

NOUS AVONS LU

LA MÉDICALISATION DE L'ÉCHEC SCOLAIRE OU LE RENONCEMENT PÉDAGOGIQUE ! STANISLAS MOREL, LA DISPUTE.

Dans *La médicalisation de l'échec scolaire* (La Dispute, 2014), Stanislas Morel fait le point sur une réalité : l'emprise du monde médical sur l'école. On pourrait aussi en parallèle souligner la nette progression des officines privées spécialisées dans le rattrapage scolaire. Un manque de confiance dans l'école alors que les enquêtes internationales nous révèlent le poids de plus en plus prégnant de l'origine sociale dans la réussite ou l'échec des élèves.

Avant de présenter et de commenter le travail du sociologue, nous préférons préciser notre état d'esprit : révolte devant l'outrecuidance de certains qui voient dans nos élèves en difficulté surtout un marché lucratif ; découragement, en observant le renoncement d'une partie des enseignants qui préfèrent leur faire confiance que de remettre en cause leur façon d'enseigner.

Si l'échec scolaire est devenu un problème social dans les années 1960-1970, c'est seulement depuis une vingtaine d'années qu'on est passé d'une explication par les sciences humaines et sociales (*l'échec se construisait dans un milieu social, dans un environnement familial, un contexte scolaire*) à une individualisation du traitement (*conduisant à mettre au premier plan les interprétations psychologiques (phobie scolaire, estime de soi en berne, etc.) et les troubles des apprentissages d'origine neurobiologique ou génétique (dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, précocité intellectuelle, etc.)*) (p. 9). L'enquête a été menée entre 2005 et 2008, et, dans la population de recherche, un tiers des élèves avaient été suivis¹ pour « troubles » ! S. Morel analyse sociologiquement cette montée en puissance, observée surtout à l'école primaire. Philippe Meirieu ironise sur cette pathologisation de l'échec scolaire : pourquoi pas, par exemple, une « dys-géographie » pour les 30% d'enfants qui à sept ans connaîtraient des difficultés à lire une carte ! S'il dénonce le paradigme médical dans l'action éducative, c'est parce

qu'il constitue « un bon moyen pour dépolitiser radicalement le social » et qu'il nie « l'inventivité pédagogique. »²

Le problème de l'adaptabilité de l'école à des enfants et des adolescents dont la culture n'est pas en connivence avec celle qu'on leur enseigne n'a pas été suffisamment travaillé sur le plan pédagogique. Leur « handicap », au sens hippique que lui donne Pierre Bourdieu, n'a pas été pris en compte. Leur échec n'a pas été relativisé. Comme l'écrivent Bertrand Bergier et Ginette Francequin, « *l'échec scolaire ne désigne pas un fait en soi, un objet concret. Il est un jugement renvoyant à une comparaison de positions différentes dans la hiérarchie scolaire et/ou à l'interprétation par élève d'une situation vécue à un moment donné de son histoire scolaire* ». ³ Il faut donc convenir avec l'inspecteur général André Hussenet que « *la définition de l'échec est institutionnelle, un élève réussit quand l'école le déclare suffisant et échoue quand elle le déclare insuffisant* »⁴. Il classe, dans son rapport, différents niveaux d'échec : « *Si la difficulté scolaire à la fin de l'école obligatoire est définie comme la non-maîtrise de compétences générales attendues, alors 15% des élèves seront considérés en difficulté ou en grande difficulté. Si elle s'apprécie à partir des notes obtenues au diplôme national du brevet (DNB), alors on dénombre 8% d'élèves en grande difficulté (moins de 7/20 au contrôle continu). Si l'on choisit de la*

mesurer par la persistance de difficultés de lecture alors, selon les moments de la prise d'information et selon les types d'enquêtes, ce sont entre 4 et 15% des élèves (ou anciens élèves) que l'on classera dans la catégorie « en difficulté » (ou sortis de la scolarité obligatoire en situation d'échec). Si l'on retient les sorties sans qualification, ce qui est à la fois fréquent en France et dans le monde, ce seront de 14 à 20% des jeunes qui seront considérés en grande

1 ► Voir l'article de Jacques FJALKOW, *Vers une France dyslexique*, A.L. n°69 (mars 2000), pp.35-38, consultable sur le site de la revue. 2 ► KAMBOUCHNER Denis, MEIRIEU Philippe, STIEGLER Bernard, 2012. *L'école, le numérique et la société qui vient*, Mille et une nuits, p.68. 3 ► BERGIER Bertrand, FRANCEQUIN Ginette, 2005. *La revanche scolaire*, Erès, p.20. 4 ► HUSSENET André, 2004. *Le traitement de la grande difficulté scolaire au collège et à la fin de la scolarité obligatoire*, Haut conseil de l'évaluation de l'école n°13, novembre, p.9. 5 ► Id, p.33. 6 ► Pensons à l'opposition au neuropsychiatre DEBRAY-RITZEN, à ses propos et ses écrits sur la dyslexie. C'est celui qui accusait Jean FOUCAMBERT d'exercice illégal de la médecine ! 7 ► Lignier WILFRIED, 2012. *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, La Découverte. 8 ► « Quelle misère, en 2014, de nous ressortir l'antienne de la médicalisation de l'échec scolaire! Comme si tout ça n'avait pas déjà été amplement ressassé! Et comme si on n'y avait jamais répondu!... et la réponse en 2007 de l'Expertise collective de l'Inserm sur les troubles des apprentissages à l'éditorial d'un certain F. Jarraud. [...] Malgré tout cela, le SNUIPP (qui a invité Morel à son colloque annuel) et le *Café Pédagogique* semblent toujours arc-boutés sur leurs croyances. Quelle tristesse, surtout, quand on pense au chemin parcouru dans l'intervalle par les enseignants sur le terrain, à leur prise de conscience massive du problème des troubles spécifiques des apprentissages, conscience aussi de leur manque de formation sur le sujet, et à leurs efforts très importants pour acquérir des connaissances et des pratiques adaptées à ces enfants. À ressasser ici la médicalisation de l'échec scolaire on est vraiment au fond de l'arrière-garde. » (Réponse du 14 décembre 2014 au *Café pédagogique* du 3 décembre 2014) 9 ► C'est un extrait d'entretien réalisé par Marianne WOOLLVEN, *La Construction du problème social de la dyslexie en France et au Royaume-Uni : acteurs, institutions et pratiques (de la fin du XIXe au début du XXe siècle)*, thèse de sociologie, Lyon2, 2012, pp.234-235, cité par Stanislas Morel, pp.201-202.

difficulté scolaire et en conséquence empêchés d'accéder à l'emploi dans des conditions acceptables et donc en risque d'exclusion sociale. »⁵

« *La médicalisation de l'échec scolaire*, écrit Morel, n'est qu'une manière parmi d'autres de percevoir et de traiter les « ratés » scolaires et la question centrale est de savoir comment cela s'est progressivement imposée comme « naturelle » » (p.20). Il précise un peu plus loin que « toutes spectaculaires qu'elles soient, (les) avancées scientifiques ne suffisent pas à rendre compte de la large diffusion des approches médicales dans le domaine des apprentissages scolaires et qu'il est donc indispensable d'identifier les transformations affectant non seulement l'univers de la recherche fondamentale et de ses applications médicales, mais aussi les politiques éducatives, l'institution scolaire ou les stratégies parentales, sans lesquelles la circulation des diagnostics médico-psychologiques et leur appropriation par un grand nombre d'acteurs n'auraient pas été possibles » (p.23).

« Une médicalisation décomplexée (depuis 1990) », c'est le titre que donne Morel à son chapitre 3. Il rappelle que « les critiques de l'organicisme par les sciences humaines et sociales ⁶, qui avaient contribué à limiter la médicalisation de l'échec scolaire dans les années 1970-1980, ont été progressivement disqualifiées comme des prises de position idéologiques moralement blâmables car indifférentes aux « besoins spécifiques » de certains élèves en grande difficulté scolaire et scientifiquement rétrogrades

car refusant d'assimiler les « progrès de la science », désormais situés du côté des neurosciences cognitives » (p.54). Il devient ainsi difficile de s'opposer et même d'enquêter. Deux exemples. Côté parents, nous avons noté beaucoup de violence dans des commentaires sur un site Internet, après la présentation du passionnant travail de recherche mené par Wilfried Lignier sur les enfants « surdoués »⁷. Sans répondre à ses arguments, ils s'efforçaient de dévaloriser son étude, issue de sa thèse. Côté chercheurs en sciences cognitives, il faut espérer qu'ils ne ressemblent pas tous à M. Ramus qui se pense comme le grand spécialiste de la lecture. Sur le site du *Café pédagogique*, il réagit pour dénigrer l'intérêt de la recherche sur la médicalisation scolaire menée par Stanislas Morel⁸. Pour lui, tout cela est dépassé. Son « appréciation » des sciences de l'éducation, recueillie par ailleurs, permet de saisir à quelle arrogance on fait face : « *Les sciences de l'éducation en France, elles n'en sont pas encore arrivées au stade où elles sont de vraies sciences, c'est une communauté où il y a des gens très intelligents et très cultivés qui réfléchissent à ce qu'il faut faire dans l'éducation, etc., qui se parlent entre eux, qui publient en français, à destination d'eux-mêmes et éventuellement un peu du public et des politiciens, donc ils influencent un petit peu ce qui se fait en France. Mais ils ne produisent pas un corpus de connaissances qu'on peut qualifier de scientifiques.* »⁹

Rappelons, pour ce monsieur, que nous promovons la lecture auprès de nos élèves pour les aider à s'ouvrir sur monde, sur les autres et sur eux-mêmes, pour leur instiller un peu du doute qui aide l'humanité à ne pas se perdre ! Que l'ouvrage de Morel insupporte Ramus devrait nous inciter à nous y plonger.

Stanislas Morel observe que « *L'échec dans les apprentissages "premiers" ou "fondamentaux" est [...] largement associé par les enseignants, comme par beaucoup de spécialistes de l'enfance, à une anormalité d'origine psycho-pathologique* » (pp.64-65). Le sociologue souligne que « *plus l'élève est jeune, moins ses difficultés sont rapportées à des facteurs socio-culturels et plus elles sont imputées aux dysfonctionnements psychoaffectifs ou cognitifs de l'individu* » (p.66). Il donne comme exemple « un déficit de conscience phonologique » dans l'apprentissage. Nous renvoyons à tout ce qui a été écrit dans *Les Actes de Lecture* à ce sujet. Ce sont donc les spécialistes des neurosciences cognitives qui sont à la manœuvre (neurologues, neuropsychologues, psychologues cognitivistes). Face à eux, les autres disciplines (sociologie, didactique, psychologie clinique) ne disposeraient pas d'une légitimité scientifique. Voir plus haut les propos de Ramus ! Et que dire de la pédagogie, peu évoquée par Morel.

L'intérêt de la recherche de S. Morel est de nous faire découvrir à la fois le lien entre l'essor des neurosciences cognitives et le recours de plus en plus fréquent au diagnostic de dyslexie, mais aussi d'aller observer ce que font nos élèves chez les orthophonistes, car c'est à eux qu'on confie la mission de résoudre les difficultés dans l'approche de l'écrit. Leur nombre a explosé. « *On dénombrait autour de 160 orthophonistes au début des années 1960, elles (la profession est à plus de 95% féminine) sont près de 20 000 aujourd'hui* » (p.88). Et beaucoup fonctionnent avec des listes d'attente ! Ce qui nous semble inquiétant, c'est que « *le recours à l'orthophonie constitue également pour les enseignants un moyen de gérer l'hétérogénéité des classes grâce à la délégation d'une partie de l'aide aux élèves issus des fractions les plus démunies des classes populaires, à commencer par ceux de l'immigration* » (p.90). Question posée à un directeur d'école en banlieue parisienne : Pourquoi envoie-t-on les enfants en orthophonie ? Sa réponse : « *Les confusions de sons à l'oral, les enfants qui confondent le t avec le d, qui n'arrivent pas à prononcer des mots de trois ou quatre syllabes, qui ne finissent par leurs phrases. Et qui ont aussi des problèmes syntaxiques : les phrases sont mal découpées, les phrases sont pauvres... et quand, en lecture, ils sont incapables de lire des textes simples ou qu'à l'écrit c'est illisible, il n'y a pas de segmentation. Alors là, c'est une prescription d'orthophonie* » (p.90).

Stanislas Morel nous invite donc à suivre des élèves chez les orthophonistes. Dans sa recherche, le sociologue distingue deux filières : les CMPP (centre médico-psycho-pédagogique, 300 en France) et les CRL (centre de référence langage, situé dans un centre hospitalier régional qui peut intégrer une école pour enfants « dys », une quarantaine en France). Dans le CMPP auquel s'intéresse Morel, il repère une proximité entre la rééducation proposée et la pédagogie mise en œuvre dans les écoles : « *Travail sur la nature et la fonction des mots, sur la segmentation des phrases, sur les homonymes, sur la différenciation des sons, sur les correspondances grapho-phonémiques, etc.* » (p.146). L'orthophoniste n'apprécie pas que le sociologue lui fasse remarquer que tout cela est bien proche de ce qu'il a pu observer dans les classes de l'école voisine ! Le CRL, l'autre approche, doit contribuer au renforcement de « la conscience phonologique ». Suivons Sarah, 10 ans, qui « *termine sa deuxième et dernière année à l'école du CRL où elle a été acceptée suite au diagnostic d'une dyslexie sévère. La séance [...] commence par un travail sur les terminaisons verbales. Françoise, l'orthophoniste, essaye d'apprendre à sa patiente comment identifier les verbes des différents groupes. C'est aussi l'occasion d'un travail sur les conjugaisons. Pour aider Sarah à se repérer dans le temps, Françoise lui donne quelques "trucs" : « Mets-toi en situation. Pour l'emploi des temps, demande-toi si l'action se*

« passe hier, aujourd'hui ou demain. » (p.150). Les dénégations exprimées par les orthophonistes, que ce soit en CMPP ou en CRL, lorsque le sociologue s'étonne d'approches qui ressemblent beaucoup à ce qu'on trouve dans le monde scolaire, sont révélatrices d'un certain trouble : *« Les soignants soulignent le caractère "scientifique" de leur démarche thérapeutique et l'opposent à la pédagogie "intuitive" des enseignants »* (p.152). Nous constatons, dans nos classes, le plus souvent que le passage par l'orthophoniste n'apporte, c'est un euphémisme, qu'une amélioration bien limitée. Rappelons que tous ces « traitements » sont à la charge de la sécurité sociale, auxquels il faut parfois ajouter les frais de transports. Mais, comme l'a vérifié Morel dans son enquête : *« Un dyslexique est, en définition, un enfant dont les difficultés demeurent, même si elles ont diminué, après la rééducation »* (p.125). Le « même » est la réponse à ceux qui pourraient penser que nous exagérons. Morel, indirectement, nous invite à nous préoccuper de ce que font nos élèves chez les orthophonistes, en les interrogeant sur ce qu'ils y travaillent, le nombre de séances effectuées, ce qu'ils ressentent, car nous craignons, quoi que pensent beaucoup de parents de ces élèves, les souffrances de l'étiquetage. Une lecture de *Stigmat. Les usages sociaux des handicaps* d'Erving Goffman (Minuit 1975) s'impose. Puis, nous pourrions évaluer leurs progrès, en classe, s'il y en a. Parfois, l'alchimie de la relation entre l'enfant ou l'adolescent et l'adulte constitue un

facteur de déblocage. Il ne s'agit pas de jeter l'opprobre sur la profession d'orthophoniste, utile par ailleurs, mais de reprendre le contrôle de notre mission : faire des lecteurs des enfants et des adolescents qui nous sont confiés. Donc, ne pas demeurer dans la déploration, mais travailler pour repenser notre pédagogie de l'écrit, en théorisant nos pratiques, c'est indispensable, sans complexe d'infériorité par rapport à un milieu intimidant. La recherche de Stanislas Morel constitue un éclairage stimulant sur la mainmise du médical sur l'école et une invitation à réagir : *« la reconnaissance d'un groupe professionnel étant étroitement corrélée à sa capacité à produire et à contrôler le savoir sur lequel sont fondées ses pratiques, l'accentuation du transfert de la production de l'expertise pédagogique en dehors de l'école marque le déclin des métiers de l'enseignement, cantonnés au versant pratique de leur activité »* (p.207). C'est le défi que nous devons relever, en dynamisant l'intelligence collective des équipes enseignantes ● **Jean-Yves Séradin**