces analyses pour tenter de dégager des éléments d'analyse globaux.

2.4. Corrélation des résultats de la grille par rapport à l'âge

Les sujets les plus âgés présentent un score global supérieur à celui de leurs pairs plus jeunes. Les enfants de CM2 expriment en moyenne un ressenti de degré modéré alors que les sujets de CE2 n'expriment qu'un ressenti très faible bien que tous présentent une dyslexie-dysorthographe. Ces données suggèrent que les sujets les plus âgés présentent un ressenti plus important que les sujets plus jeunes.

Ainsi, si les sujets les plus âgés présentent un score global supérieur à celui de leurs pairs plus jeunes, ils font également part de répercussions qui ne sont pas rapportées par les plus jeunes. En effet, les répercussions sur l'estime de soi ne sont présentes que pour les sujets de CM2 et ils sont également très majoritaires parmi ceux qui rapportent un impact dans le domaine de l'humeur dépressive. Nous observons donc à un niveau qualitatif et quantitatif un ressenti plus important des sujets les plus âgés par rapport aux plus jeunes. Ces données sont en accord avec les éléments de la littérature qui stipulent que les sujets les plus âgés présentent un ressenti important car ils ont vécu plus longtemps avec leurs troubles d'une part et d'autre part car leurs capacités métacognitives sont davantage développées que celles de leurs pairs plus jeunes. (Bastiaansen et al., 2005 in Balazs et al., 2016)

2.5. Expression du ressenti des enfants

La grille d'auto-évaluation présentée ici nous permet d'analyser le ressenti exprimé par les sujets. Nous remarquons que :

- 100% des sujets présentent un ressenti dans le domaine des conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres.
- 80% des enfants présentent un ressenti dans le domaine de l'anxiété.
- 80% des sujets expriment ressentir des répercussions de leurs difficultés sur leur humeur. Cela concerne les domaines de l'anxiété et de l'humeur dépressive.
- 60% des enfants expriment plus de ressentis par rapport à leurs difficultés de lecture que d'orthographe.
- Le ressenti peut être faible alors que le trouble est important.

Tous ces éléments sont en accord avec les éléments cités par la CIM 10 et le DSM IV. Les auteurs de la CIM 10 mettaient l'accent sur les problèmes émotionnels, la faible estime de soi et les problèmes de relation avec les pairs et ceux du DSM IV notaient des taux élevés de dépression et de troubles de l'humeur (Maughan et al., 2003; OMS, 1994).

De plus, nous observons que les éléments ressentis par les sujets sont de faible degré. Cela concorde avec les données issues de la partie théorique car nous avons vu que les sujets pouvaient exprimer un ressenti dans les domaines de l'anxiété et de l'humeur dépressive sans que cela ne relève d'un trouble anxieux ou dépressif. (Maag & Reid, 2006; Angold et al., 1999 in Mugnaini et al., 2009; Nelson & Harwood, 2011)

2.6. Prise de conscience du ressenti des patients

La grille d'auto-évaluation créée peut permettre aux orthophonistes de prendre en compte le ressenti de leurs patients. Nous observons la présence de réponses concernant la tristesse, l'impact des difficultés sur d'autres activités ainsi que des répercussions sur l'estime de soi.

Ces éléments nous donnent des précisions sur les domaines dans lesquels l'anxiété est présente. Enfin, ils nous alertent sur les répercussions des difficultés concernant l'estime de soi et l'impact sur l'humeur.

Nous allons maintenant étudier nos postulats au vu de ces éléments.

3. VALIDATION DES POSTULATS

Avant l'étude, nous avons formulé quatre postulats. Nous allons les reprendre un à un afin de les valider ou non à l'issue de notre étude de faisabilité.

Le premier postulat que nous avons formulé est le suivant : *les enfants pourront exprimer leurs ressentis face à leurs difficultés plus précisément qu'en l'absence de questionnaire*. Nous proposons de valider ce postulat car nos observations lors des bilans sont en accord avec cette suggestion, ce thème n'étant pas forcément abordé par les orthophonistes. Toutefois, pour valider plus précisément ce postulat, il nous aurait fallu noter les éléments rapportés par les sujets de manière libre et spontanée avant le bilan. Puis nous aurions dû comparer ces éléments à ceux recueillis en situation dirigée lors de la présentation de la grille d'auto-évaluation.

Le deuxième postulat voulait que « *les résultats obtenus lors de l'auto-évaluation montrent des corrélations avec les éléments du bilan et que le ressenti soit d'autant plus important que la dyslexie-dysorthographe est sévère* ». Au vu des données obtenues lors de notre étude, nous choisissons de valider ce postulat mais seulement pour les sujets les plus âgés, c'est-à-dire les enfants de CM2. En effet, tous les sujets de notre population présentent une dyslexie-dysorthographe ; cependant, des difficultés qui pourraient être qualifiées de sévères par le thérapeute ne sont pas systématiquement ressenties comme telles par le sujet. Nous observons notamment cela dans le cas du premier sujet, le garçon de CE2 : il présente des scores déficitaires dans de nombreuses épreuves et est trop en difficulté pour en effectuer certaines. Toutefois, il exprime un ressenti de degré très faible. Il en va de même pour sa camarade de CE2 qui présente des scores déficitaires aux épreuves d'orthographe et qui

exprime également un ressenti de très faible degré. Or, en ce qui concerne les sujets de CM2, nous remarquons que le garçon de CM2 présente des scores très déficitaires et que certaines épreuves n'ont pu lui être soumises au vu de ses difficultés. Nous pourrions alors supposer que le ressenti exprimé soit de degré important mais ce n'est pas le cas : ce garçon exprime un ressenti de degré modéré. Son ressenti est plus proche des scores obtenus lors du bilan par rapport aux sujets de CE2. Ces quelques illustrations montrent que les sujets les plus jeunes auraient tendance à exprimer un ressenti bien moindre au regard de leurs difficultés objectivées et que l'avancée en âge tendrait à réduire cet écart.

Notre troisième postulat était le suivant : « *les sujets les plus âgés présenteront un ressenti plus important que les sujets les plus jeunes* ». Au vu des éléments en notre possession, nous sommes en mesure de valider ce postulat. Bien que tous les sujets présentent des scores déficitaires dans plusieurs épreuves de lecture et orthographe, les enfants de CE2 n'expriment qu'un ressenti de très faible degré ; alors que leurs camarades les plus âgés, scolarisés en CM2, expriment un ressenti modéré.

Le dernier postulat stipule que « *ce questionnaire aidera les orthophonistes à prendre conscience du ressenti des patients* ». Nous suggérons que ce postulat soit partiellement validé. En effet, ce domaine a été abordé par nos soins à l'issue de la présentation de la grille d'auto-évaluation et toutes les orthophonistes rapportaient ne pas avoir connaissance du ressenti que pouvaient éprouver leurs patients face à leurs difficultés. Cependant, étant donné qu'aucun questionnaire ne leur a été soumis, nous ne pouvons valider totalement ce postulat.

4. IMPLICATIONS ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

4.1. Limites de la présente étude

Nous avons mis à jour différentes limites à notre étude.

La première limite que nous avons identifiée concerne la taille de notre échantillon. En effet, dans le temps qui nous était imparti et malgré nos multiples sollicitations nous n'avons pu recueillir les données de cinq sujets seulement. Afin de poursuivre l'analyse des résultats, nous aurions souhaité avoir deux sujets par niveau scolaire de manière à pouvoir comparer les résultats entre chaque catégorie scolaire.

Le moment de proposition de l'auto-évaluation constitue notre deuxième limite. Nous avons choisi de présenter la grille d'auto-évaluation à la fin des épreuves de bilan. Nous pensions que le sujet serait, de ce fait, au plus près de ses ressentis car il aurait été confronté tout récemment à des tâches pouvant potentiellement le mettre en difficulté. Ces éléments ne nous semblent plus si prégnants à l'issue de notre étude car les sujets sont confrontés quotidiennement à leurs difficultés lorsqu'ils sont à l'école. De plus, à l'issue du bilan le sujet peut être fatigué et lassé ce qui peut favoriser la production de réponses rapides pour terminer le plus vite possible.

Enfin, la dernière limite que nous avons identifiée concerne l'absence de recueil écrit auprès des orthophonistes. A l'issue des bilans de renouvellement, nous avons échangé avec les orthophonistes de manière informelle pour sonder leur niveau de conscience quant au ressenti du patient. Un questionnaire à leur destination aurait pu apporter des données supplémentaires mettant en évidence le manque de considération de cette dimension dans le bilan puis la prise en charge orthophonique.

Nous allons à présent indiquer les implications de l'étude.

4.2. Implications de la présente étude

Cette étude présente différents intérêts que nous allons préciser.

Tout d'abord elle permet de prendre en compte le ressenti des sujets. Nous avons observé que la sévérité de la dyslexie-dysorthographe ne permettait pas d'estimer le niveau de ressenti des sujets. Un outil dédié présente donc l'intérêt de le mesurer avec fiabilité.

Puis, nous pensons que la présentation de cette grille peut constituer la transition entre la fin du bilan orthophonique et le début de la prise en charge. L'orthophoniste dispose de tous les éléments dont il a besoin pour établir le diagnostic et la prise en compte du ressenti des sujets peut servir de transition car le sujet pourra exprimer sa gêne dans le quotidien et il sera entendu par le thérapeute. De cette manière, le professionnel pourra être à l'écoute des difficultés vécues par le patient et pourra en tenir compte afin de dresser des axes thérapeutiques précis et écologiques, au plus près des besoins du patient. Nous pouvons également supposer que cela participera à la création d'une alliance thérapeutique de qualité car le sujet se sentira reconnu dans ses difficultés, saura en quoi la rééducation pourra lui être bénéfique et il pourrait ainsi être partie prenante de sa rééducation.

Cette grille présente également la possibilité d'établir des sous-scores : le thérapeute peut analyser le ressenti du patient dans chaque sous-catégorie. De cette manière, il obtient des données au plus près des ressentis du patient et il peut qualifier le degré de gêne ressentie dans chaque sous catégorie. Outre la précision dans l'analyse qu'ils apportent, ces sous-scores peuvent également alerter le professionnel quant à la nécessité de proposer d'autres consultations. Imaginons par exemple que le sujet présente un ressenti sévère dans les sous-scores d'anxiété, d'humeur dépressive ou de répercussions des difficultés sur l'estime de soi : le thérapeute pourrait alors suggérer au patient de prendre contact avec un psychologue s'il le souhaite afin d'aborder ces domaines avec le professionnel idoine. La littérature met en évidence la nécessité d'une intervention précoce et le besoin de tenir davantage compte de la santé socio-émotionnelle en plus de la lecture durant les évaluations. Les auteurs notent qu'il faudrait identifier la prédisposition à l'anxiété, la présence de symptomatologie dépressive ou encore la faible estime de soi de manière à déterminer les priorités d'action selon les profils des sujets. (Hendren et al., 2018; Mugnaini et al., 2009)

De plus, la grille pourrait être reproposée au patient lors du bilan de renouvellement. Ainsi en comparant les résultats exprimés lors du second bilan par rapport à ceux du premier bilan, l'orthophoniste pourrait mesurer l'efficacité de la prise en charge effectuée. Nous pouvons

imaginer que le niveau de gêne exprimé devienne un critère d'efficacité à part entière : les difficultés en lecture et orthographe des sujets présentant une dyslexie-dysorthographe se manifestent tout au long de la vie, elles peuvent être plus ou moins compensées par les sujets mais elles ne disparaissent jamais totalement (Cole & Zesiger, 2009). Cependant, si le ressenti des difficultés se révélait être moindre, nous pourrions estimer que la prise en charge a été bénéfique et que les compensations sont efficaces.

Étudions maintenant quelles perspectives il serait possible d'envisager suite à cette étude.

5. PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Bien que notre étude présente certains biais, la revue de la littérature effectuée et l'absence d'outil permettant de sonder le ressenti des sujets présentant une dyslexie-dysorthographe nous laissent à penser que des études sur cette thématique pourraient être poursuivies.

Ainsi, il pourrait être intéressant d'utiliser la grille d'auto-évaluation présentée dans ce mémoire et de la proposer à davantage de sujets présentant une dyslexie-dysorthographe et à des sujets lambda appariés en âge et sexe. De ce fait, il serait possible de valider nos postulats préliminaires sur un plus grand nombre de sujets. De plus, il deviendrait alors envisageable de créer un étalonnage permettant de situer les sujets par rapport à une population de référence.

Nous avons également songé à la possibilité d'adapter le protocole de recherche. En effet, nos observations nous laissent à penser que le fait de proposer l'auto-évaluation à la fin du bilan n'est pas un élément indispensable pour les diverses raisons exposées ci-dessus. De plus, nous observons que le ressenti n'est pas nécessairement corrélé au degré de sévérité de la dyslexie-dysorthographe. Il serait alors possible de ne proposer que la grille d'auto-évaluation aux différents sujets ce qui diminuerait notablement le temps de passation, cela permettrait alors de recruter plus facilement davantage de sujets.

Enfin, il pourrait être envisageable de proposer cette grille d'auto-évaluation à des sujets plus âgés moyennant quelques adaptations dans la formulation des items. Cet élément pourrait alors être pris en compte lors de la proposition de pause thérapeutique, comme par exemple en cas de réduction de la gêne ressentie dans les tâches du quotidien.

A contrario, il ne nous semble pas pertinent de proposer une adaptation à des sujets plus jeunes car la littérature met en lumière que c'est seulement à partir de l'âge de huit ans que les sujets commencent à pouvoir répondre avec fiabilité à une auto-évaluation. (Humblot & Lenormand, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2014)

Conclusion

La communauté scientifique reconnaît aujourd'hui unanimement que les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe ressentent des répercussions plus importantes que leurs pairs dans certains domaines. Ces domaines sont ceux de l'humeur dépressive, de l'anxiété, des conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres ainsi que celui des répercussions des difficultés sur l'estime de soi.

L'identification de ces co-morbidités est primordiale afin de proposer des prises en soin optimales. Pour ce faire, nous avons choisi l'auto-évaluation car elle permet de croiser évaluation objective et subjective.

L'outil d'évaluation créé s'est basé sur les données de la littérature : les items ont été formulés pour être accessibles aux sujets de notre population et en lien avec des situations de leur quotidien. Une cotation de la grille a également été créée. Cette grille d'auto-évaluation a été proposée à cinq sujets lors de leur bilan de renouvellement de langage écrit.

Cette étude a permis de mettre en évidence la pertinence de l'auto-évaluation pour sonder le ressenti des sujets. Les résultats nous montrent que tous les sujets font part d'un ressenti de degré variable et ce concernant les différents domaines. Cependant, en présence de difficultés objectivées, les sujets les plus jeunes ont tendance à exprimer un ressenti de faible degré alors que leurs pairs les plus âgés expriment un ressenti de degré modéré. Nos résultats montrent également que le ressenti est moindre dans le domaine des productions orthographiques par rapport à celui de la lecture.

Cet outil offre la possibilité d'établir des sous-scores pouvant guider le professionnel vers d'autres domaines de prise en charge afin de déterminer quelle est la priorité d'intervention pour le sujet. Il pourrait également être employé comme mesure d'efficacité d'une prise en charge, en comparant les résultats post-intervention à ceux obtenus avant la rééducation.

Des études futures pourraient avoir pour objectif de proposer cette grille d'auto-évaluation à un plus grand nombre de sujets dans le but de créer un étalonnage afin d'en faire un outil d'évaluation normé.

Bibliographie

1. Alexander-Passe, N. (2006). How dyslexic teenagers cope: an investigation of self-esteem, coping and depression. *Dyslexia*, 12(4), 256-275.
<https://doi.org/10.1002/dys.318>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders- 5eme édition*.
3. Amiot, M. (2012). *Handicap vocal et qualité de vie du patient laryngectomisé total: enquête sur la faisabilité des échelles d'auto-évaluation et propositions d'adaptations* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nice Sophia Antipolis.
4. Auzou, P., & Rolland- Monnoury, V. (2006). *Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie (BEDC)*. Ortho Editions.
5. Balazs, J., Miklosi, M., Toro, K. T., & Nagy-Varga, D. (2016). Reading Disability and Quality of Life Based on Both Self- and Parent-Reports: Importance of Gender Differences. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01942>
6. Baneath, B., Boutard, C., Alberti, C., Clément, C., & Gatignol, P. (2006). *Chronodictées- Outils d'évaluation des performances orthographiques* (Ortho Editions).
7. Barrouillet, P., Billard, C., De Agostini, M., Démonet, J. F., Fayol, M., Gombert, J. E., ... Valdois, S. (2007). *Dyslexie Dysorthographie Dyscalculie Bilan des données scientifiques Synthèse et recommandations*.
8. Billard. (2014). Troubles de l'acquisition du langage chez l'enfant. <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/data/traites/tm/tm-55753/>. Consulté à l'adresse <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/903093/resultatrecherche/9>
9. Billard, & Deltheil- Pinton, F. (2010). Clinique de la dyslexie. *Archives de pédiatrie*, 17(12).
10. Boder, E. (1973). Developmental dyslexia—prevailing diagnostic concepts and a new diagnostic approach. *Bulletin of the Orton Society*, 23(1), 106-118.
<https://doi.org/10.1007/BF02653845>
11. Cacho, L. (2011). *Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique* (Mémoire d'orthophonie). Université de Bordeaux.
12. Campanale, F. (1997). Autoévaluation et transformations de pratiques pédagogiques. *Mesure et Evaluation en Education*, 20(1), 1-24.
13. Cannard, J. (2012). *Protocole expérimental d'enrichissement du lexique orthographique chez des enfants de CE2 présentant un trouble du langage écrit*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Poitiers.
14. Casalis, Bois Parriaud, Cavalli, Chaix, Colé, Leloup, G., ... Zoubinetzky. (2018). *Les dyslexies- Décrire, expliquer, évaluer, traiter*. Elsevier Masson.
15. Cavin, M., & Cuisset, M. (2014). *Validation de l'EDA comme outil de dépistage et critères d'indication orthophonique* (Mémoire d'orthophonie). Université Paris VI Pierre et Marie Curie.
16. Champenois, M. (2018). *Le Carcinologic Handicap Index, un auto-questionnaire permettant de faire émerger une hiérarchie des besoins du patient traité pour un cancer des voies aérodigestives supérieures ?* (Mémoire d'orthophonie). Université Paul Sabatier Toulouse III.

17. Cohen, S., Jacobson, B., Garrett, G., Noordzij, P., Stewart, M., Attia, A., ... Cleveland, T. (2007). Creation and Validation of the Singing Voice Handicap Index. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, (116), 402-406.
18. Cole, P., & Zesiger, E. (2009). La dyslexie développementale : quelques conclusions et perspectives. *ANAE*, (103).
19. Colthart, I., Bagnall, G., Evans, A., Allbutt, H., Haig, A., Illing, J., & McKinstry, B. (2008). The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Medical Teacher*, 30(2), 124-145. <https://doi.org/10.1080/01421590701881699>
20. Coltheart, M., Curtis, B., Atkins, P., & Haller, M. (1993). Models of reading aloud: Dual-route and parallel-distributed-processing approaches. *Psychological Review*, 100(4), 589-608. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.589>
21. Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, 108, 204-256. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.1.204>
22. Crevier-Buchman, L., Mailhan, L., Ozsancak, C., Borel, S., Gattignol, P., Smadja, M., & Pace, C. (2005). *Qualité de vie- Rééducation Orthophonique N°224*. Ortho Editions.
23. Delahaie, M. (2009). *L' évolution du langage de l'enfant de la difficulté au trouble: guide de ressources pour les professionnels*. Saint-Denis: Éd. INPES.
24. Delamare, C. (2012). *Dyslexie-dysorthographe et handicap scolaire: les outils informatiques de compensation du langage écrit et leur intégration dans la prise en charge en orthophonie. Réalisation d'une plaquette d'information et d'un site Internet à l'usage des orthophonistes*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Poitiers.
25. Drouillard, A. (2018). *Élaboration d'un protocole de remédiation de l'orthographe lexicale chez des adultes dyslexiques universitaires* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nice Sophia Antipolis.
26. Estienne, F., & Bijleveld, H. (2012). *Examiner un bégaiement- Outils d'évaluation enfants, adolescents, parents. Manuel explicatif*. Solal.
27. Estienne, F., & Piérart, B. (2006). *Les bilans de langage et de la voix*. Masson.
28. Felder-Puig, R., Baumgartner, M., Topf, R., Gadner, H., & Formann, A. K. (2008). Health-related quality of life in Austrian elementary school children. *Medical Care*, 46(4), 432-439. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181648e95>
29. Ferrand, P., Leloup, G., Coquet, F., Touzin, M., Roubeau, B., Ménisier, A., ... Eyoum, I. (2002). *Le bilan orthophonique- Rééducation Orthophonique N°212*. Ortho Editions.
30. Ferrara, T. (2009). *Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation de l'impact des troubles vocaux sur la qualité de vie chez les enfants*. (Mémoire de logopédie). Université de Liège.
31. Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., & Kokkevi, A. (2012). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports: Quality of life of children with SpLD. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 581-591. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01369.x>
32. Goldston, D. B., Walsh, A., Mayfield Arnold, E., Reboussin, B., Sergent Daniel, S., Erkanli, A., ... Wood, F. B. (2007). Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid- to late adolescence. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 25-32.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242241.77302.f4>
33. Goutaland-Perrin, S., & Hermer-Touretz, G. (2015). *Maladie de Friedreich: auto-évaluation du handicap de la voix et de la parole* (Mémoire d'orthophonie). Université Paris VI Pierre et Marie Curie.
34. Granger, A., & Wicquart, M. (2012). *Étude de l'évolution du profil cognitif de 27 patients dyslexiques-dysorthographiques adolescents ou jeunes adultes* (Mémoire d'orthophonie). Université Lille 2.
35. Grills-Taquechel, A. E., Fletcher, J. M., Vaughn, S. R., & Stuebing, K. K. (2012). Anxiety and reading difficulties in early elementary school: evidence for unidirectional- or bi-directional relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 43(1), 35-47.
<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0246-1>
36. Habib, M., & Robichon, F. (1996). Les mécanismes cérébraux de la lecture : un modèle en neurologie cognitive. *médecine/sciences*, 12(6-7), 707.
<https://doi.org/10.4267/10608/811>
37. Habib, Michel. (2018). *Dyslexie de développement*.
38. Halis Sakız, Zeynep Hande Sart, Bengü Bõrkan, Baris, Korkmaz, & Nalan Babu'r. (2015). Quality of Life of Children with Learning Disabilities: A Comparison of Self-Reports and Proxy Reports. *ResearchGate*. <http://dx.doi.org/10.1111/ldr.p.12060>
39. HAS. (2017). *Guide parcours de santé*.
40. Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A., & Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(4), 251-256.
41. Hendren, R. L., Haft, S. L., Black, J. M., White, N. C., & Hoefft, F. (2018). Recognizing Psychiatric Comorbidity With Reading Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00101>
42. Humblot, E., & Lenormand, C. (2013). *La place et l'intérêt des techniques d'auto-évaluation dans la prise en charge orthophonique des adultes qui bégaiant* (Mémoire d'orthophonie). Université Lille 2.
43. Jacobson, B., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M., & Newman, C. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70.
44. Karande, Bhosrekar, Kulkarni, & Thakker. (2009). Health-related quality of life of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55(3), 160-169. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmn099>
45. Karande, S., & Venkataraman, R. (2012). Self-perceived health-related quality of life of Indian children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 58(4), 246-254. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.105442>
46. Klein, V. (2010). *Influence de la typographie sur l'aisance de lecture d'une population d'enfants dyslexiques* (Mémoire d'orthophonie). Université de Bordeaux.
47. Launay, L. (2015). *Rééducation Orthophonique N°262 - L'évaluation du langage écrit- Article « Vers un diagnostic orthophonique augmenté de la dyslexie et/ou de la dysorthographie développementale »*. Ortho Editions.
48. Launay, L. (2018). *Rééducation Orthophonique N° 273- L'Évaluation du langage écrit- Article « Du DSM-5 au diagnostic orthophonique : élaboration d'un arbre décisionnel »*. Ortho Editions.
49. Lewis, P. F. (2018). *Création et évaluation d'un prototype de jeu sérieux pour l'apprentissage de la lecture destiné aux enfants francophones du primaire*

présentant des symptômes associés à la dyslexie (Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en éducation). Université Téluq (Québec).

50. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 126. , 2016-41 § (2016).
51. Maag, J. W., & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39(1), 3-10. <https://doi.org/10.1177/00222194060390010201>
52. Mammarella, I. C., Ghisi, M., Bomba, M., Bottesi, G., Caviola, S., Broggi, F., & Nacinovich, R. (2016). Anxiety and Depression in Children With Nonverbal Learning Disabilities, Reading Disabilities, or Typical Development. *Journal of Learning Disabilities*, 49(2), 130-139. <https://doi.org/10.1177/0022219414529336>
53. Marshall, J. C., & Newcombe, F. (1973). Patterns of paralexia: A psycholinguistic approach. *Journal of Psycholinguistic Research*, 2(3), 175-199. <https://doi.org/10.1007/BF01067101>
54. Martin, M. (2011). *Etude de la qualité de vie à domicile de patients souffrant de dysphagie neurologique*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Bordeaux.
55. Maslard, C. (2015). *Auto-évaluation des aspects fonctionnels de la voix dans les cancers laryngés Elaboration d'une échelle spécifique aux laryngectomisés partiels* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nantes.
56. Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., ... Remschmidt, H. (1998). [An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents--a pilot study]. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 26(3), 174-182.
57. Maughan, B., & Carroll, J. (2006). Literacy and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 350-354. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228752.79990.41>
58. Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading problems and depressed mood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 219-229.
59. Mugnaini, D., Lassi, S., La Malfa, G., & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World Journal of Pediatrics: WJP*, 5(4), 255-264. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0049-7>
60. Nelson, J. M., & Harwood, H. (2011). Learning Disabilities and Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/0022219409359939>
61. OMS. (1994). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes- Version française*.
62. Peudenier. (2014). *Troubles des apprentissages (syndromes DYS...)*.
63. Pouymayou, C., & David, L. (1998). Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 11(1), 49-60. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(98\)80108-4](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(98)80108-4)
64. Pritchard, Coltheart, Palethorpe, & Castles. (2012). *Nonword reading: comparing dual-route cascaded and connectionist dual-process models with human data*.
65. Ramus, F. (2004). *De l'origine biologique de la dyslexie*.
66. Ramus, F. (2005). *Aux origines cognitives, neurobiologiques et génétiques de la dyslexie*.
67. Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D., & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 147-158.

68. Robert, D., Bianco-Blache, A., Spezza, C., Verschueren, A., Pouget, J., & Giovanni, A. (2006). Évaluation des troubles de la parole et de la déglutition chez les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique. *Revue Neurologique*, 162(4), 445-453. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(06\)75035-4](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(06)75035-4)
69. Rosen, C. A., Lee, A. S., Osborne, J., Zullo, T., & Murry, T. (2004). Development and Validation of the Voice Handicap Index-10: *The Laryngoscope*, 114(9), 1549-1556. <https://doi.org/10.1097/00005537-200409000-00009>
70. Rotsika, V., Coccossis, M., Vlassopoulos, M., Papaeleftheriou, E., Sakellariou, K., Anagnostopoulos, D. C., ... Skevington, S. (2011). Does the subjective quality of life of children with specific learning disabilities (SpLD) agree with their parents' proxy reports? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(8), 1271-1278. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9857-z>
71. Salque, M., & Vanneau, L. (2015). *Impact du feedback vidéo sur la conscience et l'évolution des attitudes verbales et non-verbales de personnes qui bégaient* (Mémoire d'orthophonie). Université Claude Bernard Lyon 1.
72. Silbergleit, A. K., Schultz, L., Jacobson, B. H., Beardsley, T., & Johnson, A. F. (2012). The Dysphagia Handicap Index: Development and Validation. *Dysphagia*, 27(1), 46-52. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9336-2>
73. Terras, M. M., Thompson, L. C., & Minnis, H. (2009). Dyslexia and psycho-social functioning: an exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*, 15(4), 304-327. <https://doi.org/10.1002/dys.386>
74. Thomas-Antérion, C., Truche, A., Sciéssère, K., Guyot, E., Hibert, O., & Paris, N. (2005). Auto-évaluation de la gêne physique, cognitive et thymique de sujets cérébrolésés. Effet d'une prise en charge spécifique. *Revue Neurologique*, 161(1), 67-73. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(05\)84975-6](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)84975-6)
75. Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2008). Psychosocial factors and reading difficulties: Students with reading difficulties drawn from a representative population sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(4), 377-384. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00661.x>
76. Whitehouse, A. J. O., Spector, T. D., & Cherkas, L. F. (2009). No clear genetic influences on the association between dyslexia and anxiety in a population-based sample of female twins. *Dyslexia*, 15(4), 282-290. <https://doi.org/10.1002/dys.378>
77. World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization Basic Document*.
78. Zur, K. B., Cotton, S., Kelchner, L., Baker, S., Weinrich, B., & Lee, L. (2007). Pediatric Voice Handicap Index (pVHI): A new tool for evaluating pediatric dysphonia. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.09.004>

ANNEXE 1 : GRILLE DE RECUEIL DES RÉPONSES DESTINÉE AUX SUJETS

Jamais : moins d'une fois par semaine ou jamais

Parfois : au moins une fois par semaine mais pas tous les jours

Souvent : une ou deux fois par jour

Toujours : plusieurs fois par jour (plus de deux fois par jour ou tout le temps)

1	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
2	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
3	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
4	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
5	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
6	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
7	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
8	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECUEIL DES DONNÉES TRANSMISES AUX REPRÉSENTANTS LÉGAUX DES SUJETS



Autorisation de recueil rétrospectif des données médicales concernant mon enfant

Dans le cadre d'un mémoire de recherche en orthophonie concernant le ressenti relatif aux difficultés en lecture et écriture chez les enfants de CE2 au CM2, nous proposons à votre enfant de participer à ce recueil de données rétrospectif.

L'objectif de ce travail mené par Chloé Perrier au sein de l'Université de Bordeaux est d'étudier le ressenti des enfants dyslexiques vis-à-vis de leurs difficultés en lecture et/ou écriture. Les domaines étudiés sont l'estime de soi, la qualité de vie, l'humeur dépressive, l'anxiété et la qualité de vie.

Cette recherche n'est possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent que leurs données soient recueillies. C'est pour cela que nous vous sollicitons afin de vous demander une autorisation écrite.

Vous reconnaissez ainsi prendre acte par la présente des éléments suivants :

- Le recueil de données ne nécessite aucune intervention invasive
- Ce recueil concerne le ressenti de mon enfant dans les domaines listés ci-dessus
- Toutes les données recueillies feront l'objet d'une anonymisation
- La participation de mon enfant ne fera l'objet d'aucune rétribution

Autorisation écrite

Je soussigné(e) _____

(père/mère/tuteur) de l'enfant _____

autorise par la présente Chloé Perrier à recueillir a posteriori les données contenues dans le dossier médical de mon enfant a des fins de recherche scientifique.

Fait à _____

Le _____

Signature

ANNEXE 3 : GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION PROPOSÉE AUX SUJETS

Grille d'auto évaluation du ressenti des difficultés en écriture & lecture

Je vais te poser plusieurs questions pour savoir comment toi (prénom de l'enfant) tu te sens dans différentes situations. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je te demande juste de me dire comment tu te sens. Quand je dirai 'lecture' ou 'lire' je parlerai de quand tu lis dans ta tête ou à voix haute. Quand je dirai 'orthographe' je parlerai de comment tu écris les mots sans parler de comment tu formes tes lettres. Pour me répondre, tu entoures une case :

- Jamais veut dire que tu ne ressens jamais ce que j'ai dit, ça n'est jamais vrai pour toi
- Parfois veut dire que tu ressens ce que j'ai dit au moins une fois par semaine mais pas tous les jours
- Souvent veut dire que tu ressens ce que j'ai dit une ou deux fois par jour

Toujours veut dire que tu ressens ce que j'ai dit plus de deux fois par jour ou tout le temps.

RÉPERCUSSIONS DES DIFFICULTÉS SUR L'HUMEUR (Anxiété et humeur dépressive) :

N°	Questions
1	Je suis stressé(e) quand je dois lire devant les autres (à l'école ou devant ma famille : j'ai mal au ventre, je transpire, j'ai comme une boule dans la gorge)
2	Mes problèmes en lecture me font du souci (j'y pense souvent)
3	Je suis énervé(e) (je crie, je dis des gros mots, je fais des grands gestes...) quand je suis en difficulté par rapport à la lecture
4	Je pense à mes problèmes en lecture quand je suis avec mes amis ou quand je joue
5	Je pense à mes problèmes en lecture quand je fais mes devoirs ou quand je suis à l'école
6	Je suis stressé(e) quand je dois montrer à quelqu'un ce que j'ai écrit (j'ai mal au ventre, je transpire, j'ai une boule dans la gorge...)
7	Mes problèmes en orthographe me font du souci (j'y pense souvent)
8	Je suis énervé(e) (je crie, je dis des gros mots, je fais des grands gestes ...) quand je suis en difficulté par rapport à l'orthographe
9	Je pense à mes problèmes en orthographe quand je suis avec mes amis ou quand je joue
10	Je pense à mes problèmes en orthographe quand je fais mes devoirs ou quand je suis à l'école

11	Je suis triste à cause de mes problèmes en lecture (ça peut me faire pleurer)
12	J'ai moins de plaisir, je suis moins content dans mes activités de tous les jours à cause de mes problèmes en lecture
13	Mes problèmes en lecture m'empêchent de bien dormir
14	Je suis triste à cause de mes problèmes en orthographe (ça peut me faire pleurer)
15	J'ai moins de plaisir, je suis moins content dans mes activités de tous les jours en à cause de mes problèmes en orthographe
16	Mes problèmes en orthographe m'empêchent de bien dormir

RÉPERCUSSIONS DES DIFFICULTÉS DANS LE QUOTIDIEN ET LE RAPPORT AUX AUTRES :

N°	Questions
17	Je dois relire plusieurs fois pour comprendre
18	Je vais moins vite que les autres pour lire
19	Lire me fatigue
20	Mes problèmes en lecture me laissent moins de temps pour faire ce que j'aime
21	J'ai l'impression que les autres ne comprennent pas mes problèmes en lecture
22	J'ai l'impression que mes problèmes en lecture énervent les autres
23	Je vais moins vite que les autres quand je fais attention à l'orthographe
24	Faire attention à l'orthographe des mots me fatigue
25	Mes problèmes en orthographe me laissent moins de temps pour faire ce que j'aime

26	J'ai l'impression que les autres ne comprennent pas mes problèmes en orthographe
27	J'ai l'impression que mes problèmes en orthographe énervent les autres

RÉPERCUSSIONS DES DIFFICULTÉS SUR L'ESTIME DE SOI :

N°	Questions
28	Je me sens mauvais(e) à l'école à cause de la lecture
29	J'ai honte de mes problèmes en lecture
30	Les autres se moquent de moi quand je lis
31	Je me sens mauvais(e) à l'école à cause de de l'orthographe
32	J'ai honte de mes problèmes en orthographe
33	Les autres se moquent de moi quand ils voient ce que j'ai écrit

Résumé

Bien que l'auto-évaluation soit employée dans différents champs de l'orthophonie, comme dans le bégaiement ou la voix, aucune échelle d'auto-évaluation du ressenti des difficultés en lecture et orthographe n'existe à ce jour. Afin de créer les items de cette grille d'auto-évaluation, nous avons effectué une revue de la littérature. Les données de la littérature montrent que les sujets présentant une dyslexie-dysorthographe expriment un ressenti plus important que leurs pairs dans les domaines de l'humeur dépressive, de l'anxiété, des conséquences des difficultés dans le quotidien et le rapport aux autres ainsi que dans les répercussions des difficultés dans le quotidien.

Cette grille d'auto-évaluation a été présentée à cinq sujets âgés de 8 ans 5 mois à 10 ans 10 mois dans le cadre de leur bilan de renouvellement de langage écrit.

Les résultats obtenus montrent que les sujets sont en mesure de répondre à un auto-questionnaire et que tous expriment un ressenti face à leurs difficultés en lecture et en orthographe. Ces résultats suggèrent que le ressenti n'est pas systématiquement corrélé aux éléments objectifs issus du bilan. Les enfants les plus âgés semblent présenter un ressenti plus important que leurs pairs plus jeunes : il importe donc d'employer un outil spécifique et dédié afin de mesurer cette dimension. Cela pourrait permettre de guider la rééducation et d'établir des axes de prise en charge précis et écologiques.

Si ce travail venait à être poursuivi, cela permettrait d'établir un étalonnage afin de faire de cette grille d'auto-évaluation un outil normé et validé. Il serait alors possible de l'envisager comme moyen de mesure de l'efficacité de la thérapie.

Mots-clés : dyslexie-dysorthographe, auto-évaluation, enfants.

Abstract

Although self assessment is used in different fields of speech language pathology, such as in stuttering or voice, today, there are no self assessment scales which could deal with the perception of reading and spelling difficulties. In order to formulate items of this self assessment grid, we have made a literature review. Literature data have proven us that the subjects who have a dyslexia-dysorthographia express a greater feeling than their peers in the fields of depressed mood, anxiety, repercussions of these difficulties in their daily life.

This self assessment grid was presented to 5 subjects, aged 8 years and 5 months to 10 years and 10 months while they had their written language renewal assessment.

The results we obtained showed us that the subjects are able to answer a self assessment questionnaire. It also showed that all of them clearly express their feeling about their reading and spelling difficulties. These results suggest that the feeling is not always linked to the objectives elements viewed in the assessment. Older children seem to present a greater feeling than their younger peers : what is at stake is to use a specific and dedicated tool in order to measure this dimension. This could help when it comes to guide rehabilitation and establish precise and ecological approaches to care.

Last but not least, if this work was to be continued, this could create a benchmark to make of this self assessment grid a standardized and validated tool. Then, it could be possible to think about it as a measure tool of the therapy efficiency.

Key-words : dyslexia-dysorthographia, self-assesment, children.