

L'ENFANT DYSLEXIQUE

- > TROUBLE DE LA LECTURE
- > PERFORMANCES CONTRASTÉES SELON LES DOMAINES
 - > INTELLIGENCE PRÉSERVÉE
 - > VOLONTÉ ET PERSÉVÉRANCE
 - > SENSIBILITÉ EXACERBÉE
 - > FATIGABILITÉ

1 ♦ Définition

Avant de définir précisément la dyslexie, il convient de balayer les rumeurs de ce type : « *mon enfant inverse des sons quand il parle, je crois qu'il est dyslexique* ». La dyslexie est un trouble d'apprentissage de la lecture. Nul ne peut être qualifié de dyslexique avant d'avoir eu le temps nécessaire pour apprendre à lire.

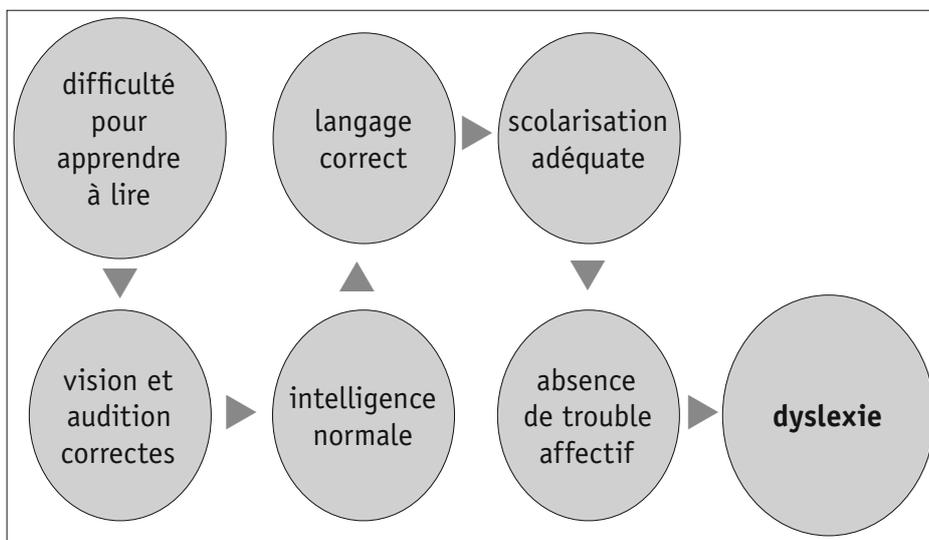
La lecture est une activité qui sollicite de nombreuses fonctions telles que la vue, le langage, la mémoire. Celles-ci interagissent et mènent au décodage des mots. Comme le souligne Ramus (2005), il existe plusieurs manières différentes d'échouer dans l'apprentissage de la lecture : trouble de la vision non corrigé, problème intellectuel, manque de scolarisation, problème familial, social... Ces causes participent à la prévalence¹ de l'illettrisme et non de la dyslexie.

La dyslexie consiste en des difficultés durables d'apprentissage de la lecture non expliquées par un trouble visuel, un trouble auditif, un handicap mental, un manque de scolarisation, un enseignement inadéquat ou un trouble psychologique. Elle est développementale, c'est-à-dire que les

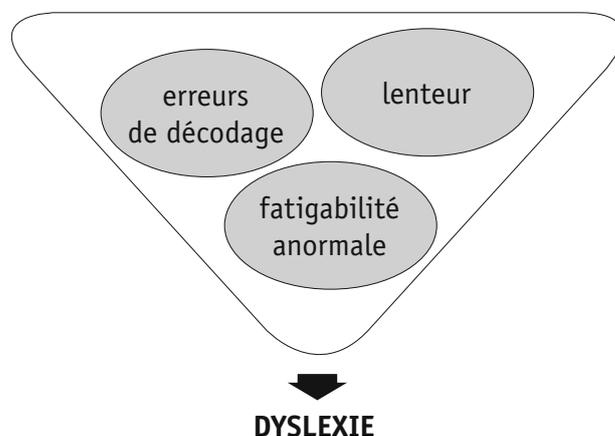
1. La prévalence est le nombre de cas d'une maladie dans une population donnée, en englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens.

difficultés de lecture ont toujours existé, elles ne sont pas apparues suite à un accident, une lésion cérébrale ou autres (on parle alors d'« alexie » car le trouble est acquis).

Dans ce cadre, il est classique de se référer, pour une définition précise du trouble, soit à la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10), soit au Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM V) de l'Association américaine de psychiatrie. Si l'on reprend la définition du CIM-10, la dyslexie appelée « trouble spécifique de la lecture » est « une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate ». Le DSM V précise également que « les troubles d'apprentissage ne sont pas mieux expliqués par des déficiences intellectuelles, des déficits d'acuité auditive non corrigés, d'autres troubles mentaux ou neurologiques, des désavantages psychosociaux, une maîtrise insuffisante de la langue de scolarisation ou un enseignement inadéquat ».



2 ♦ Symptômes



Les troubles de lecture caractérisant le tableau dyslexique ont des manifestations variables en fonction de leur intensité et de leur forme. Parmi les symptômes identifiés, des difficultés d'identification des mots, de lecture orale et de compréhension de lecture sont attendues ainsi que de faibles performances dans les tâches qui exigent l'utilisation de la lecture. La plupart du temps, la construction des correspondances entre les graphèmes (lettres) et les phonèmes (sons) est perturbée. On peut observer, en proportion variable :

- ♦ Des oublis de lettres : « plateau » lu /pateau/
- ♦ Des confusions entre les consonnes sourdes et sonores : « bougie » lu /pogie/, « vélo » lu /félo/, « danser » lu /tanser/... (erreurs sur les paires de consonnes p/b, t/d, f/v, ch/j, s/z, k/g)
- ♦ Des confusions visuelles : « brouette » lu /drouette/, « que » lu /pe/... (erreurs sur les paires de consonnes p/q, b/d, n/m)
- ♦ Des inversions : « claque » lu /calque/
- ♦ Des ajouts : « crocodile » lu /crocodile/
- ♦ Des erreurs globales : « joie » lu /joli/
- ♦ Des sauts de mot
- ♦ Des sauts de ligne

À côté de ces principales erreurs « types », une lenteur de décodage est habituellement observée et peut constituer, dans les cas les plus légers, la seule difficulté. Le trouble se manifeste alors par un décodage laborieux, parfois haché ou saccadé, parsemé de plus ou moins d'erreurs. Il perturbe la compréhension car la vitesse de décodage est insuffisante. Si le décodage est levé, *i.e.*, si l'information est présentée oralement à l'enfant, celui-ci peut la comprendre puisque les capacités spécifiques de compréhension sont souvent préservées.

Une fatigabilité anormale est fréquemment rapportée par les parents ou les enseignants. Le décodage étant laborieux, l'enfant se fatigue plus vite que les autres et sa capacité de travail est réduite.

Le trouble de lecture peut également s'accompagner :

- ♦ d'un trouble de l'apprentissage de l'orthographe d'usage (l'orthographe de chaque mot) qui persiste le plus fréquemment à l'adolescence, y compris lorsque des progrès en lecture sont observés ;
- ♦ de difficultés dans l'apprentissage des langues étrangères (telles que l'anglais qui possède un système orthographique plus complexe).

Chaix (2014) précise que le trouble apparaît pendant les années scolaires mais se manifeste lorsque les exigences académiques dépassent les capacités limitées de l'individu.

3 ♦ Différence entre retard de lecture et dyslexie

Il est important de distinguer les « difficultés de lecture » et la « dyslexie ». En effet, comme précisé dans le premier point, apprendre à lire n'est pas une tâche aisée et de nombreux facteurs peuvent perturber le développement de la lecture (enseignement inadéquat, événement marquant psychologiquement l'enfant, trouble de la vision, pour citer quelques exemples). Ainsi, retard de lecture ne signifie pas obligatoirement dyslexie. Le tableau ci-dessous reprend quelques différences entre le retard simple de lecture et la dyslexie.

DIFFICULTÉS DE LECTURE	DYSLEXIE
S'expliquent souvent par un facteur environnemental ou biologique.	Trouble inexplicable au premier abord.
Disparaissent plus facilement lorsque l'environnement est adapté.	Trouble durable malgré des aides adaptées (après 6 mois de rééducation, l'enfant ne rattrape pas le niveau scolaire attendu).
Pas d'antécédents familiaux.	Antécédents familiaux souvent présents.
Pas d'antécédents de trouble du langage oral.	Antécédents de troubles du langage oral fréquents.
Performances qui n'influencent pas toujours la réussite scolaire.	Performances en dessous du niveau attendu qui interfèrent avec la réussite scolaire/professionnelle.

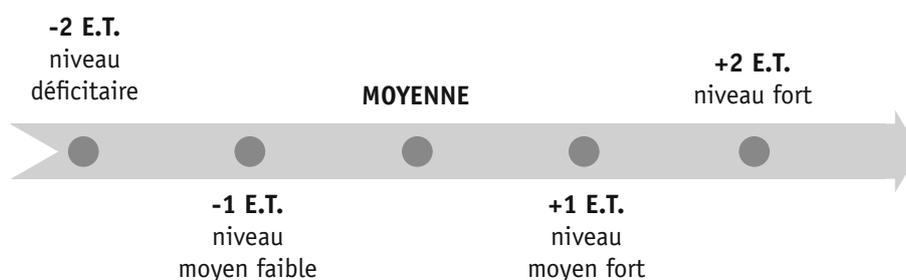
4 ♦ Prévalence

Alors que près de 25 % de la population d'apprentis lecteurs présentent des difficultés de lecture (Meunier, 2014), le nombre d'enfants dyslexiques est généralement estimé à 5 %. Une part seulement des enfants présentant des difficultés de lecture est catégorisée comme dyslexique. À ce sujet, Lindgren, De Renzi & Richman (1985) confirment l'existence d'enfants dyslexiques dont la prévalence est estimée entre 1 et 7 %. Ce pourcentage varie cependant en fonction de différents facteurs.

Le seuil de pathologie choisi influence le nombre d'enfants dyslexiques dans une population donnée. Dans la phase diagnostique de la dyslexie, l'enfant en difficulté de lecture est soumis à différents tests de lecture. Son score brut est comparé aux normes des enfants de son âge, c'est-à-dire aux scores présentés par un groupe d'enfants du même âge. Ces scores se répartissent du plus faible au plus élevé. Un enfant est considéré comme dyslexique lorsque son score se situe à -2 écarts-types¹ (E.T.) par rapport au score moyen des enfants de même âge ou de même niveau scolaire. Si on choisit d'être plus sévère, on dira qu'un enfant est dyslexique si son

1. L'écart-type est un indice statistique permettant notamment de situer un sujet par rapport à la moyenne de la population. Se situer à deux écarts-types en dessous du niveau escompté signifie se trouver dans la proportion des 2,5 % d'enfants ayant les plus faibles scores (Meunier, 2014).

score se situe à -1,5 écart-type par rapport à ce même groupe d'enfants. Ainsi, en fonction des études, le seuil de sévérité varie et influence le nombre estimé d'enfants dyslexiques.



La prévalence de la dyslexie varie également en fonction de la langue. Toutes les langues n'ont pas la même consistance orthographique (transparence d'une langue) ni la même complexité syllabique. Une orthographe transparente comporte des relations univoques entre les graphèmes et les phonèmes (une lettre = un son, et inversement). L'italien, le finnois ou l'allemand sont des langues considérées comme transparentes.

À l'inverse, une orthographe opaque contient des relations équivoques entre les graphèmes et les phonèmes, c'est-à-dire une multiplicité de correspondances possibles entre le son et l'écrit. Le français fait partie de ces langues « opaques », tout comme le danois et l'anglais. Aussi, plus la langue parlée et lue est transparente, plus la prévalence de la dyslexie est faible.

Le degré de complexité syllabique influence également le niveau de lecture des apprentis lecteurs. Si la structure syllabique de la langue est simple [majoritairement, de type consonne (C) – voyelle (V)], le nombre d'erreurs de lecture est plus faible que dans une langue comportant beaucoup de structures syllabiques complexes (de type CVC ou CCV), comme l'allemand, le suédois ou l'anglais.

Ramus (2012) rajoute que la dyslexie touche plus de garçons que de filles (de l'ordre de 2 garçons pour 1 fille) sans que l'on ait d'explication totalement satisfaisante pour ce phénomène.

5 ♦ Diagnostic

Selon l'INSERM (2007), le diagnostic se base sur un ensemble de critères qui exige, idéalement, une démarche d'évaluation pluridisciplinaire.

L'enfant doit obtenir un score situé à au moins 2 écarts-types en dessous de la moyenne des enfants de son âge dans une épreuve standardisée d'exactitude ou de compréhension de la lecture.

Comme nous le verrons au chapitre 3, l'évaluation des performances en lecture doit se faire sur base de tests standardisés administrés individuellement. Le délai minimal à respecter entre deux passations d'une même épreuve est de 6 mois minimum de manière à éviter l'effet test-retest. Aussi, dans la pratique clinique, il est important de signaler à l'orthophoniste si des bilans ont été réalisés antérieurement par d'autres professionnels.

Le diagnostic de dyslexie repose par ailleurs sur les éléments d'anamnèse¹ (ce point sera développé au chapitre 3). Parmi ceux-ci, la présence ou non d'antécédents de troubles sévères d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, et une intelligence normale (tous deux confirmés par la passation de tests adéquats).

Ces critères préconisés par l'INSERM (2007) exigent donc, a minima, la passation d'un bilan orthophonique pour évaluer les troubles de la lecture et de l'orthographe, et d'un bilan neuropsychologique pour l'évaluation du quotient intellectuel, notamment. Ces évaluations sont, dans certains cas, complétées par d'autres examens, tels qu'ophtalmologique ou psychologique, afin de s'assurer qu'aucun facteur biologique ou environnemental ne puisse expliquer le trouble de la lecture.

L'ensemble de ces bilans est théoriquement traité par un médecin spécialisé en réadaptation, c'est-à-dire formé aux troubles des apprentissages. Sur la base des données récoltées à un niveau pluridisciplinaire, ce médecin sera apte à juger si le patient est dyslexique ou non.

Si, idéalement, le diagnostic de dyslexie se pose sur la base d'un bilan orthophonique, neuropsychologique et éventuellement psychologique ou autre, la réalité du terrain ne permet pas toujours de respecter ces exigences. En effet, plusieurs éléments entrent en jeu :

1. Ensemble de renseignements que le professionnel de santé recueille en interrogeant le patient sur l'histoire de sa maladie.

- ◆ en France, le nombre de médecins formés à cet exercice est faible et les orthophonistes ne disposent pas systématiquement d'une liste de médecins spécialisés en réadaptation (ce qui est plus souvent le cas en Belgique puisque l'ordonnance pour le bilan logopédique doit être prescrite par un médecin spécialisé en réadaptation) ;
- ◆ le bilan neuropsychologique, bien que très précieux pour les professionnels prenant l'enfant en charge, n'est pas remboursé par la sécurité sociale, ce qui constitue parfois un frein pour la famille ;
- ◆ si un bilan psychologique est requis, les parents ne sont pas toujours prêts à comprendre et accepter l'utilité de ce bilan pour aider leur enfant ne présentant « que » des difficultés de lecture. Cette remarque est également valable pour l'évaluation du quotient intellectuel ;
- ◆ dans des situations de mise en place d'aménagements pédagogiques par exemple, les parents et les enseignants font parfois pression sur l'orthophoniste pour que le diagnostic de dyslexie soit posé rapidement.

Ces différents facteurs constituent des obstacles qui ne permettent pas toujours à l'orthophoniste de respecter les exigences de la recherche. Aussi, dans la majorité des cas, le diagnostic est posé par l'orthophoniste et confirmé par le médecin spécialisé ou le neuropsychologue, si une consultation est prévue.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic ne peut être posé avant la fin du CE1. Ce critère est expliqué par le fait qu'il faut laisser à l'enfant le temps suffisant pour apprendre à lire. Cet apprentissage du décodage et de son automatisation permettant d'accéder au sens de l'écrit se fait jusqu'en fin de deuxième année de scolarité primaire. Certains enfants sont plus lents pour entrer dans la lecture, ils ne sont pas dyslexiques pour autant.

En revanche, s'il faut attendre ce stade pour parler véritablement de dyslexie, une aide peut se mettre en place dès l'apparition des troubles. Une suspicion de dyslexie sera diagnostiquée et une rééducation orthophonique de la lecture et/ou de ses pré-requis pourra débiter immédiatement.

On peut se poser la question de l'utilité de poser l'étiquette « dyslexique » sur un enfant. La réponse doit être nuancée et prise au cas par cas. Une part des enfants dyslexiques ne voudra pas entendre parler de ce mot au