



Expertise collective

**Dyslexie
Dysorthographe
Dyscalculie**

Bilan des données
scientifiques

**Synthèse
et recommandations**

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Dyslexie Dysorthographe Dyscalculie

Bilan des données
scientifiques

© Les éditions Inserm, 2007 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Dans la même collection

- Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2000
- Asthme et rhinites d'origine professionnelle. 2000
- Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ? 2000
- Dioxines dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? 2000
- Hormone replacement therapy. Influence on cardiovascular risk ? 2000
- Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. 2001
- Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles. 2001
- Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. 2001
- Alcool. Effets sur la santé. 2001
- Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001
- Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
- Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
- Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003
- Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2003
- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006



Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits. Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



Expertise collective

Dyslexie Dysorthographe Dyscalculie

Bilan des données
scientifiques

Inserm
•

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Ce document présente la synthèse et les recommandations du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre à la demande du Régime social des indépendants, anciennement la Canam, concernant la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du deuxième semestre 2006. Plus de 2 000 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise.

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm a assuré la coordination scientifique et éditoriale de cette expertise collective. Dans le cadre de la mission d'accompagnement des expertises collectives mise en place par Christian Bréchet, Directeur général de l'Inserm, l'expertise a bénéficié des conseils de Jean-Marie Danion, professeur de psychiatrie représentant la Direction générale de l'Inserm, de Jean-Claude Ameisen, président du comité d'éthique de l'Inserm, et des membres du département de l'information scientifique et de la communication sous la direction de Pascale Sillard et Patrick Chanson.

Groupe d'experts et auteurs

Pierre BARROUILLET, Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse

Catherine BILLARD, Centre de référence sur les troubles des apprentissages, neuropédiatrie, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre

Maria DE AGOSTINI, Recherche en épidémiologie et biostatistique, Inserm U 780, CNRS, Villejuif

Jean-François DÉMONET, Service de neurologie, Inserm U455, Hôpital de Purpan, Toulouse

Michel FAYOL, Laboratoire de psychologie sociale et cognitive, Université Blaise Pascal et CNRS, Clermont-Ferrand

Jean-Émile GOMBERT, Centre de recherche en psychologie, cognition et communication, CRPPC, Université Rennes 2, Rennes

Michel HABIB, Service de neurologie pédiatrique, Hôpital des enfants de la Timone, Marseille

Marie-Thérèse LE NORMAND, Physiologie et neurologie du développement, Inserm E 9935, Hôpital Robert Debré, Paris

Franck RAMUS, Laboratoire de sciences cognitives et psycholinguistique, UMR 8554, EHESS, CNRS, ENS, Paris

Liliane SPRENGER-CHAROLLES, Laboratoire de psychologie de la perception, Université René Descartes et FRE 2929 CNRS, Paris

Sylviane VALDOIS, Laboratoire de psychologie et neurocognition, UMR 5105, Université Pierre Mendès France et CNRS, Grenoble

Ont présenté une communication

Catherine BILLARD et coll., Centre de référence sur les troubles des apprentissages, neuropédiatrie, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre

Michel HABIB, Service de neurologie pédiatrique, Hôpital des enfants de la Timone, Paris

Marie-Thérèse LE NORMAND et coll., Physiologie et neurologie du développement, Inserm E 9935, Hôpital Robert Debré, Paris

Monique TOUZIN, Unité de rééducation neuropédiatrique, CHU Bicêtre

Ont rédigé une note de lecture

Michel DELEAU, Psychologie du développement, Université de Rennes

Nicolas GEORGIEFF, Institut des Sciences Cognitives, Bron

Philippe MEIRIEU, Sciences de l'éducation, Université Lumière-Lyon 2

Remerciements

L'Inserm et le groupe d'experts remercient Stanislas DEHAENE (Neuroimagerie cognitive, Inserm U 562, Service Hospitalier Frédéric Joliot, CEA, Orsay) et José MORAIS (Faculté des sciences psychologiques et de l'Éducation, Université libre de Bruxelles) pour leur relecture de l'ouvrage ainsi que pour leurs conseils.

Coordination scientifique, éditoriale et logistique

Fabienne BONNIN, chargée d'expertise, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Catherine CHENU, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Jeanne ÉTIEMBLE, directrice, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Cécile GOMIS, secrétaire, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Anne-Laure PELLIER, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Chantal RONDET-GRELLIER, documentaliste, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Préface

Je remercie le Régime social des indépendants RSI (anciennement la Canam) d'avoir confié à l'Inserm la réalisation d'une expertise collective sur des troubles affectant les apprentissages scolaires tels que la dyslexie, dont l'importance en santé publique a justifié un plan national d'action en 2001.

Je tiens tout particulièrement à féliciter le groupe d'experts d'avoir traité un sujet particulièrement difficile en faisant une analyse objective de la littérature disponible dans les champs disciplinaires où les progrès ont été les plus marqués ces dernières années. Je souhaite que cet éclairage scientifique soit utile aux professionnels du secteur de l'Education et de la Santé pour aider les enfants à surmonter leur handicap.

Cette expertise ne prétend pas avoir abordé tous les aspects concernant ces troubles à composantes multiples ni avoir répondu à toutes les questions. La recherche doit se poursuivre pour combler les nombreuses lacunes de connaissance. L'interdisciplinarité est un facteur de succès de cette recherche comme le soulignent les experts.

La réalisation de cette expertise s'est inscrite dans le cadre d'une évolution en cours des expertises collectives à l'Inserm visant à mieux intégrer dans le débat les différents points de vue et modes de pensée.

Les représentants des associations de patients et de parents, des professionnels du champ éducatif, médical et para-médical (orthophonistes, neuropsychologues, psychologues...) ont eu l'occasion d'échanger sur le travail réalisé par les experts avant la publication de cette expertise et d'apporter leur point de vue, leur expérience et leur savoir-faire. Leurs propos rapportés dans cet ouvrage contribuent à sa qualité.

Je remercie chaleureusement mes collaborateurs qui ont prodigué leurs conseils au cours de ce travail dans le cadre de leur mission d'accompagnement des expertises collectives que j'ai mise en place. Je remercie également tous les scientifiques et professionnels impliqués dans les apprentissages et leurs troubles qui, par une lecture critique de tout ou partie du document, selon leur champ d'intérêt, ont permis d'en améliorer la rédaction.

Je souligne l'intérêt que l'Inserm accorde au débat qui doit se poursuivre après ce travail conséquent mais nécessairement limité des experts. J'invite le lecteur à prendre connaissance des trois notes de lecture confiées à des personnalités choisies pour leurs approches différentes et complémentaires.

Professeur Christian Bréchet

Directeur général de l'Inserm

Sommaire

Avant-propos	XIII
Synthèse	1
Principaux constats	65
Recommandations	71
Rencontre-débat du 16 janvier 2007	85
Annexes	
Expertise collective Inserm	99
Centres référents pour les troubles du langage	105

Avant-propos

Depuis les années 2000, la Caisse nationale des travailleurs indépendants (Canam), devenue en 2005 le Régime social des indépendants (RSI) a sollicité l'Inserm pour la réalisation de plusieurs expertises collectives relatives à la santé des enfants. Elles portent, entre autres, sur l'obésité, les troubles mentaux et les troubles spécifiques des apprentissages scolaires identifiés comme des priorités en santé publique au niveau national.

La dyslexie, qui entrave l'apprentissage de la lecture, est le trouble spécifique le plus connu et le mieux étudié. La dyscalculie ou la dysorthographe ont fait l'objet de beaucoup moins de recherches. Les difficultés scolaires liées à ces troubles s'ils ne sont pas pris en charge peuvent conduire à la marginalisation voire à la stigmatisation des enfants et les échecs cumulés aboutir à des difficultés d'insertion sociale à l'âge adulte.

La Canam (RSI) a souhaité que l'Inserm réalise, à travers la procédure d'expertise collective, un état des connaissances scientifiques récentes permettant de mieux connaître et comprendre les troubles spécifiques des apprentissages scolaires ainsi qu'un bilan des publications scientifiques concernant les outils et méthodes de repérage et de prise en charge.

Pour répondre à cette demande, l'Inserm a réuni un groupe de 11 experts ayant des compétences dans les domaines de la psychologie cognitive, la psychologie du développement, la neuropsychologie de l'enfant, la pédiatrie, les neurosciences, la psycholinguistique, la linguistique et l'épidémiologie.

L'impact que peuvent avoir les progrès des connaissances scientifiques sur la prise en charge de la dyslexie et des autres troubles spécifiques des apprentissages est une des questions de l'expertise. De nombreux outils de remédiation de la dyslexie sont aujourd'hui proposés sans pour autant que leur efficacité ait été évaluée ni même que leurs références théoriques aient été explicitées. Cette situation justifie un état de lieux des connaissances sur la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie ainsi que sur les méthodes de prise en charge.

La dysphasie (trouble spécifique du langage oral) et la dyspraxie (trouble de l'acquisition de la coordination) n'ont pas été abordées dans le cadre de cette expertise ciblée sur les troubles spécifiques des apprentissages scolaires. Ces troubles ont cependant un retentissement important sur les apprentissages scolaires. Ils sont évoqués dans le chapitre sur les troubles associés et mériteraient de faire l'objet d'un bilan approfondi des connaissances au cours d'une prochaine expertise collective Inserm.

Le groupe a structuré sa réflexion autour des questions suivantes :

- Que sait-on à l'heure actuelle de l'acquisition « normale » du langage, de l'apprentissage de la lecture, de l'orthographe et du calcul, pouvant éclairer la compréhension des troubles spécifiques des apprentissages ?
- Quelles sont les définitions et classifications des troubles spécifiques des apprentissages utilisées dans les différentes études pour en déterminer leur fréquence et leur démographie ?
- Qu'est-ce que la dyslexie, quelles sont ses principales manifestations et leur fréquence ?
- Quels sont les autres troubles spécifiques des apprentissages (dyscalculie, dysorthographe) et leurs relations avec la dyslexie ? Quels autres troubles sont fréquemment associés ?
- Quelles sont les principales théories explicatives de la dyslexie et quel a été l'apport dans ce domaine des nouvelles technologies scientifiques (neuro-imagerie, génétique, neurosciences cognitives) ayant permis les avancées récentes ?
- Quelles sont les différentes méthodes de remédiation et comment s'articulent-elles avec les théories actuelles ? Quel est l'état actuel des recherches scientifiques en matière d'indications de prises en charge et d'évaluation des méthodes proposées ?
- Quels sont les outils et stratégies disponibles en termes de repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge ? Quelles sont les perspectives dont les enseignants, les familles et les enfants eux-mêmes pourraient tirer bénéfice ?

L'ouvrage est constitué de quatre parties. Pour comprendre la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie, il est apparu indispensable de présenter tout d'abord de manière synthétique l'acquisition du langage oral, l'apprentissage de la lecture, de la production écrite, de l'orthographe et du calcul chez l'enfant ne présentant pas de difficulté particulière. Ceci constitue la première partie de l'ouvrage.

La deuxième partie est consacrée à la présentation des troubles spécifiques des apprentissages scolaires (définition, prévalence...). La diversité des formes de dyslexie est illustrée à travers l'analyse des études de cas alors que l'étude des populations d'enfants dyslexiques révèle une forte prévalence d'un déficit cognitif spécifique (le déficit phonologique). Les données de la littérature relatives à la dysorthographe et dyscalculie développementales sont encore peu développées. Les fréquentes associations entre troubles « dys » et d'autres troubles psychiques ouvrent des pistes de réflexion sur des mécanismes physiopathologiques communs.

Les différentes théories explicatives de la dyslexie (déficit phonologique, déficit du traitement auditif temporel, théories visuelles, déficit de la fonc-

tion cérébelleuse, théorie magnocellulaire,...) font l'objet d'une troisième partie. Le lien avec d'autres troubles développementaux contribue à engendrer de nouvelles hypothèses. On voit donc là un chantier foisonnant de recherches. Les travaux en neurobiologie, neuro-imagerie, en génétique moléculaire, loin d'être aboutis, ouvrent des pistes intéressantes sur les mécanismes possibles de ces déficits.

La dernière partie de l'ouvrage est centrée sur le repérage, le dépistage, le diagnostic, la prévention et la prise en charge. Le bilan des connaissances effectué dans cette expertise conforte-t-il ou non les principes généraux sur lesquels s'appuient les pratiques professionnelles et les modes d'organisation pour la prise en charge des enfants ? Selon la méthodologie de l'expertise collective Inserm, cette partie ne décrit pas l'ensemble des pratiques en France mais analyse les différentes méthodes de remédiation ayant fait l'objet de publications et leur évaluation scientifique. D'une manière générale, et en ce qui concerne l'approche diagnostique et la prise en charge multidisciplinaire ces troubles ne doivent-ils pas être conçus comme relevant d'un handicap ?

Des rapports antérieurs à cette expertise (rapport Ringard, 2000 ; rapport Véber et Ringard, 2001) ont donné lieu à un Plan national d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (Ministère de la santé, Ministère de l'éducation nationale, 2001)¹. Ce plan traduit une volonté d'agir pour améliorer la situation de ces enfants et de leur famille. Dans le cadre de ce plan, des études épidémiologiques et des programmes de recherche notamment dans le domaine de l'évaluation des pratiques de soins de même que sur les stratégies pédagogiques et sur les contenus didactiques étaient prévus. Cinq ans après leur mise en œuvre, les mesures entreprises dans le cadre du plan national dans le champ de la santé font l'objet d'une évaluation conduite par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé sous l'égide de la Direction générale de la santé. Toujours, dans le cadre de ce plan, une commission d'experts a travaillé sur les outils de dépistage des troubles du langage, le rapport a été rendu public en 2006² au moment de la finalisation des travaux de cette expertise collective et n'a donc pu être intégré à l'analyse.

1. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/troubles_langage/plandysl.pdf

ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/actu/2001/03_21_dp_troublelangage.pdf

2. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/troubles_langage/recommandations_tsl.pdf

Synthèse

La dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie sont des troubles spécifiques des apprentissages scolaires dont l'origine est reconnue comme neuro-développementale. Cependant, ils ne proviennent pas d'une déficience avérée qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, d'un traumatisme ou d'un trouble envahissant du développement. Même si la définition de ces troubles dans les classifications exclut une origine culturelle, sociale, économique, pédagogique ou psychologique, cela ne signifie pas pour autant que ces facteurs ne jouent pas un rôle.

L'objectif de cette expertise est de réaliser un bilan des travaux scientifiques menés au cours des dernières années pour faire émerger des éléments de connaissance pouvant contribuer à une meilleure façon d'envisager la prévention, le repérage et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages scolaires.

Le développement des connaissances dans ce domaine a été particulièrement fécond au cours des dernières années et s'étend à plusieurs disciplines : psychologie, neurosciences, sciences cognitives, linguistique, psycholinguistique, neurobiologie et neuropsychologie. Certaines de ces disciplines ont permis de différencier et spécifier des troubles focalisés du langage oral et écrit, du graphisme, de l'écriture, de l'orthographe, du calcul, et de formuler des interprétations fonctionnelles.

Dans certains domaines, l'avancée des connaissances a permis d'aller jusqu'à une mise en relation avec l'organisation cérébrale des systèmes de traitement de l'information. Cependant, leur caractère spécifique, qui les différencie radicalement des retards généraux d'apprentissage, n'implique pas qu'ils soient monofactoriels ou isolés. Si des enfants sont en échec scolaire du fait de conditions sociales défavorables ou d'un niveau éducatif insuffisant, cette réalité n'écarte pas l'existence de troubles spécifiques chez ces mêmes enfants, ni l'implication de tels facteurs dans l'expression du trouble. Mais, le fait de trouver des enfants atteints de dyslexie dans tous les milieux, y compris dans les milieux les plus favorisés, et ce quelles que soient les méthodes d'enseignement utilisées infirme les seules explications sociologiques et pédagogiques de ce type de trouble.

Par ailleurs, certaines difficultés d'apprentissage peuvent s'inscrire dans une psychopathologie avérée ou dans des interactions précoces perturbées. Il faut cependant noter qu'une souffrance psychique relevée chez bon nombre d'enfants en difficulté d'apprentissage est souvent une conséquence de leur échec scolaire.

L'implication de facteurs socioéconomiques, pédagogiques, linguistiques, psychologiques à l'origine des troubles n'apparaît pas en contradiction avec un modèle neuro-cognitif ou génétique si l'on admet un modèle pluricausal. Par ailleurs, on peut concevoir l'influence de ces mêmes facteurs sur la plus ou moins grande facilité à surmonter ces déficits. Néanmoins, la littérature sur ces aspects est encore peu développée et des travaux pluridisciplinaires de qualité seraient nécessaires.

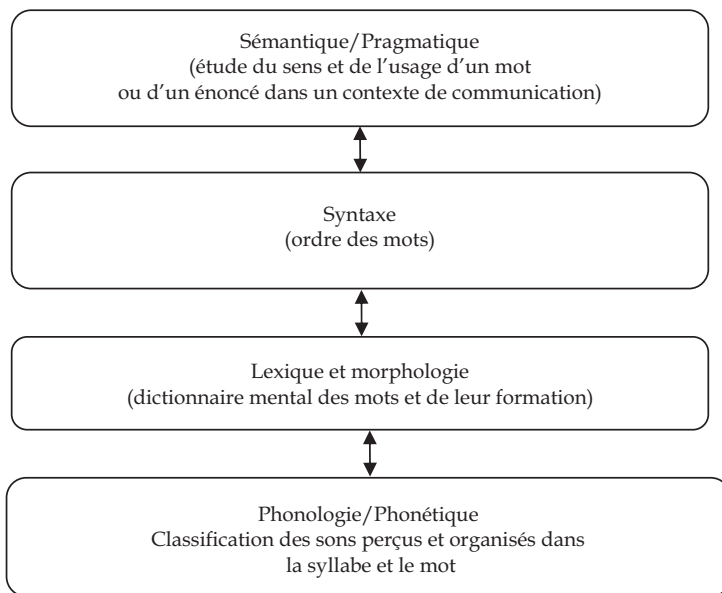
Les recherches des trente dernières années ont surtout porté sur les mécanismes cognitifs sous-jacents à la dyslexie et conduit à l'élaboration de différentes théories. Par ailleurs, le développement récent de l'imagerie cérébrale fonctionnelle et des techniques de génétique moléculaire a apporté des éclairages complémentaires sur les relations entre la dyslexie et ses substrats cérébraux. La littérature scientifique faisant état de ces travaux a été passée en revue dans la présente expertise. En termes de recherche, il reste à explorer l'intégration des différentes théories en une conception globale pouvant expliquer les manifestations de ces déficits. Des facteurs génétiques, le fonctionnement cognitif, la structuration du psychisme, les systèmes familiaux et sociaux contribuent ensemble au développement des compétences de l'enfant. Cette complémentarité des approches devrait permettre une prise en charge de l'enfant dans sa globalité tant au plan cognitif, qu'au plan de sa relation à son environnement.

L'acquisition du langage oral : repères chronologiques

La capacité d'un nouveau-né à apprendre sa langue maternelle ne cesse d'étonner. En quelques années, il va pouvoir maîtriser la complexité des différentes composantes du langage. Les études linguistiques et cognitives abordent la question de l'acquisition de la parole et du langage en se référant à un système en trois composantes : la forme, le contenu et l'usage. Les aspects formels du langage relèvent de la phonologie (l'ensemble limité des sons d'une langue qui peuvent se combiner pour former un nombre infini de mots) et de la syntaxe (qui organise l'ordre des mots). Le contenu renvoie au domaine de la sémantique (sens des mots et des énoncés). L'usage est du domaine de la pragmatique, qui étudie l'ensemble des codes qui régissent les intentions de communication des locuteurs.

Les études sur l'émergence des acquisitions apportent aujourd'hui une conception assez claire de la spécialisation très précoce du traitement de la parole perçue, et des trajectoires développementales rapides du traitement du lexique et de la morphosyntaxe chez l'enfant. Dès les premiers mois, une capacité perceptive des sons de la parole permet au nourrisson de discriminer, de catégoriser les sons élémentaires puis de reconnaître certains mots de sa langue par la prosodie (l'enveloppe « musicale » de la parole avec ses aspects de rythme, de tempo, de mélodie, d'accent, d'intonation). Vers 7-8 mois, le

nourrisson est capable de reconnaître et de mémoriser des formes syllabiques de type « mot » avec des séquences consonnes-voyelles bien définies appartenant aux particularités de sa langue. Vers 9-10 mois, c'est la période des premiers mots avant l'explosion lexicale vers 18 mois. Les assemblages de mots apparaissent vers 24 mois, et enfin l'expansion grammaticale apparaît à partir de 30 mois. Même si la variabilité interindividuelle est très importante, la période 0-3 ans est décisive dans le déroulement rapide du processus d'acquisition de la parole et du langage chez l'enfant.



Composantes du langage

À partir de 3 ans, l'enfant apprend à construire un récit. Il s'agit tout d'abord d'une sorte d'énumération de différents états dans laquelle entre des adverbes comme « ici », « là », « maintenant ». À 5 ans, l'enfant commence à établir des liens plus clairs et plus variés entre les événements qui se déroulent dans un récit. Il utilise « et puis », « quand », « après ». Ce n'est que progressivement qu'apparaît la mise en relief d'événements particuliers. L'enfant de 10-11 ans ne possède pas encore une compétence narrative similaire à celle de l'adulte.

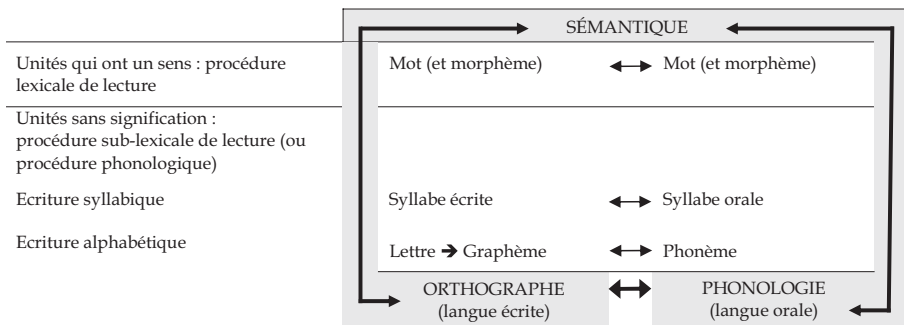
L'ensemble des données sur la chronologie des acquisitions de la parole du langage et de la construction du récit devrait permettre aux praticiens (pédagogues et cliniciens) de repérer les asynchronies de développement. L'évaluation précoce des capacités de segmentation, de l'émergence du babillage, de l'apparition des premiers mots et de la mise en texte à partir des récits dans sa dimension conceptuelle et linguistique se justifie en raison de la

valeur prédictive que ces capacités présentent par rapport à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

L'apprentissage de la lecture

La finalité de la lecture est la compréhension. Pour pouvoir atteindre cette finalité, l'enfant doit acquérir un haut niveau d'automatisme dans l'identification des mots écrits. C'est en effet le développement d'une telle compétence qui lui permettra d'atteindre un niveau de compréhension écrite égal à celui de sa compréhension orale.

Dans une écriture alphabétique, comme dans une écriture syllabique, deux procédures permettent l'identification des mots écrits : la procédure sub-lexicale (procédure phonologique ou encore décodage) et la procédure lexicale (ou procédure orthographique). La procédure sub-lexicale s'appuie sur des unités sans signification, les syllabes écrites qui, dans une écriture syllabique, codent les syllabes orales ou les graphèmes (composés d'une seule ou de plusieurs lettres) et qui, dans une écriture alphabétique, codent les phonèmes. La procédure lexicale s'appuie sur des unités qui ont un sens : les mots. Le décodage s'automatise progressivement. Cette procédure ne fait donc pas seulement référence à la lecture lente et laborieuse du débutant : le lecteur expert peut en effet identifier très rapidement des mots qu'il ne connaît pas. Par ailleurs, la procédure lexicale n'est pas une procédure visuelle globale : le lecteur expert a accès en quelques centaines de millisecondes aux codes orthographique, phonologique et sémantique des mots écrits.



Opérations impliquées dans l'identification des mots écrits dans une écriture syllabique et dans une écriture alphabétique

Le lecteur qui apprend à lire dans une écriture alphabétique est confronté à trois types de problèmes. Le premier problème vient de ce que, avant l'apprentissage de la lecture, il ne dispose pas de représentations orthographi-

ques, à part pour quelques mots qu'il a pu apprendre par cœur. De même, il n'a pas forcément accès de façon explicite à certaines unités phonologiques, en particulier, au phonème, qui est le trait distinctif minimal permettant de différencier – dans une langue donnée – deux mots, par exemple « bol » et « vol » en français. Or la prise en compte du phonème, indispensable pour comprendre le principe d'une écriture alphabétique, et donc pour apprendre à lire dans ce type d'écriture, nécessite de se focaliser sur des éléments du langage parlé abstraits et, en plus, difficilement accessibles pour des raisons de co-articulation (le mot « car » est prononcé /kar/ et non /k+a+r/, ce qui rend difficile l'identification des trois phonèmes qui le composent). Le second problème auquel le lecteur débutant est confronté est lié au degré de transparence des relations entre les unités de base de l'écrit (les graphèmes) et de l'oral (les phonèmes), qui varie en fonction des langues. Ainsi, en espagnol, à la différence de l'anglais, ces relations sont très régulières, le français étant plus proche de l'espagnol que de l'anglais pour la régularité entre graphèmes et phonèmes (utilisées pour lire) alors qu'il est plus proche de l'anglais pour celle des relations entre phonèmes et graphèmes (utilisées pour écrire). Les problèmes de transparence des relations entre les unités de base de l'écrit et de l'oral s'expliquent par l'histoire des langues (alors que l'oral évolue, l'écrit est plus conservateur) mais aussi par le fait que les lettres de l'alphabet ne permettent pas de transcrire les phonèmes des différentes langues. Par exemple, on ne dispose que de 5-6 lettres pour les voyelles, ce qui ne permet pas de transcrire les 16 voyelles du français. Il a donc fallu utiliser une combinaison de lettres, ou une lettre à laquelle s'ajoute une marque spécifique, pour transcrire certaines voyelles (par exemple, le « é » qui s'oppose au « è » et au « e » ou encore le « ou » par opposition au « u », et les lettres « a, o, u, i » suivies par « n », qui indique une voyelle nasale : « an », « on », « un », « in »). L'unité de base d'une écriture alphabétique n'est donc pas la lettre, mais le graphème qui renvoie au phonème, unité de base du système phonologique. Enfin, le dernier problème est lié à la taille des unités. Il y a beaucoup plus d'unités orthographiques à apprendre dans les écritures qui utilisent des unités de large taille (par exemple, le mot) que dans celles qui utilisent des unités de petite taille (par exemple, le graphème qui correspond au phonème). Toutefois, les unités de grande taille ont un sens, pas celles de petite taille. Il en découle que les unités de petite taille sont moins facilement accessibles que celles de grande taille³.

Les travaux de recherches sur l'apprentissage de la lecture ont montré que la facilité de cet apprentissage dépend du degré de transparence des correspon-

3. Dans les logographiques, comme celle du chinois, l'unité de base de l'écrit est le mot. Il est à signaler qu'en Chine continentale, les enfants commencent à apprendre à lire avec l'aide d'un système alphabétique, ce qui est révélateur des difficultés rencontrées par celui qui doit apprendre à lire dans un système logographique. E écritures n effet, il lui faut alors mémoriser des milliers de formes orthographiques différentes avant de pouvoir lire un texte, ce qui demande plusieurs années.

dances grapho-phonémiques qui est très élevé en espagnol et plus faible dans d'autres langues comme l'anglais, le français occupant une position intermédiaire. De fait, les scores de lecture les plus mauvais se retrouvent chez les anglophones et les meilleurs chez les hispanophones. Ces résultats s'expliquent bien à la lumière de ceux obtenus en français. En effet, en milieu de CP, les scores en lecture de mots réguliers (par exemple « table ») et de pseudo-mots (des mots réguliers qui n'existent pas, par exemple « tople ») ne diffèrent pas et sont supérieurs aux scores relevés pour les mots irréguliers (par exemple « sept »), alors très faibles. En quelques mois (fin CP), le tableau se modifie fortement. Une progression est relevée chez l'enfant pour tous les items mais elle est plus marquée pour les mots réguliers, qui sont alors mieux lus que les pseudo-mots, eux-mêmes mieux lus que les mots irréguliers. Cela provient probablement de ce que les mots réguliers bénéficient à la fois de la régularité et de la fréquence d'exposition. Ni la fréquence d'exposition seule, ni la régularité seule suffisent, comme en témoigne la progression plus faible pour les mots irréguliers d'une part, et pour les pseudo-mots d'autre part. Ces données permettent de comprendre pourquoi les progrès des enfants espagnols, qui ne rencontrent pratiquement que des mots réguliers, sont rapides alors que l'apprentissage de la lecture est lent et laborieux pour les enfants anglais.

- Les facteurs linguistiques induisent non seulement des différences quantitatives, mais également qualitatives sur les procédures d'identification des mots écrits. Ainsi, la procédure lexicale est davantage utilisée quand l'orthographe est opaque, probablement pour compenser les difficultés de mise en œuvre du décodage. Ce n'est pas le cas quand l'orthographe est plus transparente.
- Les facteurs linguistiques induisent aussi des différences dans les unités de lecture utilisées. Par exemple, l'anglais favorise une plus grande utilisation d'unités telles que les rimes des mots parce que, dans cette langue, la prononciation des voyelles dépend largement des consonnes qui suivent. Ce n'est pas le cas dans des langues qui ont des voyelles clairement articulées, comme en espagnol, en allemand ou en français.
- En revanche, les (rares) études dans le domaine de la morphologie⁴ indiquent que, quelle que soit l'opacité de l'orthographe, les enfants utilisent des unités morphologiques quand ils lisent. Toutefois, cette capacité qui ne semble s'acquérir que progressivement est sous la dépendance de facteurs phonologiques jusqu'à une période tardive.

Enfin, quelle que soit l'opacité de l'orthographe, c'est la capacité de décodage grapho-phonémique qui détermine le succès de l'apprentissage de la

4. Par exemple, le mot « orthophoniste » est composé de trois morphèmes « ortho », phono » et « iste ».

lecture. En effet, les lecteurs qui, au départ, sont les meilleurs décodeurs, sont également ceux qui progressent le plus, y compris en lecture de mots irréguliers et en compréhension de texte.

Ces constats permettent de comprendre d'autres résultats de la recherche et plus particulièrement :

- pourquoi l'enseignement systématique et précoce (dès le début du CP) des correspondances grapho-phonémiques est celui qui aide le plus efficacement les élèves. Lorsque cette méthode est introduite plus tardivement, son impact est plus faible. De plus, ce type d'enseignement se révèle particulièrement bénéfique pour les enfants pouvant présenter des difficultés dans l'apprentissage de la lecture, que le facteur de risque soit lié aux conditions socio-économiques ou au niveau éducatif ou linguistique, ou encore pour ceux susceptibles de développer une dyslexie ;
- pourquoi ce sont essentiellement les entraînements à l'analyse phonémique qui ont un effet sur l'apprentissage de la lecture. Cet effet est toutefois plus notable chez les enfants à risque pour cet apprentissage (facteurs socio-économiques ou linguistiques) que chez les lecteurs en difficultés, ce qui souligne qu'il est plus facile de prévenir que de guérir. L'effet de ce type d'entraînement est néanmoins plus important si, en plus, les enfants peuvent manipuler les lettres qui correspondent aux phonèmes ;
- pourquoi les prédicteurs les plus fiables de l'apprentissage de la lecture sont les capacités d'analyse phonémique et le niveau de connaissance des lettres, auxquelles s'ajoutent les capacités de mémoire à court terme phonologique et de dénomination rapide. Ces prédicteurs permettent de repérer précocement (dès la grande section de maternelle) les enfants susceptibles d'avoir des difficultés d'apprentissage de la lecture, avec une fiabilité élevée. On peut penser que les capacités d'analyse phonémique sont cruciales au début de l'apprentissage de la lecture dans une écriture alphabétique, parce qu'elles permettent à l'enfant d'accéder au principe de ce type d'écriture. Le niveau d'intervention des compétences impliquées dans les épreuves qui évaluent à la fois la rapidité et la précision de l'accès au lexique oral (dénomination rapide d'images d'objets, de couleurs...) est moins clair. On peut toutefois supposer que, dans un premier temps, quand l'enfant utilise essentiellement le décodage, cette capacité lui permettrait d'accéder de façon rapide et précise au mot oral qui correspond à la chaîne de lettres qu'il a décodée, ce qui faciliterait la création de liens entre code orthographique et code phonologique des mots.

L'apprentissage de la production écrite et de l'orthographe

L'apprentissage de l'écriture est relativement long et pose à tous les enfants des problèmes qui apparaissent dominés en moyenne vers la troisième année primaire chez la majorité des enfants. Pendant la phase de mise en place de cet apprentissage pour tous les enfants et encore au-delà de cette période

pour ceux qui peinent à automatiser la graphie, les difficultés soulevées par l'écriture rejaillissent sur la quantité et, de manière moins assurée, sur la qualité des productions textuelles ainsi que sur les performances orthographiques.

Dans toutes les écritures alphabétiques, dont le français, l'étape cruciale de l'apprentissage réside dans la compréhension du fait que les séquences de lettres entretiennent des correspondances régulières – parfois complexes – avec les séquences sonores, ce qu'on appelle le principe alphabétique. En production, cela nécessite que l'enfant soit parvenu à une certaine maîtrise de sa langue maternelle et puisse la traiter comme un objet d'observation lui permettant, par exemple :

- de segmenter les énoncés ;
- de conserver en mémoire cette segmentation tout en transcrivant, même de manière non conventionnelle ;
- de contrôler ultérieurement par la lecture, l'exactitude (relative) de ce qu'il a fait.

Dans les systèmes orthographiques dits transparents, l'accès au principe alphabétique suffit pratiquement à permettre de transcrire tous les mots nouveaux, quels qu'ils soient. Il n'en va pas ainsi en français car les relations entre phonèmes et graphèmes sont irrégulières.

Comme la transcription du français ne peut s'effectuer en référence aux seules associations phonèmes-graphèmes des informations lexicales spécifiques aux mots (par exemple l'écriture du mot « thym »), des informations orthographiques générales (par exemple l'absence de consonnes doubles en début ou en fin de mots), enfin des informations relatives à la morphologie (par exemple les pluriels nominaux se font en ajoutant « s ») doivent être acquises et mobilisées selon les circonstances. Se pose donc la question de leur acquisition.

Dès les tout-débuts de l'apprentissage de la lecture, les enfants sont en mesure de mémoriser des formes orthographiques, et au moins certaines des spécificités de celles-ci, cela sans attendre de maîtriser l'ensemble des correspondances phonèmes-graphèmes. On sait peu de choses sur les différences interindividuelles, sur le nombre d'expositions nécessaires à ces apprentissages de mots écrits et sur la manière dont l'orthographe se fait plus conventionnelle.

Très tôt également, dès la première année primaire, les enfants exposés à l'écrit en extraient des régularités orthographiques qui ne se réduisent ni à celles qui correspondent à des régularités phonologiques ni à la simple mémorisation d'instances. Ils sont en mesure de les mobiliser dans des tâches de production orthographique, manifestant ainsi très précocement l'acquisition de certaines conventions orthographiques, qui ne vont toutefois pas jusqu'à l'extraction de règles, même lorsque ce serait possible. Trop peu de ces régularités ont été étudiées pour qu'on puisse déterminer les conditions

de leur prise en compte et les éventuelles différences interindividuelles affectant leur apprentissage.

On relève très précocement des traces d'utilisation de marques relevant de la morphologie. Toutefois, les recherches dissociant les effets des contraintes graphotactiques de celles associées à la morphologie font apparaître que l'utilisation de la morphologie est relativement tardive, au moins si on considère qu'elle correspond à des règles dont l'application ne doit pas dépendre de la fréquence. Or, de nombreux exemples attestent que l'emploi des marques morphologiques n'est pas initialement indépendant de la fréquence de rencontre des items. Par ailleurs, comme la morphologie est corrélée à d'autres types d'informations, phonologiques, orthographiques et sémantiques, il se pourrait que des effets qui lui sont attribués soient dus aux autres facteurs. Une certaine prudence est donc nécessaire pour interpréter en particulier les données issues des seules études de corpus.

Les rares recherches relatives à la production de la morphologie dérivationnelle montrent la persistance d'effets des contraintes graphotactiques en dépit de la possibilité de recourir à une règle orthographique. Ainsi, même après plusieurs années de pratique de l'écrit, les élèves ne recourraient pas à une règle spécifiant comment transcrire par exemple /o/ lorsqu'il correspond à un suffixe diminutif (par exemple éléphanteau, lionceau). Ceci conduit à s'interroger sur ce qui se produit lorsque des règles sont explicitement enseignées, et sur la possibilité de le faire de manière systématique, ce qui est le cas avec la morphologie flexionnelle.

La morphologie flexionnelle porte sur un nombre restreint de domaines : le genre et le nombre des noms, adjectifs et verbes (les accords), le système verbal (la conjugaison). Elle est très productive : par exemple, les accords nominaux en « s » s'appliquent à la plupart des noms et adjectifs. Elle utilise un nombre restreint de marques pour le nombre et le genre : « s », « -e », « -nt ». S'y ajoutent les flexions verbales plus nombreuses, dont beaucoup soit n'ont pas de correspondant phonologique (« -s », « -nt ») soit sont associées à une même forme phonologique (par exemple /e/ associé à « é », « -er », « -ait »...). Elle est en principe systématiquement enseignée. Son utilisation semble tardive et très dépendante de l'enseignement dispensé ; elle passe par des étapes pouvant à tort laisser penser que les règles morphologiques sont précocement maîtrisées.

L'enseignement consiste en la formulation de règles suivie d'exercices d'application. Les élèves apprennent ainsi à mettre en œuvre une procédure qui au début mobilise du temps et de l'attention. Elle conduit parfois à des erreurs de surgénéralisation, par exemple mettre un « s » aux verbes au pluriel. Sous l'effet de la pratique fréquente et du feed-back des enseignants, ces erreurs disparaissent et l'application de la procédure s'accélère, ce qui diminue d'autant l'attention requise. Lorsque certaines formes sont fréquentes, elles sont alors mémorisées comme telles. Les élèves les récupèrent donc directe-

ment, ce qui conduit dans certaines conditions à de nouveaux types d'erreurs présentes même chez les adultes et qui consistent par exemple à écrire « il les timbres ». La connaissance des règles d'accord intervient ainsi lors du contrôle des productions beaucoup plus qu'au cours de l'application de la procédure.

Les données relatives à l'apprentissage de l'orthographe montrent que plusieurs processus y sont impliqués. Le premier a trait à l'apprentissage des associations entre phonèmes et graphèmes : il est de ce fait très lié à l'apprentissage de la lecture, même si le sens des relations entre écriture et lecture reste à étudier plus en détail. Le deuxième fait encore appel à la lecture et sans doute à la pratique de l'écriture. La rencontre fréquente des mots écrits conduit à deux acquisitions : d'une part, certains mots sont mémorisés et donc récupérables directement ; d'autre part, des régularités « graphotactiques », c'est-à-dire d'associations entre lettres ou graphèmes sont extraites ainsi que les contextes de leurs occurrences, ceci par apprentissage implicite (sans conscience de disposer de cette connaissance). Troisièmement, certaines de ces régularités peuvent être formalisées et conduire à l'énoncé et à l'application de règles plus ou moins assorties d'exceptions (par exemple, tous les diminutifs en /o/ se transcrivent « eau », sauf « chiot »). Or, ces règles ne paraissent pas spontanément accessibles aux élèves : leur prise de conscience et leur généralisation semblent requérir un enseignement. Quatrièmement, l'enseignement des règles de la morphologie flexionnelle amène la constitution de procédures dont la mise en œuvre mobilise fortement l'attention, ce qui rend fragile leur application, au moins initialement. Seule la pratique régulière et prolongée est susceptible de diminuer l'attention requise. Cette pratique, en lecture comme en écriture, aboutit à ce que les formes fléchies les plus fréquentes sont mémorisées et récupérées directement, ce qui entraîne parfois l'apparition de nouvelles erreurs. La disponibilité des règles formelles d'accord permet alors le contrôle des productions et la correction des erreurs.

Si les principaux processus d'apprentissage de l'orthographe ont été identifiés, l'étude de leurs interactions, notamment au cours de la scolarité et en fonction des enseignements dispensés ou non, reste à conduire.

L'apprentissage du calcul

Les questions relatives à l'acquisition puis à l'apprentissage de l'arithmétique élémentaire se posent à trois niveaux. Premièrement, les nourrissons sont, comme les animaux, en mesure de mobiliser deux systèmes différents pour le traitement des quantités et des transformations qui les affectent (ajouts, retraits). L'un, précis mais ne s'appliquant qu'aux petits ensembles discrets (1, 2 et 3) ; l'autre, extensible aux très grandes quantités, opérant sur les dimensions continues ou traitant comme tels les ensembles d'éléments dis-

crets, fournissant une évaluation approximative selon laquelle les erreurs croissent en même temps que la taille des quantités évaluées (loi de Weber). La question du caractère spécifiquement numérique des traitements correspondants reste posée, tout comme celle des caractéristiques des représentations sur lesquelles ils pourraient s'effectuer. Ces capacités ne sont qu'un point de départ mais elles pourraient constituer les fondements de la sémantique des nombres. Les connaissances mathématiques plus complexes que l'être humain a développées au cours de son histoire vont bien au-delà et font appel à des systèmes numériques symboliques.

Deuxièmement, à partir de 12-18 mois les enfants s'approprient le système propre à leur culture permettant de déterminer précisément la numérosité des collections. Cette acquisition comporte deux dimensions : d'une part, celle du système de dénomination verbale des quantités propre à leur culture (quand elle en a un) ; d'autre part, les pratiques de dénombrement, qui pourraient reposer sur des principes universels. Cette acquisition est lente et difficile pour des raisons partiellement connues.

Les systèmes verbaux sont des systèmes conventionnels reposant sur deux grands principes :

- la lexicalisation qui associe à une cardinalité une dénomination et une seule (cinq, seize) ;
- des règles combinatoires permettant d'élaborer une infinité de formulations complexes correspondant à n'importe quelle cardinalité (six cent soixante-quinze millions trois cent dix mille deux).

Ces règles permettent des combinaisons de type additif (cent trois) ou multiplicatif (trois cents). Le système numérique oral français lexicalise les cardinalités allant jusqu'à seize, les dizaines de vingt à soixante, cent, mille, million et milliard. La combinatoire code des relations exclusivement additives jusqu'à 79 (vingt-cinq=vingt+cinq) puis des relations additives et multiplicatives (quatre cent six=quatre x cent+six).

L'évaluation des quantités peut se faire de manière globale ou précise. Dans le premier cas, comme nous l'avons vu précédemment, les erreurs augmentent avec la taille des collections à évaluer : elles sont rares pour les petites collections (1, 2 ou 3, voire 4), pour lesquelles un mécanisme de traitement spécifique pourrait exister (le *subitizing*) ; elles s'accroissent ensuite. Dans le second cas, il faut recourir au dénombrement, c'est-à-dire repérer chacune des entités de la collection en la traitant une fois et une seule et lui assigner une étiquette verbale et une seule de sorte que la dernière corresponde à la cardinalité de la collection. Le bon déroulement du dénombrement requiert de l'attention, la connaissance du lexique numérique et la capacité de mettre en œuvre des habiletés motrices et de les coordonner avec la récupération en mémoire des formes verbales. Grâce au dénombrement, les enfants parviennent à affecter à chaque collection une cardinalité unique et précise, cela quelles que soient les formes perceptives des collections.

Troisièmement, les enfants repèrent très tôt les modifications de quantités associées aux ajouts, retraits voire au fractionnement. La maîtrise du dénombrement leur permet de quantifier précisément ces transformations. Ils peuvent donc effectuer en action ce qui correspond à des opérations arithmétiques, mais qui n'en sont pas encore : ils le font en rassemblant ou séparant des collections et en dénombrant à la fois les collections de départ et le résultat des transformations. C'est très progressivement qu'ils vont passer d'une résolution en action à un traitement portant sur les seuls symboles. Il se pourrait que l'usage des doigts ait à cette phase un rôle important dans la mesure où les collections de doigts sont à la fois analogiques et abstraites (elles se substituent à tous les objets quels qu'ils soient). L'évolution se traduit par le passage des actions externes à des actions intériorisées puis à des traitements réalisés sur les formes verbales ($4+3 \rightarrow 4, 5, 6, 7$). Il n'est pas facile de déterminer comment les enfants réalisent qu'opérer sur les seuls symboles permet d'aboutir à des résultats aussi fiables que ceux qui sont obtenus à partir des manipulations.

Quatrièmement, l'entrée à l'école se traduit par l'enseignement systématique d'un nouveau code – le code indo-arabe – et des algorithmes qui lui sont associés et qui donnent à la résolution des opérations une puissance que le code verbal ne peut assurer. Cet apprentissage est à la fois facile (le code indo-arabe ne comporte que dix items : 0,...9) et difficile, notamment du fait de la notation positionnelle (la valeur d'un chiffre change avec sa position). Le transcodage, passage de l'oral au code indo-arabe ou l'inverse, s'appuie initialement sur les connaissances verbales, ce qui explique que, par exemple en français, la transcription de quantité telle que soixante quinze puisse donner lieu à des erreurs telles que 6015. Quant aux algorithmes, ils concernent la résolution des additions, soustractions, multiplications complexes et, dans une moindre mesure à l'école élémentaire, des divisions. Ils nécessitent que les enfants aient mémorisé certaines associations entre opérands et résultats ($3+2=5$), de sorte qu'ils n'aient plus à les calculer et qu'ils puissent consacrer leur attention à la gestion de l'algorithme. Ils exigent aussi un minimum d'attention et de maîtrise de l'espace. Ils requièrent enfin un enseignement systématique et vigilant afin d'éviter l'installation d'erreurs de procédures difficiles à éradiquer. L'introduction des fractions et des décimaux pose de nouveaux problèmes, parce que, d'une part, la représentation des quantités change (encore que le fractionnement des quantités soit précoce) et, d'autre part, les algorithmes de traitement des opérations diffèrent de ceux qui s'appliquent aux entiers naturels (l'addition des fractions ; celle des décimaux...).

Cinquièmement, la résolution de problèmes arithmétiques reste un problème majeur, comme l'attestent les évaluations nationales ou internationales. L'une des difficultés relève de l'activité de compréhension en lecture plus que des traitements arithmétiques eux-mêmes, au moins à l'école élémentaire ; une autre tient à « l'arithmétisation » des situations.

Les enfants doivent en effet élaborer à partir de l'énoncé une représentation de la situation décrite puis passer de cette représentation à une mise en forme arithmétique. Or, selon la formulation, la familiarité avec le domaine, le nombre d'entités impliquées, la fréquence de rencontre des situations, l'élaboration de cette représentation et son « arithmétisation » peuvent être très difficiles et conduire à une interprétation, et donc une résolution erronées. La question essentielle est ainsi de rechercher des situations permettant aux élèves de rencontrer souvent des situations problèmes variées, de sorte qu'ils se familiarisent à la fois avec la diversité des modalités de présentation des énoncés, celle des situations décrites, celle enfin des modes de résolution.

On peut dire en résumé que les enfants disposent sans doute à la naissance de capacités de traitement des quantités biologiquement déterminées, sur lesquelles se greffent des pratiques culturelles qui exploitent et amplifient les capacités initiales. Les systèmes scolaires eux-mêmes installent des apprentissages nouveaux, de savoirs (les décimaux), d'activités (la résolution de problèmes), de codes (le code indo-arabe, les signes opératoires) et de procédures de traitements (les algorithmes de résolution des opérations). Chacune de ces dimensions soulève des problèmes particuliers, certains restant encore mal connus.

Les définitions et classifications des troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles qui font l'objet de cette expertise sont ceux qui sont liés aux acquisitions scolaires : les troubles de la lecture, de l'écriture et du calcul. Ces troubles peuvent apparaître dans un contexte de retard global ou plus spécifique en cas de déficits limités à certains processus cognitifs. Il sera question ici essentiellement de définitions et de critères des « Troubles spécifiques des apprentissages scolaires » présents en dehors d'un retard global du développement.

Ces troubles sont définis dans les classifications comme un ensemble de difficultés d'apprentissage qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap sensoriel, ni à des conditions défavorables de l'environnement. Ces difficultés sont donc inattendues compte tenu des autres aspects du développement. Elles apparaissent très tôt dans la vie, interfèrent avec l'intégration scolaire et sociale et persistent souvent jusqu'à l'âge adulte.

Les principaux critères des troubles spécifiques des apprentissages (qu'il s'agisse de troubles de la lecture, de l'écriture ou du calcul), qui sont à la base des définitions posées dans les dernières années sont les suivants :

- critère de « discordance » (*discrepancy*) entre les difficultés à des épreuves liées au trouble en question et les bonnes performances à d'autres épreuves cognitives (il s'agit souvent du QI⁵) ;
- critère d'exclusion : le trouble ne doit pas avoir comme cause primaire : un retard global, un handicap sensoriel, un déficit éducatif (pédagogie inadaptée, niveau socio-éducatif insuffisant), une difficulté linguistique, des troubles mentaux avérés ;
- le trouble est dû à des facteurs intrinsèques à l'enfant (ce point dérive directement des deux précédents et met l'accent sur l'origine neurobiologique des troubles).

Ces critères sont retrouvés dans la classification internationale des maladies, la CIM-10⁶ et dans la quatrième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV)⁷, classification également largement utilisée au plan international.

Critères diagnostiques communs aux Troubles spécifiques des acquisitions scolaires de la CIM-10

-
- 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
-

Selon une tendance récente, l'appellation « Troubles spécifiques des apprentissages » ne devrait pas être attribuée seulement sur la base des résultats à différentes épreuves, mais elle devrait être réservée aux enfants dont les troubles résistent à un traitement conséquent (prise en charge pédagogique et/ou orthophonique). Par ailleurs, les progrès des connaissances des dernières années ont amené à évoquer dans les définitions l'origine neurobiologique voire héréditaire des troubles spécifiques des apprentissages ainsi que leurs mécanismes cognitifs, même si ces processus cognitifs font encore l'objet de discussions et d'explorations. Il faut également souligner que dans le cadre des travaux de recherche, les critères adoptés peuvent varier en fonction du nombre de sujets observés. En effet, les études qui portent sur des effectifs

5. Quotient intellectuel (QI) mesuré entre 6 et 15 ans à l'aide du WISC-IV (WECHSLER D. Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents. Quatrième édition. ECPA, 2005)

6. OMS. Classification Internationale des Maladies. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Critère de diagnostic pour la recherche. Masson, 1994

7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Troubles des apprentissages. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson, 2004

importants utilisent, pour des raisons de faisabilité, des critères moins stricts et moins nombreux que les études sur des petits groupes d'enfants.

Le trouble de la lecture ou dyslexie est de loin le trouble spécifique des apprentissages le mieux exploré. D'une façon générale, il se manifeste par une difficulté à apprendre à lire, malgré un enseignement adapté, une intelligence adéquate et un bon environnement socio-éducatif.

Critères diagnostiques du Trouble spécifique de la lecture selon la CIM-10

Présence soit de 1 soit de 2 :

1. La note obtenue à une épreuve standardisée d'exactitude ou de compréhension de la lecture se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant ; l'évaluation des performances en lecture et du QI doit se faire avec des tests administrés individuellement et standardisés en fonction de la culture et du système scolaire de l'enfant
 2. Antécédents de difficultés sévères en lecture, ou de résultats de tests ayant répondu au critère 1 à un âge antérieur ; en outre, le résultat obtenu à un test d'orthographe se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et du QI
-

En cas de comorbidité, le diagnostic de Trouble spécifique de la lecture est prédominant par rapport aux autres troubles spécifiques (troubles du calcul et de l'écriture) dans la CIM-10, tandis que le DSM-IV permet de porter plusieurs diagnostics.

Dans les définitions récentes de la dyslexie, il est question des mécanismes cognitifs perturbés (souvent un déficit dans la composante phonologique du langage) et de l'étiologie des troubles (origine neurobiologique).

Le Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique, ou trouble du calcul ou encore dyscalculie, se réfère à un trouble des compétences mathématiques présent chez des enfants avec une intelligence normale. Malgré une avancée certaine des études lors des dernières années, les perturbations des mécanismes cognitifs à la base de la dyscalculie sont encore objets d'études, même si de nombreuses classifications de sous-types de dyscalculie ont été proposées. L'étiologie était déjà au centre des premières définitions proposées de la dyscalculie ainsi que l'origine génétique ou congénitale des troubles.

Critères diagnostiques du Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique selon la CIM-10

- La note obtenue à un test standardisé de calcul se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant
 - Les notes obtenues à des épreuves d'exactitude et de compréhension de la lecture, ainsi que d'orthographe se situent dans les limites de la normale (\pm deux écarts-types par rapport à la moyenne)
 - L'absence d'antécédents de difficultés significatives en lecture ou en orthographe
-

Dans la définition de la dyscalculie, comme dans celles des autres troubles spécifiques des apprentissages, une pédagogie inadaptée vaut critère d'exclusion.

L'écriture étant un processus multidimensionnel, différentes composantes peuvent être à l'origine d'un trouble de l'écriture : difficulté d'écriture liée à l'aspect moteur ; difficulté à terminer la tâche écrite ; orthographe insuffisante ; problèmes avec la composition écrite tels que la planification, le choix des mots, la construction de phrases et l'organisation du texte. Le terme de dysgraphie, qui renvoie plutôt à un trouble de la calligraphie touchant également la réalisation de formes géométriques, a été parfois utilisé pour représenter un trouble général de l'écriture ; cependant dans la littérature, il est plus souvent question de dysorthographe.

La dysorthographe est un trouble spécifique de l'orthographe, qui accompagne la dyslexie, le dysfonctionnement cognitif à la base des deux troubles étant probablement commun. Dans la dysorthographe, l'orthographe des mots est très déficitaire, conséquence directe du trouble phonologique des enfants dyslexiques.

Il n'y a donc pas une seule définition du trouble de l'écriture et les classifications internationales l'illustrent bien : la définition de la CIM-10 correspond à la dysorthographe, tandis que celle du DSM-IV correspond plutôt à un trouble plus général de l'expression écrite.

Critères diagnostiques du Trouble spécifique de l'orthographe selon la CIM-10

- La note obtenue à un test standardisé d'orthographe se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant
 - Les notes obtenues à des épreuves d'exactitude et de compréhension de la lecture, ainsi que de calcul se situent dans les limites de la normale
 - L'absence d'antécédents de difficultés significatives en lecture
-

Bien qu'insuffisantes et critiquées, les définitions et les classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV) présentent l'avantage de permettre, lorsqu'elles sont appliquées, des comparaisons entre différentes études menées au plan international et d'utiliser un langage commun. Cependant, elles sont souvent ignorées sur le terrain, aussi bien par les cliniciens que par les chercheurs qui utilisent leurs propres classifications.

Ainsi, du choix du seuil à partir duquel on définit le trouble (de 1 à 2 écarts-types au-dessous de la moyenne) dépend la prévalence du trouble. Si le choix se porte sur 1 écart-type, dans une distribution normale on trouve 16 % d'individus sous le seuil. Si on choisit 2 écarts-types (comme proposé par la classification internationale CIM-10), on n'en trouve plus que 2,5 %. On peut donc penser que le trouble est une entité en partie arbitraire, puisque dépendante du seuil choisi a priori. Néanmoins, en pratique clinique, le

suivi de chaque enfant avec l'utilisation de nombreux tests permet de poser réellement un diagnostic.

Les questions suscitées par le concept de « discordance » ainsi que la comorbidité assez fréquente de plusieurs troubles des apprentissages entraînent pour certains auteurs la mise en question du concept de spécificité. La classification du DSM-IV, postérieure à celle de la CIM-10 n'utilise pas toujours le terme « spécifique » sans changer pour autant la définition de ces troubles. Il serait important d'établir une classification des troubles des apprentissages fondée sur des critères communs, partagés à la fois par les chercheurs, les cliniciens et les professionnels de l'éducation.

Les données de prévalence des troubles spécifiques des apprentissages scolaires

Le diagnostic opérationnel « d'un cas » exige plusieurs examens avec de nombreux tests répétés au cours de plusieurs mois voire plusieurs années. Une telle approche ne peut pas être reproduite dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. Par ailleurs, dans les études épidémiologiques, les critères peuvent varier d'un auteur à l'autre et les seuils choisis également. Il n'est donc pas surprenant que les chiffres publiés de prévalence soient très variables. Néanmoins, d'après l'ensemble des études internationales méthodologiquement les plus rigoureuses, provenant en grande partie des pays anglophones, nous pouvons estimer que la dyslexie concerne au minimum entre 3 et 5 % d'enfants vers l'âge de 10 ans.

Les études qui utilisent la même méthodologie pour comparer des populations ayant des langues différentes permettent de mettre en évidence les caractéristiques propres à chaque langue. En effet, les langues ont des systèmes d'écriture différents et à l'heure actuelle, les variations dans la forme de la dyslexie ainsi que dans sa prévalence sont considérées comme étant dépendantes de facteurs tels que la transparence (régularité) ou l'opacité de l'orthographe de chaque langue. Ainsi, une étude utilisant trois définitions différentes de la dyslexie a montré que la prévalence variait, comme attendu, en fonction de la définition et des critères de discordance plus ou moins stricts, mais aussi en fonction de la langue. Elle montre que, selon les définitions, les taux varient de 3,6 % à 8,5 % en Italie et de 4,5 % à 12 % aux États-Unis. Ainsi, les taux plus élevés aux États-Unis par rapport à ceux de l'Italie sont liés à l'orthographe : l'orthographe de la langue italienne est transparente à l'opposé de celle de la langue anglaise.

En France, en l'absence de données épidémiologiques, les données disponibles respectant les critères de caractérisation de la dyslexie suggèrent que la proportion d'enfants présentant une dyslexie avérée ne diffère pas de celle des grandes études anglophones.

Bien qu'on ne puisse pas assimiler tous les troubles de la lecture même graves à la dyslexie, les données issues de deux études épidémiologiques récentes réalisées chez l'adulte en France aboutissent à des données compatibles avec les estimations ci-dessus : l'une concerne des jeunes appelés du contingent et l'autre a été conduite auprès de 10 000 adultes de 18 à 65 ans (Insee). Ces deux études constatent que 7 % des 18-29 ans éprouvent des difficultés graves ou importantes en lecture.

On peut s'interroger sur les éventuelles interactions entre le milieu social ou le niveau éducatif et les facteurs biologiques de la dyslexie et à propos de leurs effets sur les manifestations des troubles spécifiques des apprentissages. À titre d'exemple, les études portant sur les populations anglaises de l'Île de Wight et de Londres sont représentatives des différences géographiques et sociales. En effet, avec la même définition de la dyslexie, la prévalence trouvée était de 3,6 % sur l'Île de Wight et de 9,3 % à Londres, où les sujets étaient en moyenne de milieux moins favorisés.

La prévalence de la dyscalculie est fréquemment considérée comme équivalente à celle de la dyslexie. Cependant, les études les plus rigoureuses suggèrent que la dyscalculie, en tant que trouble isolé, est plus rare que la dyslexie. Il n'existe à notre connaissance pas d'étude épidémiologique de la dyscalculie en France. Il y a cependant peu de raisons de penser que sa prévalence y diffère beaucoup des autres pays, la langue semblant avoir peu d'impact sur le trouble comme en atteste la convergence des résultats obtenus dans différents pays.

Le sexe est l'un des facteurs de variation souvent évoqué comme associé aux troubles spécifiques des apprentissages. En général, le rapport garçon/fille est estimé à 2 pour la dyslexie, tandis qu'il est probable que la dyscalculie affecte autant les filles que les garçons. On constate également que plus de garçons que de filles consultent des spécialistes pour des problèmes de lecture ou d'écriture. Cependant, l'existence d'un effet du sexe sur les troubles spécifiques des apprentissages scolaires est toujours débattue et les causes de cette différence éventuelle entre garçons et filles restent à explorer.

Les études longitudinales indiquent que la dyslexie persiste avec l'âge et représente donc un déficit non transitoire du développement même si le suivi longitudinal des enfants dyslexiques pose un problème de stabilité des classifications dans le temps. Ces classifications étant établies à partir d'un seuil, de petites variations dans les scores sur un continuum peuvent faire passer certains enfants d'un côté ou l'autre des limites pré-définies.

Les études longitudinales décrivent également la dyscalculie comme un trouble persistant. Toutefois, les formes isolées de dyscalculie (non accompagnées de dyslexie) apparaissent moins persistantes et sont considérées par certains comme relevant davantage d'un retard de développement que d'une réelle différence individuelle.

Le trouble spécifique des apprentissages est abordé dans de nombreuses études comme une entité d'origine génétique et cognitive. On peut regretter les études trop peu nombreuses sur les interactions entre facteurs génétiques, cognitifs et environnementaux, ainsi que sur l'influence des méthodes de lecture.

La dyslexie à travers les études de groupes et de cas multiples

La caractérisation des déficits en lecture des dyslexiques s'appuie sur le fait que, pour pouvoir comprendre des textes, l'enfant doit acquérir un haut niveau d'automatisme dans l'identification des mots écrits. C'est le développement d'une telle compétence qui lui permettra d'atteindre un niveau de compréhension écrite égal à celui de sa compréhension orale, en le dégageant du poids d'un décodage lent et laborieux ou du recours à des anticipations contextuelles hasardeuses, la manifestation de la dyslexie étant justement l'incapacité à développer ce type de compétence.

Le bilan des données relatives à la dyslexie qui a été effectué a pris en compte des études réalisées dans diverses langues (anglais, français, allemand, entre autres), soit avec des groupes indifférenciés d'enfants dyslexiques, soit avec des groupes d'enfants dyslexiques présentant des profils contrastés de dyslexie.

Les résultats des études de groupes indifférenciés d'enfants dyslexiques indiquent tout d'abord que les déficits phonologiques se retrouvent dans pratiquement toutes les études et chez pratiquement tous les individus, à la fois en lecture et hors lecture.

Ainsi, les performances en lecture d'enfants dyslexiques sont particulièrement déficitaires quand ils ne peuvent pas s'appuyer sur leurs connaissances lexicales, en l'occurrence quand ils doivent lire des mots rares ou des mots qui n'existent pas (pseudo-mots). Ce déficit de la procédure sub-lexicale (phonologique) de lecture a été relevé de façon convergente dans pratiquement toutes les études, y compris dans les comparaisons avec des enfants plus jeunes mais de même niveau de lecture. En outre, ce déficit est plus sévère quand les enfants sont confrontés à une écriture opaque (par exemple, en anglais comparativement au français). Enfin, quand l'orthographe est transparente, ce déficit se note principalement par la lenteur en lecture de pseudo-mots, non par la précision de la réponse.

Outre les déficits de la procédure sub-lexicale (phonologique) de lecture, des déficits de la procédure lexicale de lecture ont également été relevés chez les enfants atteints de dyslexie, ce qui se comprend bien à la lumière des travaux qui ont montré que la mise en place de la procédure lexicale dépend de l'efficacité de la procédure sub-lexicale (phonologique). En conséquence,

les enfants présentent le plus souvent un double déficit en lecture, le déficit de la procédure sub-lexicale (phonologique) étant toutefois plus sévère que celui de la procédure lexicale. Il est en effet le seul à être relevé par rapport à des normolecteurs plus jeunes mais de même niveau de lecture, ce qui signale qu'il ne s'agit pas seulement d'un retard d'apprentissage.

Les enfants dyslexiques ont également des compétences particulièrement déficitaires dans des tâches qui impliquent des traitements phonologiques en dehors de la lecture : en analyse phonémique, en mémoire à court terme phonologique ainsi que dans des épreuves de dénomination qui permettent d'évaluer la précision et la rapidité de l'accès au lexique. Comme pour les déficits relevés en lecture, les déficiences dans ces trois domaines ont été rapportées dans la plupart des études et chez la plupart des enfants dyslexiques, y compris par rapport à des sujets plus jeunes mais de même niveau de lecture. Enfin, les compétences dans ces trois domaines sont les prédicteurs les plus fiables du futur niveau de lecture des enfants. En comparaison, le poids des habiletés non verbales, tout comme celui des facteurs socioculturels, est moindre. Les déficits relevés dans ces trois domaines peuvent entraver la mise en place de la procédure phonologique de lecture. En effet, pour utiliser cette procédure, il faut d'abord passer du code écrit au code oral, ce qui, dans une écriture alphabétique, nécessite d'associer les graphèmes aux phonèmes correspondants. Il faut ensuite assembler les unités résultant de cette opération de décodage afin de pouvoir accéder aux mots stockés dans le lexique oral. La première opération nécessite des habiletés d'analyse phonémique, la seconde implique la mémoire phonologique à court terme, et la troisième un accès précis et rapide au lexique oral.

D'autres travaux, également effectués avec des groupes indifférenciés d'enfants dyslexiques, ont examiné les déficits dans les traitements séquentiels visuels. Les résultats qui ont pour le moment été publiés ne sont pas concluants et ce pour trois principales raisons. D'une part, ce type de déficit se révèle plus fortement marqué sur les pseudo-mots que sur des mots ou sur des suites de lettres non prononçables. D'autre part, ces déficits peuvent être la conséquence des difficultés de lecture des dyslexiques. En effet, dans pratiquement toutes les études qui ont mis en relief ce type de déficit (à la différence de celles ayant mis en relief des déficits phonologiques), les dyslexiques ont été comparés à des normolecteurs de même âge.

Enfin, dans la plupart de ces études, les habiletés visuelles des enfants ont été évaluées en tenant compte de la vitesse de traitement et/ou avec des tâches comportant des contraintes temporelles (durée très brève d'exposition des stimuli). En revanche, seule la précision de la réponse a été examinée pour les évaluations des habiletés phonologiques et non pas la vitesse de traitement. Les résultats peuvent donc s'expliquer par les différences de mesures. Une des rares études dans laquelle les déficits des traitements séquentiels visuels et des traitements phonologiques ont été évalués intensivement et avec une méthodologie comparable a permis de noter que les

enfants dyslexiques souffrant sélectivement de déficits visuels de ce type sont très peu nombreux.

Enfin, il est à signaler qu'un certain nombre de travaux récents ont évalué une nouvelle hypothèse selon laquelle les problèmes typiques de lenteur relevés chez les enfants dyslexiques non anglophones s'expliqueraient par leurs difficultés à mémoriser la forme visuelle des mots, alors que le déficit de précision de la réponse relevé chez les anglophones proviendrait d'une déficience phonologique. Il est toutefois difficile d'imaginer que le phénotype de la dyslexie puisse diamétralement différer en fonction de la transparence de l'orthographe et de la mesure utilisée. De plus, les résultats de ces études, obtenus à partir de l'analyse des mouvements oculaires, ne permettent pas de valider cette nouvelle hypothèse étant donné que les enfants dyslexiques ont été comparés à des enfants de même âge : la spécificité de leurs mouvements oculaires peut donc n'être que la conséquence de leurs difficultés de lecture. Enfin, certains résultats de ces études sont compatibles avec l'hypothèse phonologique : par exemple, l'impact négatif de l'opacité de l'orthographe sur la durée des fixations oculaires, le fait que les différences les plus notables entre dyslexiques et normolecteurs aient été relevées en lecture de pseudomots et la présence dans certaines de ces études, de déficits phonologiques chez de futurs dyslexiques comparativement à de futurs normolecteurs, avant l'apprentissage de la lecture.

En plus des études de groupes indifférenciés de dyslexiques, d'autres études ont examiné des sujets supposés présenter des profils différenciés de dyslexie de type dyslexie phonologique (caractérisée par un déficit sélectif de la procédure phonologique de lecture, entre autres), dyslexie de surface (caractérisée par un déficit sélectif de la procédure lexicale de lecture, entre autres) et les profils mixtes, qui ont un double déficit. Les études publiées indiquent que pratiquement tous les dyslexiques ont (ou ont eu) un déficit phonologique, y compris les dyslexiques de surface. C'est ce qui ressort des études longitudinales, en particulier. De plus, dans les comparaisons avec des normolecteurs plus jeunes mais de même niveau de lecture, seule la proportion des dyslexiques phonologiques reste élevée, ce qui suggère que la plupart des dyslexiques dits de surface souffrent d'un simple retard d'apprentissage, puisqu'ils se comportent comme des normolecteurs plus jeunes qu'eux, les dyslexiques phonologiques ayant, pour la majorité d'entre eux, une trajectoire développementale atypique.

Les stratégies compensatoires développées par les dyslexiques ont pu toutefois masquer certaines réalités. En particulier, il a été montré que, chez le lecteur expert, l'identification des mots écrits est un acte quasi réflexe, qui n'est que peu influencé par les informations contextuelles. Ce sont les lecteurs les moins habiles, particulièrement les dyslexiques, qui utilisent le plus le contexte pour identifier les mots écrits. C'est vraisemblablement grâce à de telles stratégies que les dyslexiques arrivent à surmonter leur déficit phonologique. Le fait que les dyslexiques lisent mieux les mots qu'ils ont déjà

rencontrés que des mots nouveaux est probablement le résultat de stratégies compensatoires ; ils utilisent plus que les normolecteurs l'information lexicale contenue dans les mots. Des évidences indirectes de la mise en place progressive de ces stratégies compensatoires proviennent de données longitudinales. En effet, la plupart des dyslexiques âgés chez lesquels il n'a pas été possible de mettre en relief la présence de troubles phonologiques ont en fait souffert de tels troubles dans les périodes précoces de leur développement.

En conclusion, les études passées en revue indiquent qu'un déficit des compétences phonologiques est la caractéristique majeure de la dyslexie. Le fait que ce type de déficit est le plus souvent rapporté y compris par rapport à des normolecteurs plus jeunes mais de même niveau de lecture est le signe d'une atypie développementale et non d'un simple retard d'apprentissage. En outre, l'opacité de l'orthographe est un facteur environnemental aggravant. En l'état de la recherche, les preuves à l'appui d'un déficit visuel à l'origine de la dyslexie (ou de certaines formes de dyslexie) sont encore fragiles.

Les sous-types de dyslexies à travers les études de cas unique

La plupart des recherches effectuées tant en neuropsychologie qu'en neurosciences ou en génétique sur les troubles spécifiques d'acquisition de la lecture ont conclu à une forte hétérogénéité de la population dyslexique. Or, cette hétérogénéité ne peut pas être mise en évidence dans le contexte des études de groupe qui cherchent à montrer les tendances générales caractéristiques de la population dyslexique sans prise en compte de la variabilité observée au sein de cette population. De nombreuses études de cas ont cependant été publiées qui témoignent de la diversité des formes de dyslexies. Ces études permettent non seulement de dresser le profil cognitif d'un individu spécifique mais également d'identifier la (ou les) composante(s) cognitive(s) dont le dysfonctionnement rend compte de la performance déficitaire observée. Elles sont donc particulièrement pertinentes pour le praticien qui se trouve confronté à des cas particuliers et doit être en mesure à partir des éléments de l'évaluation neuropsychologique de faire des hypothèses sur la nature du déficit cognitif sous-jacent afin d'orienter au mieux la prise en charge. Sur le plan théorique, les études de cas sont indispensables à la validation des modèles théoriques ; elles peuvent conduire également à identifier de nouvelles composantes cognitives potentiellement impliquées dans les troubles dyslexiques et dont la pertinence pourra ensuite être testée sur de plus larges populations.

Plusieurs formes nettement différenciées de dyslexies ont été observées chez l'enfant. Bien que très rarement décrites, les formes de dyslexies développementales périphériques – dyslexie visuelle (essentiellement caractérisée par

la production préférentielle d'erreurs visuelles) et dyslexie par négligence (erreurs portant sur la partie initiale ou finale du mot indépendamment de ses caractéristiques linguistiques) – suggèrent que des troubles intéressant les traitements visuels dans leur composante attentionnelle peuvent interférer avec l'apprentissage de la lecture.

Les dyslexies phonologiques se caractérisent par un trouble sélectif en lecture de pseudo-mots et la production d'erreurs phonémiques. Elles s'accompagnent d'une dysorthographe du même type caractérisée par de faibles performances en dictée de pseudo-mots. Tous les cas répertoriés dans les travaux présentaient un trouble associé des capacités métaphonologiques et plusieurs démontraient un déficit de mémoire verbale à court terme. Ces formes de dyslexies semblent donc associées à un dysfonctionnement phonologique probablement à l'origine des troubles d'apprentissage de ces enfants. Les études de cas de dyslexie phonologique corroborent donc l'hypothèse classiquement admise selon laquelle un déficit phonologique est à l'origine des troubles dyslexiques. Cependant, certains cas prototypiques conduisent à nuancer l'idée selon laquelle les compétences phonologiques permettraient, via la procédure analytique, l'établissement des représentations orthographiques en mémoire. En effet, la mise en évidence de cas démontrant d'excellentes performances en lecture de mots réguliers et irréguliers malgré un trouble phonologique massif et une procédure analytique très déficitaire suggère que des mécanismes d'une autre nature contribuent également à la mémorisation des connaissances lexicales.

Dans certains cas rares, un enfant peut présenter un profil extrême de dyslexie de surface, sans aucun déficit phonologique. La dysorthographe est massive : les mots sont écrits tels qu'ils se prononcent sans prise en compte de leurs caractéristiques orthographiques. En fait, ces enfants ne semblent disposer d'aucune information mémorisée sur la séquence orthographique des mots. Dans ce type de cas, on peut suspecter d'autres types de dysfonctionnements, par exemple visuo-attentionnels.

Les dyslexies mixtes caractérisées par des difficultés sur tous les types d'items ont été très peu étudiées, malgré leur fréquence dans la population dyslexique. Deux cas décrits suggèrent qu'un dysfonctionnement soit phonologique soit visuo-attentionnel pourrait conduire à ce type de trouble, ceci n'excluant pas la possibilité de rencontrer ces deux déficits associés chez certains sujets.

Les troubles de l'apprentissage de l'orthographe

Alors que l'orthographe du français est particulièrement difficile en production (mais pas en perception) et qu'elle est socialement valorisée et défendue, peu d'études approfondies existent sur les difficultés qu'elle soulève et sur les troubles qui l'affectent. Le bilan des rares travaux, réalisés sans pers-

pective normative, met pourtant clairement en évidence l'existence de « zones de fragilité » « induisant » en quelque sorte les erreurs. Toutefois, les mécanismes impliqués dans la survenue des erreurs et les interventions susceptibles d'en réduire la fréquence restent largement méconnus et remarquablement non étudiés.

La littérature disponible sur les difficultés et les troubles de la production orthographique est rare en ce qui concerne le français écrit. Elle ne permet pas actuellement de répartir de manière rigoureuse les erreurs rencontrées dans les différentes dimensions impliquées dans la maîtrise de la production orthographique. En conséquence, il est actuellement impossible de déterminer s'il existe des patrons différenciés d'erreurs et de savoir si certains d'entre eux caractérisent tel ou tel handicap. Les seules données suffisamment nombreuses, mais elles restent là encore globales (à notre connaissance aucune étude ne répertorie les types d'erreurs), concernent les individus dyslexiques.

Les données disponibles s'appuient donc prioritairement sur les recherches effectuées sur d'autres systèmes orthographiques. L'acquisition du principe alphabétique pose problème, mais elle est surmontable, comme l'attestent les données portant sur les systèmes orthographiques transparents (espagnol, italien...) : les enfants dyslexiques parviennent à orthographier les mots. Les difficultés sont plus importantes avec les systèmes opaques, en raison des confusions induites dans les associations phonèmes-graphèmes (à un phonème correspondent plusieurs graphèmes). Les systèmes opaques ne codent pas que la phonologie, mais aussi les dimensions lexicale et morphologique. Certains individus éprouvent des difficultés à se constituer un lexique orthographique. Parfois, celui-ci paraît très réduit. Parfois, les difficultés tiennent non à sa taille mais au caractère approximatif ou erroné des formes orthographiques mémorisées. À notre connaissance, aucune donnée n'est disponible relativement à la distribution de ces différentes possibilités, de même concernant leur prévalence ou leur(s) comorbidité(s). L'extraction des régularités orthographiques (doubles consonnes, associations fréquentes de lettres...) n'a pas (encore) donné lieu à des recherches publiées : on ignore donc si certains troubles les affectent particulièrement. Enfin, les difficultés relatives à l'utilisation de la morphologie touchent à des degrés divers toute la population : même les grands journaux comportent des erreurs d'accord que des auteurs éminents commettent. La fréquence de ces erreurs dans la population tout-venant est inconnue, et donc la distribution qui permettrait de soupçonner l'existence de troubles et de mettre en relation ceux-ci avec d'autres caractéristiques des individus concernés. Comme, par ailleurs, ces erreurs se révèlent très sensibles à la mobilisation de l'attention, on ignore si leur survenue tient à des méconnaissances, à des fausses connaissances ou à des difficultés de mise en œuvre (en raison par exemple de la charge attentionnelle associée à la graphie, comme chez les jeunes enfants). Tout ou presque est donc à faire.

Au total, en l'absence de données précises portant sur les erreurs commises par le tout-venant des enfants ou des adultes, il est difficile de déterminer

dans quelle mesure le nombre et la nature des erreurs relèvent de performances normales nécessitant par exemple une pratique plus fréquente et régulière de certains exercices ou, au contraire, conduisent à soupçonner un trouble nécessitant alors une prise en charge spécifique. C'est sans doute là que réside la cause de deux faits qui ressortent du bilan de la littérature relative aux difficultés et troubles de la production orthographique. Premièrement, aucune étude de prévalence des troubles d'apprentissage de l'orthographe n'est disponible : leur étude est presque systématiquement associée à celle des troubles de la lecture (dyslexie), ce qui constitue, au moins a priori, une négligence d'autres hypothèses. Deuxièmement, les études portant sur les éventuelles associations (comorbidités) avec des troubles autres que ceux de la lecture sont extrêmement rares : une avec les troubles du calcul, quelques unes avec les troubles de l'attention. Il faut ajouter que, contrairement à ce qui vaut pour d'autres domaines de l'apprentissage, certaines des spécificités de l'orthographe du français (la rareté des marques morphologiques à l'oral et leur caractère systématique à l'écrit) interdisent qu'on attende que les indispensables recherches soient conduites sur d'autres systèmes orthographiques et que les solutions aux problèmes qui se posent soient en quelque sorte importées. En d'autres termes, il apparaît urgent, si l'on souhaite conserver en l'état l'orthographe du français, un changement radical relevant de choix politiques, de s'interroger sur la nature et la fréquence des difficultés, cela dans une perspective non normative, ainsi que sur les mécanismes impliqués dans l'apprentissage et la mise en œuvre des différentes composantes de l'orthographe. Il est tout aussi urgent de s'attacher aux caractéristiques de l'instruction dispensée et à l'évaluation de ses effets, à court et à moyen termes. Enfin, les études de prévalence et de comorbidité devraient être conduites sans considérer a priori que les difficultés et troubles de la production orthographique se posent de manière sinon unique tout au moins privilégiée chez les enfants dyslexiques. Même si cela est vrai, personne ne peut exclure l'existence de troubles dans d'autres populations.

En résumé, les difficultés de la production orthographique du français sont telles qu'on aurait pu s'attendre à ce que les recherches sur les difficultés, leurs distributions, les mécanismes sous-jacents et sur les effets de l'instruction dispensée, y compris à des populations présentant des troubles spécifiques, fussent nombreuses et précises. Les données montrent que tel n'est pas le cas, et que les rares données sont récentes. Elles portent par ailleurs surtout sur des aspects descriptifs : l'étude des mécanismes cognitifs et de leurs déterminants, mais aussi et surtout celle des apprentissages font encore largement défaut.

La dyscalculie

Les études sur la dyscalculie n'en sont qu'à leurs débuts et notre degré de connaissance dans ce domaine ne peut être comparé à celui que nous

avons acquis concernant la dyslexie. Il n'existe même pas de définition ni de critère diagnostique universellement admis de la dyscalculie. Le plus souvent, sont considérés dyscalculiques les enfants obtenant une performance s'éloignant fortement de la moyenne des enfants de leur âge à une batterie d'évaluation standardisée, alors que le niveau intellectuel ne s'écarte pas trop de la normale. Ces critères ne permettent pas de distinguer la dyscalculie de ce que d'autres auteurs appellent les *learning disabilities in mathematics*. L'analyse des études de prévalence conduit à penser que, si les enfants présentant des difficultés en arithmétique semblent approximativement aussi nombreux que ceux ayant des difficultés en lecture, les troubles spécifiques du calcul se rencontrent plus rarement que les troubles isolés de la lecture. Dans plus d'un cas sur deux, et même chez les enfants d'efficacité intellectuelle normale, les difficultés en calcul s'accompagnent de difficultés en lecture. À la différence de ce qui semble s'observer pour la dyslexie, la dyscalculie affecte de façon équivalente les garçons et les filles.

Le consensus le plus large s'établit autour de la description du trouble et des secteurs des activités numériques les plus déficitaires. Bien avant le début des apprentissages systématiques, les enfants dyscalculiques développent une mauvaise compréhension des principes qui régissent les activités de dénombrement (compter en pointant avec le doigt un ensemble d'objets), lesquelles constituent le socle sur lequel se construiront toutes les habiletés arithmétiques ultérieures. Ces enfants se distinguent des autres par une utilisation plus fréquente et plus prolongée au cours du développement de procédures immatures de comptage pour effectuer les calculs simples. Par dessus tout, les enfants dyscalculiques se distinguent par des difficultés atypiques de mémorisation des faits arithmétiques et d'apprentissage des tables d'addition et de multiplication. Ainsi, ils recourent moins souvent que les autres et de façon moins sûre à la récupération directe du résultat en mémoire lorsqu'ils résolvent des opérations. Cette difficulté s'avère étonnamment persistante au cours de leur développement. Ces troubles dans les activités élémentaires se répercutent sur les activités de résolution de problèmes et d'opérations complexes. Dans ces dernières, l'utilisation des retenues demeure difficile. Ces difficultés sont par ailleurs d'autant plus importantes que les enfants présentent en outre des difficultés en lecture.

Un autre point d'accord concerne l'évolution du trouble. Bien que peu d'études se soient penchées sur cette question, toutes rapportent que la dyscalculie est un trouble persistant. Toutefois, les formes « pures » où les difficultés en arithmétique sont les plus isolées sont aussi les plus instables, principalement chez les jeunes enfants à l'entrée de l'école primaire. Ainsi, certains considèrent ces formes isolées comme un retard de développement plus qu'une véritable différence entre individus. Au cours du développement, et à l'exception des difficultés mémorielles concernant les faits

numériques, les enfants dyscalculiques parviennent à rejoindre leurs pairs sur les activités les plus simples (les additions).

En revanche, il n'existe pas de consensus en ce qui concerne le profil cognitif accompagnant la dyscalculie. À quelques exceptions près, la plupart des auteurs rapportent de faibles capacités en mémoire de travail chez les enfants dyscalculiques. Il est fréquemment considéré que la dyscalculie s'accompagne aussi de déficits sur le plan visuo-spatial sans pour autant que ce point fasse l'unanimité. Certes, ces aspects sont fréquemment déficitaires chez les dyscalculiques mais il n'est pas clairement établi ni universellement reconnu qu'ils le sont de façon spécifique ou plus prononcée. Les enfants dyscalculiques présentent fréquemment des troubles du langage écrit affectant la lecture comme l'écriture. Plus souvent que les autres, ils présentent aussi des troubles de l'attention.

Les incertitudes concernant le profil cognitif pourraient s'expliquer par l'existence de plusieurs sous-types différents de dyscalculie. Bien que plusieurs classifications aient été proposées, elles diffèrent parfois largement les unes des autres. Rarement fondées sur l'analyse approfondie de larges échantillons, leur pertinence est douteuse et leur nombre plaide d'ailleurs contre leur validité. Même les classifications ou distinctions les plus intuitivement attractives ont été démenties par les analyses rigoureuses : par exemple, il semble ne pas exister de différences qualitatives dans les difficultés rencontrées par les enfants présentant des troubles spécifiques du calcul et ceux ayant des troubles de la lecture associés.

De même, les causes de la dyscalculie demeurent inconnues pour l'instant. Il n'est pas même établi s'il s'agit d'un trouble primaire pouvant exister de manière isolée ou s'il s'agit d'une manifestation d'un trouble plus général affectant un ensemble plus large de fonctions et d'activités. Parmi les troubles généraux qui entraîneraient la dyscalculie, on a évoqué de faibles capacités en mémoire de travail ou bien un dysfonctionnement de l'hémisphère droit entraînant une déficience des habiletés visuo-spatiales. Une hypothèse plus récente suggère que la dyscalculie résulterait du dysfonctionnement de structures cérébrales spécialisées dans les traitements numériques. Issues de l'évolution, ces structures confèreraient aux êtres humains un « sens » des nombres et des relations géométriques qui ferait défaut aux dyscalculiques. Cette hypothèse séduisante demande cependant à être étayée empiriquement. Bien que l'on ne sache pas quelles sont les causes de la dyscalculie, toutes les hypothèses avancées s'accordent sur le fait que la dyscalculie se manifeste bien avant que l'enfant ne s'engage dans les apprentissages systématiques de l'école primaire.

Les études sur les interventions et les programmes de remédiation n'en sont qu'à leurs débuts. Portant souvent sur de faibles effectifs, elles sont en général moins bien contrôlées que les études explorant les manifestations

ou les causes du trouble. Bien que la littérature rapporte quelques succès dans les interventions (les enfants dyscalculiques en ayant bénéficié voient leur performances en arithmétique s'améliorer), il est encore trop tôt pour se déterminer sur leurs mérites et intérêts respectifs.

En résumé, nos connaissances concernant la dyscalculie sont lacunaires et incertaines. Ceci est dû à la fois au faible nombre d'études, relativement à la dyslexie par exemple, qui lui sont consacrées, mais aussi à l'ampleur et à la difficulté même de l'objet d'étude, le nombre et l'arithmétique, sans parler des mathématiques, recouvrant des activités très diverses qui impliquent un grand nombre de fonctions cognitives différentes. Toutefois, les difficultés d'étude que pose la dyscalculie pourraient être compensées par le fait qu'elle n'est pas seulement un trouble des apprentissages. En effet, comme l'a montré la psychologie cognitive, il existe chez les êtres humains un développement spontané des activités numériques et de leur compréhension qui fait que, bien avant les premiers apprentissages systématiques, l'enfant a constitué un répertoire de savoirs et savoir-faire concernant le nombre et ses utilisations. Cette particularité rend possible la détection précoce d'enfants qui non seulement présentent des risques de troubles des apprentissages ultérieurs, comme c'est le cas pour la lecture, mais qui manifestent avant tout apprentissage scolaire un développement atypique des compétences numériques auquel il est peut-être possible de remédier avant même que la dyscalculie comme trouble spécifique de l'apprentissage n'apparaisse.

Les troubles des acquisitions associés

Une caractéristique commune à la dyslexie, dysorthographe, dyscalculie est que ces entités se rencontrent souvent associées entre elles chez une même personne, ce qui pour le clinicien, le rééducateur ou le pédagogue est riche d'enseignements quant à la sévérité du trouble, et donc à ses répercussions en termes de rééducation tout autant que de pédagogie. Mais l'existence de troubles associés à la dyslexie constitue également un puissant outil théorique pour le chercheur, lui fournissant autant de pistes vers où orienter ses recherches.

Dans le contexte d'un centre de référence pour les troubles des apprentissages, il n'est pas étonnant de constater une nette prédominance de dyslexies, ou de troubles sévères de l'acquisition du langage écrit (puisqu'on ne peut en théorie commencer à parler de dyslexie qu'après un certain temps d'apprentissage).

Inventaire des diagnostics portés lors de 209 cas successifs reçus dans un centre de référence pour les troubles d'apprentissage (CHU de Marseille, d'après Habib, 2003*)

Diagnostic	Nombre d'enfants atteints (N=209)
Dyslexie, dysorthographe	177
Troubles du langage oral	84
Dyscalculie	48
Dysgraphie	37
Trouble déficit de l'attention/hyperactivité	32
Dysphasie	26
Précocité intellectuelle	21
Dyspraxie	19
Trouble des conduites	11
Autisme**	2
Dyschronie	45

* HABIB M. La dyslexie à livre ouvert. Résodys, Marseille, 2003 : 171 p

** Les enfants atteints d'un trouble envahissant du développement (autisme) ne sont pas abordés dans cette partie car leur prise en charge ne relève pas d'un centre de référence pour troubles des apprentissages. Ce sujet est traité dans l'expertise « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent » Inserm, 2002

La dyscalculie isolée donne rarement lieu à consultation dans un centre de référence, ce qui voudrait dire que la fréquence réelle de dyscalculie dans la population est plus élevée que celle indiquée. La dyschronie (trouble du repérage temporel) est moins connue que les autres syndromes, sans doute, ici encore, parce que le trouble ne constitue pas, en tout cas à première vue, un réel handicap pour la poursuite de la scolarité. En tout état de cause, la dyslexie apparaît plus souvent associée qu'isolée (seulement 10 % dans la population présentée). Cependant, il n'existe pas de données permettant d'évaluer la prévalence des comorbidités au sein de l'ensemble de la population dyslexique.

La dyslexie fait suite dans plus de la moitié des cas à des troubles du langage oral, eux-mêmes de présentation diverse. Le terme « dysphasie » utilisé en France pour les troubles sévères du langage oral est assez rarement utilisé dans la littérature anglo-saxonne qui préfère regrouper sous celui d'altération spécifique du langage (*Specific language impairment*, ou SLI), tous les troubles du langage oral, sans présumer de leur sévérité.

Nombre d'enfants d'intelligence normale ayant des difficultés d'apprentissage de l'arithmétique présentent aussi des difficultés d'apprentissage du langage écrit. Selon certains auteurs, dans une population d'enfants dyscalculiques, 17 à 64 % sont atteints de dyslexie. Toutefois, la dyscalculie existe également comme trouble isolé. Il semble que les enfants présentant des difficultés spécifiques en arithmétique se distinguent de ceux présentant des difficultés dans les deux domaines. La plupart des études distinguant les deux populations

font état de différences dans la sévérité des troubles, des différences concernant la nature ou l'étendue des difficultés étant moins certaines. La plupart des auteurs s'accordent sur le constat que les enfants qui présentent une comorbidité avec des troubles de la lecture ont un handicap plus important en arithmétique et dans les tests neurologiques que les enfants atteints de dyscalculie seule. Cependant, les raisons de la fréquente comorbidité entre troubles de l'arithmétique et de la lecture demeurent obscures. De fait, dans de nombreuses études, les groupes avec une comorbidité manifestent un niveau intellectuel inférieur (au moins de manière descriptive et parfois statistiquement significative) à celui des groupes avec un déficit simple.

Les troubles de la coordination, qui représentent environ 6 % de la population générale, avec ici encore une nette prédominance de garçons, comportent divers symptômes aisément reconnaissables, mais qui se regroupent entre eux de manière très variable. Schématiquement, on reconnaît des troubles des « praxies », c'est-à-dire de la capacité à choisir, planifier, séquencer, et exécuter le mouvement, avec des conséquences d'importance variable sur les actes de la vie quotidienne. L'incidence de ces troubles sur les apprentissages peut être majeure. Mais les troubles chez le dyspraxique ne se résument pas à des troubles moteurs, ou même de coordination sensori-motrice : des troubles de nature purement sensorielle peuvent sans doute être intégrés dans le concept de dyspraxie, de manière plus ou moins franche, intéressant de manière variable les principaux systèmes sensoriels impliqués dans la motricité : système proprioceptif, visuel et vestibulaire. En fait, toute action impliquant la gestualité et/ou la posture nécessite également des capacités perceptives et visuo-spatiales intactes, de sorte qu'il est difficile de dissocier ce qui est purement praxique, de ce qui relève de capacités perceptives.

Il pourrait exister un « fond de comorbidité » entre les troubles développementaux de coordination (DCD), les troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), les troubles de la lecture et les troubles du langage oral (SLI). La question des liens entre troubles de la coordination et difficultés de lecture a fait l'objet d'un intérêt particulier. Une des questions majeures encore non résolues est de savoir s'il existe une forme particulière de dyslexie qui accompagnerait de façon spécifique les troubles de la coordination sensori-motrice chez le dyspraxique. Dans la plupart des travaux sur le sujet, il est rapporté que plus de la moitié des dyspraxiques ont également des troubles d'apprentissage de la lecture. Cette coïncidence entre troubles moteurs et troubles de l'apprentissage en général, et de la lecture en particulier, a été un des supports de la théorie cérébelleuse qui représente l'une des pistes dans la quête actuelle des chercheurs pour une meilleure compréhension des déficits neurocognitifs sous-jacents aux troubles des apprentissages.

L'expérience clinique montre qu'il est rare qu'un enfant dyspraxique ait une écriture intacte. À l'inverse, il existe beaucoup de dysgraphiques chez qui on ne met pas en évidence de signes francs de dyspraxie. Les liens entre DCD et troubles des apprentissages peuvent répondre à deux cas de figure : soit il s'agit

d'une dyspraxie avec ses conséquences multiples et variables sur la réalisation des gestes, incluant l'écriture, soit le trouble est plus circonscrit au domaine de l'écriture elle-même et apparaît alors comme en lien étroit avec les performances dans le domaine linguistique.

Les travaux statistiques sur l'association entre précocité et troubles d'apprentissage sont rares. Il n'y a pratiquement aucun article scientifique consacré à l'étude de l'association précocité/trouble d'apprentissage alors que paradoxalement, les commentaires de nature pédagogique abondent sous forme non scientifique, par exemple dans des dizaines d'articles ou de témoignages recueillis sur Internet. Les estimations les plus basses indiquent que 2 à 10 % des enfants enrôlés dans les études américaines sur les surdoués souffrent également de troubles spécifiques d'apprentissage, ce qui n'est pas significativement plus fréquent que dans la population générale, mais environ 40 % des écoliers surdoués ne sont pas diagnostiqués avant le lycée. Incontestablement, la littérature est encore insuffisamment précise dans le domaine pour permettre de mesurer la fréquence exacte de l'association entre précocité et trouble d'apprentissage, et de nouvelles études sont nécessaires. Mais si le fait se confirme, considérer la précocité intellectuelle comme une comorbidité de la dyslexie et des autres troubles d'apprentissage serait d'une importance théorique indéniable, fournissant un puissant instrument de réflexion pour aborder la question des mécanismes sous-jacents. Dans ce cas, il est nécessaire d'imaginer qu'un processus commun ait été capable de provoquer à la fois la dysfonction d'un module et le meilleur fonctionnement d'un autre, ce qui contraint considérablement les modèles explicatifs potentiels.

Les troubles comportementaux ou émotionnels associés

Plusieurs travaux de la littérature apportent des preuves significatives de l'association fréquente entre les difficultés d'apprentissages et les troubles du comportement ou émotionnels. Les troubles émotionnels ou comportementaux peuvent alors être secondaires à la situation d'échec scolaire et/ou aux conditions environnementales sociales, familiales ou psychoaffectives aggravant le trouble cognitif ou bien s'inscrire, au contraire, dans une réelle comorbidité, avec un lien, peut-être d'ordre génétique, entre les deux affections. La prise en charge des deux types de troubles peut être réalisée même si la question du mécanisme sous-jacent à leur association est loin d'être résolue.

Les grandes études de cohortes d'enfants utilisant comme méthodologie les questionnaires étalonnés de type CBQ (*Child Behavior Questionnaire*) montrent que les enfants présentant un trouble psychopathologique (externalisé ou internalisé) ont un niveau en lecture et/ou en mathématiques inférieur aux enfants sans trouble psychopathologique. Ces études ne décrivent pas le profil cognitif des enfants ou les indices de sévérité des troubles des apprentissages et ne permettent pas de reconnaître une population d'enfants qui du

fait d'une dyslexie-dysorthographe mal prise en compte, et en situation d'échec scolaire, présentent des troubles psychologiques secondaires.

L'anxiété, l'humeur dépressive, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le trouble des conduites sont fréquemment rencontrés chez les enfants mauvais lecteurs. Cette association peut être mise en évidence dès la première évaluation dans les suivis longitudinaux de 7 à 10 ans, et la possibilité d'un traitement précoce peut être envisagée. L'association existe indépendamment des autres facteurs environnementaux familiaux et sociaux en cause dans les troubles émotionnels et comportementaux.

Les troubles comportementaux sont plus fréquents chez les enfants dyslexiques ou dyscalculiques que chez les enfants sans trouble des apprentissages, mais moins fréquents que dans une population d'enfants référés en psychiatrie. L'anxiété de performance, les difficultés de relations avec les pairs, les relations familiales conflictuelles et la faible estime de soi sont également fréquemment rencontrées dans cette population. À titre d'exemple, un centre de référence sur les troubles du langage français trouvait, lors de l'examen médical, psychologique et orthophonique, des difficultés psychoaffectives chez 28 % des 173 enfants porteurs d'un trouble des apprentissages. Ceci souligne que le clinicien doit être attentif, aux aspects cognitifs et également émotionnels ou comportementaux dans l'évaluation diagnostique et la prise en charge des troubles des apprentissages.

Une littérature abondante concerne l'association entre les troubles des apprentissages (la dyslexie en particulier) et le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Toutes les études convergent sur le fait qu'un enfant ayant une dyslexie ou un TDAH, présente un risque élevé d'avoir l'autre trouble. Cependant, le choix des instruments de mesure et, des critères de définition pour le TDAH et les troubles des apprentissages, l'âge de l'enfant et le lieu de recrutement peuvent expliquer la disparité dans la fréquence de cette comorbidité. Plusieurs hypothèses de causalité sont évoquées et la question du mécanisme sous-jacent à cette association est loin d'être résolue. Pour certains, les troubles comportementaux peuvent être une conséquence de l'échec scolaire, ou à l'inverse pour d'autres les difficultés de lecture des enfants hyperactifs peuvent s'expliquer par les troubles attentionnels. Pour d'autres enfin, il existerait un lien, sans doute d'ordre génétique, entre les deux affections, comme l'évoque l'étude de jumeaux du *Colorado Learning Disabilities Research Center*. La fréquence plus importante de troubles comportementaux chez les sujets dyslexiques semble directement liée à la comorbidité entre dyslexie et hyperactivité et spécifique des garçons alors que l'association entre troubles anxieux ou de l'humeur d'une part, et dyslexie d'autre part est indépendante de l'hyperactivité et plus fréquente chez les filles.

Il apparaît indispensable d'évaluer chez les enfants porteurs d'un trouble des apprentissages, les compétences attentionnelles et le degré d'hyperactivité, ainsi que les autres symptômes psychopathologiques associés afin d'assurer une prise en charge complète.

Enfin, plusieurs équipes ont largement décrit leur expérience de pédopsychiatre ou psychologue de formation ou d'orientation psychanalytique avec les enfants porteurs de troubles des apprentissages. Sollicités par les rééducateurs et les pédagogues, les psychiatres et psychanalystes se sont intéressés au fonctionnement psychique dans lequel s'inscrivaient les difficultés d'apprentissage de l'enfant afin de mieux cerner les approches thérapeutiques à proposer. Les études utilisant les tests projectifs dans des populations d'enfants dyslexiques ne montrent pas une organisation univoque de la personnalité de ces enfants comparés à des témoins sans dyslexie, excluant une relation unique de causalité entre personnalité et dyslexie. Néanmoins, lorsque l'enfant et sa famille sont en souffrance, et/ou lorsque la rééducation ne donne pas les résultats escomptés, l'analyse du développement psychique de l'enfant et de ses interactions avec son environnement, en utilisant les approches psychanalytiques, peut venir compléter l'approche cognitive. Ces deux approches peuvent, à condition que l'une n'exclue pas l'autre, permettre une prise en charge de l'enfant dans sa globalité et sa diversité.

Théories explicatives de la dyslexie : la théorie phonologique

Parmi les hypothèses explicatives de la dyslexie, la théorie phonologique est largement étayée par des travaux expérimentaux.

Le fondement de la théorie phonologique repose sur le fait que la lecture est une activité langagière. Cette théorie s'appuie sur le constat que la langue écrite, qui s'est mise en place après la langue orale dans la phylogenèse (le développement de l'espèce humaine) se met également en place après la langue orale dans l'ontogenèse (le développement de l'individu). De plus, quel que soit le système d'écriture, la langue écrite est, de façon intrinsèque, un système second par rapport à l'oral : même si la perception de l'écrit dépend de la vision alors que celle de l'oral dépend de l'audition, le lecteur peut donc toujours avoir accès à la forme sonore des mots qu'il lit. Enfin, la théorie phonologique s'appuie sur la définition de la dyslexie, qui est un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture ne résultant pas, entre autres, de déficiences sensorielles avérées.

Quel que soit le système d'écriture, le mot est une unité de base de l'écrit. Cela peut expliquer pourquoi les compétences spécifiques à la lecture se situent au niveau des procédures d'identification des mots écrits. Le développement d'automatismes dans cette identification permet à l'enfant d'atteindre un niveau de compréhension écrite égal à celui de sa compréhension orale, en le dégageant du poids d'un décodage lent et laborieux. Dans une écriture alphabétique, cette identification peut être obtenue soit par le décodage, qui s'appuie sur les correspondances grapho-phonémiques, soit par la

procédure lexicale, qui s'appuie sur les mots. Toutefois, le décodage ne renvoie pas seulement à la lecture laborieuse du débutant : le lecteur expert peut en effet identifier en quelques centaines de millisecondes des mots qu'il ne connaît pas. D'autre part, la procédure lexicale n'est ni une procédure globale ni une procédure purement visuelle. En effet cette procédure, qui ne s'appuie pas sur la silhouette des mots écrits (leur forme globale) permet à l'expert d'avoir accès également en quelques centaines de millisecondes, à leur code visuel, mais aussi à leur code phonologique et sémantique.

L'hypothèse phonologique part du constat que les performances en lecture des dyslexiques sont notoirement faibles quand ils ne peuvent pas s'appuyer sur leurs connaissances lexicales, en l'occurrence quand ils doivent décoder des mots rares ou des mots qui n'existent pas (des pseudo-mots). Un tel déficit a été relevé de façon convergente dans les études de groupes indifférenciés de dyslexiques, y compris par rapport à des enfants plus jeunes de même niveau de lecture. En outre, ce déficit, qui est plus marqué quand les dyslexiques sont confrontés à une écriture opaque, se note principalement par la lenteur de la réponse lorsque l'orthographe est transparente. Enfin, les études qui ont examiné des sujets ayant des profils différenciés de dyslexie indiquent que les habiletés phonologiques de lecture des dyslexiques phonologiques, sont inférieures à celles d'enfants plus jeunes mais de même niveau de lecture. Ces résultats suggèrent que le déficit de la procédure phonologique de lecture est robuste et prévalent.

L'hypothèse phonologique classique explique les difficultés de lecture des dyslexiques par la faiblesse de leurs habiletés phonologiques en dehors de la lecture, entre autres, en analyse phonémique et en mémoire à court terme phonologique. Ces déficits peuvent entraver le décodage vu que, pour utiliser cette procédure, il faut mettre en correspondance les graphèmes avec les phonèmes, ce qui implique des capacités d'analyse phonémique. Il faut ensuite assembler les unités résultant du décodage pour accéder aux mots, ce qui nécessite un recours à la mémoire phonologique à court terme. Plus récemment, des déficits d'accès au lexique oral ont été relevés chez les dyslexiques. Partant de ce constat, certains chercheurs assument que l'origine des déficits en lecture des dyslexiques serait double : l'une reliée aux compétences d'analyse et de mémoire phonologique, l'autre reliée à l'accès lexical, généralement évaluée par le temps de réponse dans des tâches de dénomination rapide d'images d'objets ou de couleurs. Cette hypothèse est étayée par le fait que la réussite à ce type de tâches explique une part unique de la variance en lecture, en plus de celle expliquée par les capacités phonologiques. De plus, les capacités phonologiques et celles de dénomination rapide ne sont pas corrélées aux mêmes compétences de lecture, les premières expliquant la précision de la réponse, les secondes le temps de traitement. Ces résultats peuvent toutefois être dus au type de mesure utilisé (précision pour les tâches phonologiques, temps de traitement pour les autres), et non au type de tâche. Il est actuellement admis que les tâches de dénomination

rapide évaluent des compétences phonologiques qui, lorsque l'enfant utilise surtout le décodage, lui permettraient d'accéder rapidement et précisément au mot oral qui correspond à la chaîne de lettres qu'il a décodée.

L'hypothèse phonologique classique est robuste : dans la plupart des études de groupes, des déficits phonologiques ont été relevés chez les dyslexiques et dans les études qui ont examiné les données individuelles, un déficit phonologique a été identifié dans la majorité des cas de dyslexie. Enfin, ces capacités phonologiques sont les seules qui expliquent les performances en lecture des dyslexiques, qu'il s'agisse de leurs performances concomitantes (mises en évidence par des analyses de régression) ou futures (mises en évidence dans des études longitudinales). En outre, des dysfonctionnements neuronaux ont principalement été relevés dans les aires cérébrales impliquées dans le traitement du langage (aires périsylviennes gauche), ces dysfonctionnements se manifestant surtout par des hypo-activations des aires dédiées aux traitements phonologiques, ce qui est un argument fort à l'appui de cette hypothèse. Dans ces études toutefois, le facteur « phonologie » intègre des capacités diverses. Les déficits dans ces différents domaines pourraient, en fait, s'expliquer par un facteur sous-jacent, soit un déficit des traitements auditifs rapides, soit un déficit de discrimination des phonèmes.

L'hypothèse auditive stipule que le déficit phonologique des dyslexiques provient d'une déficience de perception auditive affectant le traitement des sons brefs et des transitions temporelles rapides, qu'il s'agisse ou non de sons du langage. En l'état actuel de la recherche, les troubles auditifs, lorsqu'ils sont présents, ne semblent pas liés à la rapidité de la succession des stimuli, pas plus qu'à leur ordre d'apparition. De plus, par rapport aux déficits phonologiques classiques, ces déficits ne sont pas fréquents. Enfin, ils ne permettent pas d'expliquer le déficit des compétences de lecture des dyslexiques d'après les analyses de corrélation et de régression.

Une autre hypothèse est que les dyslexiques auraient des difficultés de discrimination des phonèmes. Cette explication s'appuie sur le fait que, pour relier les graphèmes aux phonèmes, il faut non seulement pouvoir isoler les phonèmes, mais il faut également bien les discriminer. Si de nombreux travaux ont porté sur les liens entre apprentissage de la lecture et la première capacité (évaluée par des tâches de comptage ou de suppression de phonème), peu ont évalué l'incidence de la qualité des représentations phonémiques sur cet apprentissage. Or, le phonème est le résultat d'un découpage arbitraire et spécifique à une langue. En effet, d'une part, dans un continuum acoustique, on catégorise, ce qui veut dire que l'on perçoit toute une gamme de sons acoustiquement différents comme /p/ et d'autres comme /t/ ou /k/. D'autre part, le répertoire des phonèmes diffère d'une langue à l'autre, le phonème étant l'unité minimale qui permet de différencier deux mots. Ainsi, /b/ et /v/ sont deux phonèmes différents en français, qui permettent de distinguer « bol » de « vol », mais pas en espagnol. En revanche, /r/ simple et /r/ roulé sont deux phonèmes différents en espagnol permettant de

distinguer « pero » (« mais ») de « perro » (« chien ») alors qu'en français, ces deux /r/ ne sont que des variantes dialectales, des allophones, d'un même phonème. Il a été montré que le nouveau-né perçoit différentes oppositions phonétiques susceptibles d'intervenir dans les langues du monde. En fonction de son environnement linguistique, ce répertoire va très rapidement se restreindre aux catégories phonémiques utiles pour traiter sa langue, ce qui implique un processus de sélection, et de restructuration, des catégories phonétiques initiales. C'est ce processus qui n'aurait pas été bien mené à terme chez les futurs dyslexiques, tout au moins chez certains d'entre eux.

De fait, les études disponibles indiquent que les catégories phonémiques des dyslexiques ne sont pas aussi bien spécifiées que celles des normolecteurs. En effet, ils discriminent moins bien des phonèmes appartenant, dans leur langue, à différentes catégories phonémiques. En revanche, ils perçoivent mieux certaines différences phonétiques qui ne sont pas utiles pour traiter leur langue (on parle de perception allophonique). Ce double déficit, qui ne proviendrait pas de déficiences des mécanismes auditifs, peut n'avoir que des conséquences mineures sur l'acquisition de la langue orale. L'accès au lexique mental peut en effet s'opérer à partir de représentations allophoniques, quoique de manière moins économique que s'il s'effectue à partir de représentations phonémiques, au moins en termes de volume d'information à traiter. En revanche, ce type de déficit peut gravement entraver l'acquisition du langage écrit : pour relier les graphèmes aux phonèmes correspondants, il faut des catégories phonémiques bien spécifiées. Ces résultats peuvent expliquer les difficultés d'analyse phonémique mais aussi celles de mémoire à court terme phonologique, dues à l'accroissement de la charge mnésique provenant d'un répertoire phonologique élargi, allophonique plutôt que phonémique. Ils peuvent aussi expliquer les difficultés d'accès au lexique, en particulier celles mises en relief par les tâches de dénomination sérielle rapide, d'où la possibilité d'un syndrome sous-jacent aux différents déficits intégrés dans le cadre de l'explication phonologique classique de la dyslexie.

Les résultats obtenus dans des tâches de discrimination phonémique apportent des arguments nouveaux à l'appui de l'hypothèse explicative de la dyslexie par un déficit phonologique. Des études complémentaires sont toutefois nécessaires, pour évaluer, d'une part, la fréquence de ces déficits, d'autre part, leur pouvoir explicatif ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec les déficits phonologiques classiques (entre autres, déficits de segmentation phonémique et de mémoire à court terme phonologique).

Les dimensions visuelles de la dyslexie

Une autre hypothèse explicative de la dyslexie porte sur les dimensions visuelles. Apprendre à lire nécessite de mettre en relation une information

orthographique issue de l'analyse visuelle de la séquence du mot écrit et une information phonologique dérivée du traitement auditif de la séquence orale correspondante. De nombreuses études se sont intéressées à la nature des traitements visuels impliqués dans cet apprentissage et ont fait l'hypothèse que certains dysfonctionnements des traitements visuels pourraient induire des troubles dyslexiques.

Les travaux menés dans ce cadre suggèrent que certains dyslexiques présentent effectivement un déficit des traitements visuels (indépendamment de toute atteinte perceptive). Il est important de noter cependant que ces troubles visuels ne sont jamais mis en évidence sur la base d'épreuves cliniques mais nécessitent le recours à des épreuves psychophysiques informatisées.

Les résultats d'un certain nombre d'études expérimentales et neurophysiologiques plaident en faveur d'une atteinte du système visuel magnocellulaire chez les personnes (adultes ou enfants) présentant une dyslexie développementale. Cette conclusion est basée sur la mise en évidence dans certaines études d'un trouble de la sensibilité aux faibles fréquences spatiales et aux hautes fréquences temporelles ainsi qu'une sensibilité réduite aux points en mouvement : les dyslexiques sont moins performants que les normolecteurs pour détecter le mouvement d'un ensemble de points ; ils ont une moindre discrimination de la différence de vitesse entre deux cibles en mouvement. Certaines recherches ont par ailleurs montré l'existence de corrélations entre les performances obtenues sur les épreuves visuelles psychophysiques et diverses mesures de lecture. Par ailleurs, l'hypothèse magnocellulaire, initialement limitée au système visuel, a peu à peu évolué pour tendre vers l'hypothèse d'un trouble amodal des systèmes magnocellulaires : les enfants dyslexiques auraient du mal à traiter les informations temporelles rapides dans l'une ou l'autre modalité (visuelle ou auditive) suite à l'atteinte conjointe des systèmes magnocellulaires visuels et auditifs. Des résultats d'études expérimentales et neurophysiologiques semblent conforter cette hypothèse et ainsi rendre compte de la co-occurrence chez certaines personnes dyslexiques de troubles à la fois phonologiques et visuels.

Cependant, l'hypothèse magnocellulaire est aujourd'hui controversée. Les limites méthodologiques de certaines études ayant conclu à un déficit visuel magnocellulaire ont été soulignées et l'hypothèse souffre d'un manque de duplication des résultats. L'hypothèse amodale doit également être reconsidérée à la lumière des résultats suggérant que seule une faible proportion de dyslexiques porteurs de trouble phonologique présente à la fois des difficultés de traitement des sons de parole et des difficultés de traitement visuel magnocellulaire. Cependant, les recherches menées dans ce cadre ont conduit à entrevoir l'extrême complexité de ce type de trouble dont on peut penser aujourd'hui qu'il se manifeste dans certaines conditions expérimentales particulières qui restent encore largement à définir et qu'il ne s'observe que dans une sous-population d'enfants dyslexiques, elle-même non clairement identifiée.

Les études les plus récentes suggèrent notamment que le trouble magnocellulaire pourrait ne se manifester que lorsque la tâche implique un traitement attentionnel spécifique. Ceci rejoint les résultats d'un certain nombre d'autres travaux montrant l'existence de troubles de l'attention visuelle en contexte dyslexique. Des difficultés de focalisation attentionnelle, de désengagement attentionnel et des problèmes d'orientation automatique de l'attention se traduisant par un phénomène de mini-négligence gauche ont notamment été décrits chez les dyslexiques. Cependant, l'hypothèse d'un trouble de l'attention visuelle tout comme l'hypothèse d'une atteinte magnocellulaire se heurte au fait que ces déficits ont été le plus souvent rencontrés en association avec les troubles phonologiques. Ainsi, les troubles de l'attention visuelle seraient à replacer dans le contexte d'un trouble amodal des traitements attentionnels, s'étendant aux modalités auditives et peut être également haptiques en plus de la modalité visuelle. Il est important de noter cependant que les déficits mis en évidence chez les dyslexiques ne se situent pas pour autant dans le contexte d'un trouble attentionnel général (TDAH par exemple). Peu d'études ont par ailleurs apporté des éléments explicitant le lien entre déficit de l'attention visuelle et profils de lecture des enfants dyslexiques.

Le plus souvent, les dysfonctionnements visuels ou de l'attention visuelle ont été décrits dans le contexte de troubles phonologiques. Des travaux récents suggèrent cependant qu'une forme particulière de dysfonctionnement, un trouble de l'empan visuo-attentionnel, pourrait être associée à certaines dyslexies et s'observer indépendamment de toute atteinte phonologique. La notion d'empan visuo-attentionnel renvoie au nombre de lettres qui peuvent être traitées simultanément au sein de la séquence du mot lors de chaque fixation. Une réduction de l'empan visuo-attentionnel a été mise en évidence dans certains cas de dyslexie de surface sans trouble phonologique associé. Des études de groupes suggèrent que le nombre d'enfants présentant ce type de déficit serait, tant dans la population anglophone que francophone, au moins égal au nombre d'enfants présentant un trouble phonologique isolé. Les études devront être poursuivies afin de tester l'hypothèse d'une relation causale entre déficit de l'empan visuo-attentionnel et trouble d'apprentissage de la lecture.

Tous les professionnels s'accordent pour dire que le diagnostic de dyslexie ne peut être posé qu'après avoir vérifié l'absence de trouble de la perception visuelle : un examen ophtalmologique s'impose donc de façon à estimer l'acuité de l'enfant et éliminer tout problème de type hypermétropie, myopie ou astigmatisme. Il convient également d'interroger l'enfant quant aux sensations éprouvées lors de la lecture. Certains enfants dyslexiques ont l'impression que les lettres bougent et se chevauchent pendant la lecture. Ceci traduirait une instabilité du contrôle binoculaire. Tout témoignage de ce type ainsi qu'un certain nombre de signes d'alerte (erreurs visuelles, difficultés à suivre les lignes, problème de sauts de lignes) doivent conduire à

demander des examens complémentaires (examen orthoptique et évaluation des capacités de convergence de l'enfant). L'examen clinique doit également s'assurer de l'absence de troubles oculo-moteurs (type nystagmus ou exophtorie par exemple). Des propositions de prise en charge telles que le port de verres de couleur, le port de prismes ou l'occlusion temporaire d'un œil ne font pas l'unanimité, ni parmi les chercheurs ni parmi les cliniciens spécialistes de la vision. Force est de constater que ces « traitements » manquent encore de validations solides et de cadre théorique explicatif convaincant. Nous manquons également d'outils pour le diagnostic clinique des troubles magnocellulaires ou visuo-attentionnels. Les recherches devront également être poursuivies afin de développer les entraînements nécessaires à la prise en charge de ces troubles.

L'hypothèse cérébelleuse

Toujours, pour tenter de rendre compte de la complexité des symptômes cliniques observés, et en particulier de l'association fréquente, au sein des troubles des apprentissages, de déficits touchant des domaines aussi divers que la lecture, le langage, le calcul, et même les systèmes sensori-moteurs, les scientifiques ont recherché des explications et proposé des modèles tendant à extraire les caractéristiques communes aux divers domaines perturbés.

C'est ainsi que certaines associations rencontrées chez le dyslexique ont attiré l'attention des chercheurs : un retard dans les étapes du développement moteur, des troubles de nature séquentielle et temporelle (dire l'heure, se rappeler les mois de l'année), et surtout la présence de troubles de la coordination motrice et de troubles de l'équilibre, tous ces éléments évoquant une dysfonction du cervelet. Cet organe, longtemps considéré comme jouant un rôle purement moteur, a fait l'objet de travaux récents montrant en fait son implication dans de nombreux processus cognitifs et dans les apprentissages en général.

Plusieurs éléments expérimentaux sont venus à l'appui d'une théorie essentiellement basée sur l'intuition clinique : en premier lieu, des travaux anatomiques, sur le cerveau humain *post-mortem* et à l'aide de diverses méthodes d'imagerie ont pointé une anomalie au niveau du cervelet chez le dyslexique.

Assez paradoxalement, c'est une étude démontrant une hypoactivation cérébelleuse lors de tâches purement motrices (apprentissage d'une série de mouvements des doigts) chez l'adulte dyslexique, qui a véritablement fait connaître la théorie cérébelleuse. En revanche, bien que le cervelet soit classiquement activé lors de la lecture chez le sujet normolecteur, il n'a pratiquement jamais été publié de déficit d'activation du cervelet lors de la lecture chez le dyslexique.

De fait, le cervelet peut affecter la lecture de différentes manières. Il est impliqué dans le contrôle des mouvements oculaires, dans l'attention visuo-spatiale, dans la vision périphérique, tous ces aspects étant des composantes essentielles de la lecture. En tant que structure cruciale dans la gestion du temps par le cerveau, le cervelet peut contribuer aux problèmes de coordination sensori-motrice et d'intégration intersensorielle observés chez les dyslexiques.

Selon ses défenseurs, la théorie cérébelleuse suppose que le déficit est présent très précocement, dès la naissance, et va interférer avec la mise en place normale des aptitudes tant auditives qu'articulatoires nécessaires à la constitution du système phonologique, comme aux aptitudes visuelles telles que les mouvements oculaires et la reconnaissance des lettres, donnant lieu à la fois aux difficultés phonologiques et orthographiques caractéristiques de l'enfant ou de l'adulte dyslexique.

Mais, aussi séduisante soit-elle, cette théorie a été vivement critiquée ces dernières années. Ses détracteurs remarquent tout d'abord que les troubles moteurs sont loin d'être la règle chez tous les dyslexiques, et que beaucoup d'entre eux, même avec des difficultés majeures dans l'apprentissage de la lecture, n'ont manifesté aucune difficulté motrice, voire même se sont montrés très tôt particulièrement doués pour les activités motrices, qu'il s'agisse de motricité proximale et d'équilibre ou de motricité distale. Certains ont même proposé que les troubles moteurs parfois observés chez les dyslexiques ne soient qu'un artéfact lié à la comorbidité avec des troubles d'hyperactivité. Alors que plusieurs études ont ainsi minimisé l'incidence de tels troubles moteurs, au moins deux études récentes, utilisant des dispositifs sophistiqués de mesure de l'équilibre et de la posture, ont apporté des arguments positifs pour soutenir l'hypothèse cérébelleuse. Les dyslexiques étaient ainsi significativement moins aptes que les témoins à tenir en équilibre sur un pied, en particulier les yeux ouverts, et leur performance dans l'épreuve posturale était corrélée à leur performance en lecture et en orthographe. Enfin, si, comme cela a été signalé, les troubles de type cérébelleux sont moins fréquents chez des adultes que chez des enfants dyslexiques, cela signifie peut-être que les déficits initialement observés chez l'enfant se stabilisent durant l'adolescence pour ne plus apparaître une fois le dyslexique devenu adulte. En définitive, il est très peu probable que l'on puisse expliquer la dyslexie par un dysfonctionnement du cervelet. En revanche, les arguments sont suffisamment nombreux pour inciter à inclure le cervelet parmi les systèmes cérébraux qui sont perturbés chez le dyslexique, ou du moins pour une partie d'entre eux. En tout état de cause, l'hypothèse cérébelleuse aura eu le mérite de proposer une alternative plausible aux thèses faisant du trouble de la lecture le seul objet d'intérêt des chercheurs et d'avoir ouvert la voie à une véritable prise en compte des comorbidités dans l'explication de la dyslexie.

L'hypothèse du traitement temporel

Non sans rapport avec la théorie cérébelleuse, une hypothèse avait été proposée il y a plus de 30 ans par une scientifique américaine Paula Tallal, sous l'appellation de « théorie du déficit du traitement temporel ». L'enfant dyslexique, et plus généralement l'enfant souffrant de trouble spécifique d'apprentissage, a très souvent des problèmes avec le temps en général, qu'il s'agisse de la gestion des aspects temporels liés à la réalisation des actes quotidiens, de la conscience et/ou la perception de la durée d'événements, ou encore de la discrimination d'événements brefs, tels que ceux constitutifs de la parole humaine. De très nombreuses études, utilisant des approches diverses, se sont penchées sur cette étrange caractéristique, dans le but de trouver un point commun entre cette dernière et les difficultés d'apprentissage.

Selon la théorie initialement proposée par Tallal, le cerveau des enfants souffrant de troubles du langage oral et écrit serait constitutionnellement incapable de traiter spécifiquement les stimuli de son environnement qui possèdent des caractéristiques de brièveté et de succession rapide, qui sont précisément les deux caractéristiques de la parole humaine. Cette constatation prend tout son sens lorsqu'on observe les confusions auditives que font beaucoup d'enfants dyslexiques, entre des phonèmes acoustiquement proches, en particulier les paires telles que /t/-/d/; /ch/-/j/... qui semblent particulièrement difficiles à discriminer par le système auditif du dyslexique. Parmi les épreuves permettant de mettre en évidence le déficit du traitement auditif temporel, le « *repetition test* » de Tallal est sans doute le plus largement utilisé. Il consiste à présenter au sujet des paires de sons différents donnés dans un ordre aléatoire que l'enfant doit reproduire par l'appui successif sur deux touches de l'ordinateur. En faisant varier l'intervalle entre les deux sons, depuis quelques millisecondes, jusqu'à quelques secondes, on s'aperçoit que le sujet dyslexique éprouve d'importantes difficultés à en reproduire l'ordre, mais seulement pour les intervalles brefs, en dessous de 150 millisecondes. Au-delà, sa performance rejoint celle des témoins non dyslexiques. Ce trouble du jugement d'ordre temporel est présent chez les enfants souffrant de troubles du langage en général, mais également chez une partie au moins de ceux souffrant de dyslexie. En outre, le même effet peut être démontré chez le dyslexique en utilisant des paires de syllabes telles que /ba/-/pa/ ou /da/-/ga/. Un vaste débat s'est instauré autour de ce simple test, entre les tenants de l'hypothèse temporelle, qui en font la preuve que le dyslexique souffre d'une difficulté d'ordre à la fois perceptive et temporelle, et ses détracteurs, qui soulignent que cet effet n'est pas présent chez tous les dyslexiques, et surtout qu'il varie selon le caractère linguistique ou non des stimuli : si l'on propose aux enfants une tâche de jugement d'ordre temporel (JOT) utilisant des paires de phonèmes plus faciles à discriminer, le déficit disparaît ; de même si l'on utilise des stimuli faits de parole artificielle.

Une autre considération importante a trait à l'éventuelle hétérogénéité des concepts sous-tendus par le terme « déficit temporel ». En effet, si le JOT a été le plus étudié, et en général retrouvé déficitaire chez le dyslexique, il a été rarement mis en relation avec d'autres aspects du traitement temporel, comme par exemple le jugement de durée relative d'un stimulus. Par ailleurs, il est important de s'interroger sur les liens entre l'éventuel trouble temporel et l'intensité du trouble phonologique, considéré comme le mécanisme crucial dans l'apprentissage de la lecture. Une étude récente a démontré que le déficit du JOT est corrélé de manière significative avec le trouble phonologique, de même qu'une mesure de jugement de durée d'un stimulus auditif. Toutefois, les deux déficits ne sont pas inter-corrélés, suggérant qu'il s'agit de deux dimensions séparables du déficit temporel.

Un autre postulat de la théorie temporelle prédit que le déficit doit se retrouver dans différentes modalités. Plusieurs travaux, dont une étude de l'équipe même de Tallal, ont démontré que des dyslexiques éprouvent des difficultés à discriminer deux stimuli dans la modalité tactile (identifier lequel de deux doigts d'une même main étaient touchés simultanément). Plus récemment, divers travaux ont mis en évidence chez le dyslexique des déficits de jugement d'ordre de stimuli visuel et tactiles, y compris chez le même individu, ce qui conforte l'idée d'un trouble supra-modal, c'est-à-dire indépendant de la modalité sensorielle. Enfin, plusieurs auteurs ont récemment insisté sur une difficulté particulière chez le dyslexique à discriminer des stimuli non plus seulement dans plusieurs systèmes perceptifs chez un même sujet, mais dans des tâches impliquant la confrontation de plusieurs modalités dans une même tâche, réalisant une condition de transfert inter-modalitaire.

Tant chez des enfants que des adultes dyslexiques, ces protocoles ont mis en évidence des différences très nettes dans la majorité des combinaisons étudiées. Pour les auteurs, ces résultats permettent d'affirmer qu'au-delà de l'altération multimodalitaire suspectée par Tallal dès les premières formulations de sa théorie, il existe chez le dyslexique un déficit du traitement temporel nécessitant la mise en commun d'informations provenant au cerveau par divers canaux sensoriels. Une étude récente utilisant un paradigme de jugement d'ordre temporel visuel associé à un facilitateur sonore, suggère chez les dyslexiques un problème d'élargissement de la « fenêtre temporelle ». L'extension anormale de cette fenêtre temporelle chez le dyslexique aurait alors pour effet d'altérer les processus dépendant du couplage rapide et précis de deux informations provenant de modalités différentes, comme par exemple ceux mis en jeu lors de la conversion grapho-phonémique.

On voit donc qu'après une période de vive contestation, remettant sérieusement en doute les théories faisant appel à un trouble temporel supra-modal, les recherches les plus récentes, grâce à l'affinement des protocoles expérimentaux, semblent aller à nouveau dans le sens d'un déficit de certains aspects très spécifiques du traitement de l'information sensorielle, en particu-

lier lorsque deux informations différentes doivent être mises en relation. Les caractéristiques temporelles de cette mise en relation pourraient être déterminantes. Ces constatations rappellent en effet une théorie déjà ancienne de l'apprentissage, dite « synapse de Hebb » : lorsque deux neurones A et B sont en situation de proximité et que le neurone A décharge alors que B est activé, alors les liens réciproques entre A et B seront renforcés. À l'inverse, si A décharge alors que B est inactif, même à quelques millisecondes près, les liens entre les deux neurones sont inhibés. Ce principe général, qui a reçu depuis sa première formulation dans les années 1940, diverses confirmations expérimentales, pourrait fort bien s'avérer, d'après les données les plus récentes, un cadre très fructueux pour expliquer diverses constatations encore mal élucidées en matière de troubles des apprentissages.

Dans la modalité auditive, un grand nombre d'études ont utilisé la méthode des potentiels évoqués, particulièrement intéressante dans ce contexte pour ses propriétés de sensibilité temporelle : divers travaux ont montré que le cortex auditif du dyslexique traite de manière imparfaite les stimuli auditifs, avec spécifiquement, au moins dans certains cas, des preuves d'une anomalie de traitement de la succession temporelle des éléments acoustiques composant les unités linguistiques. Ainsi, la différence acoustique entre les phonèmes /ba/ et /pa/, correspondant à la notion de voisement, se traduit au niveau de l'activité électrique enregistrée en regard du cortex auditif, par une différence subtile de la succession temporelle d'événements strictement alignés temporellement avec les événements acoustiques. Chez des adultes dyslexiques, le même stimulus est traité de manière temporellement anarchique, de sorte qu'on ne reconnaît plus au niveau électrique la succession habituelle des différents événements acoustiques. On peut alors présumer qu'une perturbation minime de la simultanéité d'activation des différents éléments cellulaires du système, en réduisant la force de leurs connexions réciproques, serait suffisante pour l'empêcher d'acquérir sa fonction de perception spécifique du voisement, simplement parce que cette dernière est, parmi les caractéristiques de la parole humaine, la plus dépendante de l'organisation temporelle du stimulus.

L'apport de l'imagerie cérébrale

L'approche neurologique des dyslexies dans la recherche contemporaine a été initiée par l'étude fondatrice en anatomo-pathologie de Galaburda et ses collaborateurs, montrant l'existence d'anomalies micro-structurales du cortex péri-sylvien (ectopies et dysplasies) et une réduction de la taille des neurones dans le ganglion géniculé. Ces résultats suggèrent l'existence d'anomalies de la migration et de la maturation neuronale dans certaines zones du cortex essentielles pour l'automatisation des mécanismes de la lecture.

Sur ces bases, des études morphométriques en imagerie par résonance magnétique (IRM) ont eu pour but d'identifier l'existence d'anomalies macroscopiques de la structure du cortex chez les dyslexiques. Menées au sein de régions d'intérêt définies a priori (cortex pariétal, temporal, frontal inférieur, cérébelleux, corps calleux), des anomalies structurales ont été décrites mais sans grande reproductibilité d'une étude à l'autre. Des avancées techniques ont permis des analyses dans tout le volume cérébral : *voxel-based morphometry*, imagerie en tenseur de diffusion. Des résultats obtenus avec cette dernière technique ont identifié des particularités du signal dans une zone de substance blanche sous-jacente à la jonction temporo-pariétale gauche suggérant une connectivité anormale entre ces zones du cortex ; en outre, des corrélations existaient entre l'intensité de l'anomalie et les scores en lecture.

L'imagerie fonctionnelle cérébrale (tomographie par émission de positons ou PET, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ou IRMf) et les techniques électromagnétiques (potentiels évoqués en électro-encéphalographie ou PE, magnéto-encéphalographie ou MEG) ont permis de révéler des anomalies d'activité de régions impliquées dans la lecture et les autres processus cognitifs associés, chez les sujets dyslexiques par rapport à des normo-lecteurs. Il faut noter cependant que ces expérimentations sont sensibles à de nombreux biais expérimentaux susceptibles de rendre compte de discordances entre études.

Dans le domaine électrophysiologique, des anomalies ont été rapportées aussi bien dans les composantes précoces que tardives, en fonction des paradigmes expérimentaux et des modalités explorées, visuelle ou auditive.

Dans le domaine de l'imagerie TEP ou IRMf, l'anatomie fonctionnelle normale de la lecture de mots isolés comprend 3 zones majeures : la jonction temporo-occipitale gauche, la jonction temporo-pariétale gauche, l'aire de Broca. L'activation de ces 3 régions est anormale chez le sujet dyslexique, de même que la connectivité fonctionnelle de ces régions entre elles. Les deux régions temporales et/ou pariétales sont très généralement hypofonctionnelles, ce qui a été confirmé par des études en MEG. Une hyper-activation de l'aire de Broca chez les patients a souvent été considérée comme le témoignage d'une compensation prémotrice de déficits du cortex postérieur. Des effets compensateurs ont été invoqués également pour rendre compte des activations plus importantes chez les dyslexiques dans le cortex périsylvien droit.

Ces résultats chez l'adulte ont été largement confirmés par les études en IRMf et en MEG chez l'enfant. Au total, ils suggèrent une anomalie de la connectivité au sein des circuits temporo-pariéto-frontaux qui sous-tendent le langage et particulièrement le circuit sous-jacent à la boucle phonologique en mémoire de travail ainsi que l'interaction entre les « circuits dorsal et ventral de la lecture ».

Les nombreuses hypothèses physiopathologiques concernant l'origine des dyslexies ont toutes reçues un support empirique d'études de neuro-imagerie confirmant l'existence d'effets différentiels prédits. Ces hypothèses peuvent être classifiées en deux types. Le premier type suppose l'existence d'un déficit affectant des représentations phonologiques ou lexicales stockées en mémoire à long terme (hypothèse phonologique). Le second type recouvre de nombreuses hypothèses supposant des anomalies diverses dans les processus sensori-moteurs de traitement en temps réel de l'information perceptive.

L'hypothèse phonologique, prédominante, est massivement confortée par l'existence de déficits d'activation de régions péri-sylviennes gauches normalement impliquées dans l'analyse phonologique et la mémoire de travail phonologique.

Certaines études ont suggéré un dysfonctionnement des voies visuelles magnocellulaires mais d'autres ont montré que ces effets n'étaient mis en évidence que sous certaines contraintes expérimentales. Dans le domaine auditif, plusieurs travaux ont montré un déficit dans le traitement, de type magnocellulaire, des variations acoustiques ou linguistiques rapides. Cependant, des données récentes suggèrent que ces effets n'existent que dans des sous-groupes de sujets et ils ne concernent que certains secteurs (prémoteurs gauches) du cortex, d'autres secteurs (supra-marginal gauche) montrant une hypoactivation constante quel que soit le rythme de variation du signal de parole.

Enfin, des anomalies d'activation du cortex cérébelleux droit ont été observées au cours de tâches d'apprentissage d'une séquence de mouvements des doigts.

Les techniques de neuro-imagerie ont été appliquées plus récemment à l'étude des corrélats cérébraux des améliorations des performances induites par diverses méthodes d'intervention ou d'entraînement intensif dans des groupes d'enfants dyslexiques. La plus grande influence sur les performances et les signaux neurofonctionnels d'une intervention phonologique intensive par rapport à une prise en charge conventionnelle a été montrée dans certaines de ces études. Dans d'autres travaux, des corrélations positives étaient retrouvées entre l'accroissement du signal d'activation en IRMf dans les régions temporo-pariétale gauche et frontale droite et les améliorations des scores en langage et phonologie, sans généralisation au score de lecture. Les différentes techniques d'imagerie fonctionnelle sont certes suffisamment sensibles pour mettre en évidence des modifications de l'activité cérébrale après des remédiations, mais la spécificité des mécanismes à l'origine des effets obtenus tant au niveau cognitif que cérébral doit être discutée.

Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle ou anatomique ont montré jusqu'à maintenant des corrélats neurologiques aux troubles cognitifs. Toutefois, le sens de cette causalité pourra être précisé par des études longitudinales débutées chez l'enfant jeune. Elles permettront de distinguer les effets

d'anomalies cérébrales présentes d'emblée de celles résultant de l'adaptation au handicap.

Enfin, l'imagerie cérébrale fonctionnelle pourrait avoir un rôle dans l'identification très précoce de profil d'activité cérébrale faisant prédire la survenue d'un handicap d'apprentissage de la lecture, particulièrement au sein de famille « à risque » génétique du développement de ce trouble. Une interrogation éthique autour de cet axe de recherche est à mener en raison des risques de stigmatisation alors même que les moyens nécessaires à la prise en charge du handicap ne seraient pas assurés.

Les facteurs génétiques

L'hypothèse de la nature familiale de la dyslexie est évoquée depuis longtemps et un faisceau de présomptions rassemblées depuis une vingtaine d'années fait en effet penser que la dyslexie possède une origine génétique.

Le meilleur indice d'une composante familiale est l'augmentation du risque chez les apparentés d'un sujet atteint. Il s'agit d'un risque relatif comparant le risque des apparentés d'individus sains au risque du trouble chez les apparentés d'individus malades. On utilise en général les antécédents familiaux du premier degré (parents, frères et sœurs). Pour la dyslexie, le risque de retrouver le trouble chez un apparenté de l'individu atteint est de 8 à 10 fois plus élevé que ce même risque dans la parenté d'un individu non atteint. Cela n'exclut pas l'observation par ailleurs de cas sporadiques, dans la mesure où les mêmes dysfonctionnements cérébraux et cognitifs peuvent survenir *de novo*. L'agrégation familiale suggère, mais ne prouve pas l'origine génétique. En effet, les familles partagent non seulement une partie de leurs gènes, mais également un certain environnement. On peut imaginer que des parents qui ne lisent pas constituent, pour leurs enfants, un environnement peu favorable à l'apprentissage de la lecture.

Ce sont les études de jumeaux qui permettent le mieux d'apprécier le poids des facteurs génétiques par rapport aux facteurs environnementaux. Ces études ont précisément comme objectif de calculer l'héritabilité, c'est-à-dire le pourcentage de la variance expliquée par les facteurs génétiques. On mesure pour cela la concordance des atteintes chez les jumeaux monozygotes et dizygotes. On observe que lorsqu'un jumeau monozygote est dyslexique, la probabilité que l'autre le soit également est d'environ 70 %. En revanche, la probabilité n'est plus que de 45 % pour les jumeaux dizygotes. Comme on peut penser que les jumeaux monozygotes partagent entre eux les mêmes facteurs environnementaux que les jumeaux dizygotes, la différence de concordance s'explique donc par le fait que les jumeaux monozygotes sont similaires génétiquement à 100 % alors que les jumeaux dizygotes ne le sont qu'à 50 % (pour les gènes qui varient) ; les données de concor-

dance permettent ainsi de calculer l'héritabilité. Ceci ne signifie pas pour autant une relation causale directe. On peut supposer qu'une modification de l'environnement de deux vrais jumeaux, pendant leur développement intra-utérin ou lors de la période périnatale puisse entraîner un effet identique après la naissance, par une réponse similaire à une modification de l'environnement. Ces hypothèses mériteraient des travaux dans le domaine de la dyslexie.

L'héritabilité de la dyslexie est comprise entre 50 et 65 % d'après les plus grandes études sur les jumeaux. Des données similaires ont été collectées concernant les difficultés en mathématiques, aboutissant à une héritabilité d'environ 50 %. En ce qui concerne la dysorthographe, les études génétiques ne l'ont en fait pas vraiment distinguée de la dyslexie, beaucoup d'études utilisant des mesures d'orthographe aussi bien que de lecture pour définir le phénotype. Pour l'instant, aucune étude n'a recherché des facteurs génétiques qui pourraient distinguer dyslexie et dysorthographe.

Toutes ces données permettent d'établir qu'il y a bien une contribution génétique aux troubles spécifiques des apprentissages, mais n'identifient pas les facteurs génétiques et n'expliquent pas leur mode d'action. C'est le rôle des études de génétique moléculaire et de neurogénétique. Pour l'instant, de telles études n'ont commencé à produire des résultats que dans le cas de la dyslexie. En ce qui concerne les autres troubles spécifiques des apprentissages, la recherche en génétique moléculaire en est encore à ses balbutiements.

Dans le cas de la dyslexie, de nombreuses analyses de liaison génétique ont montré des régions chromosomiques transmises par les parents significativement plus souvent aux enfants avec troubles qu'aux enfants sans trouble. Le lien entre la dyslexie et des régions sur les chromosomes 1, 2, 3, 6, 15 et 18 a été rapporté par des équipes indépendantes dans plusieurs études. La multiplicité des sites chromosomiques identifiés suggère que les troubles spécifiques des apprentissages sont, dans la plupart des cas, des déficits ayant une composante génétique complexe dans laquelle plusieurs gènes sont impliqués.

Les régions chromosomiques liées indiquent les régions du génome au sein desquelles se trouvent très probablement des gènes associés à la dyslexie. Néanmoins, ces régions peuvent abriter des centaines de gènes, qui sont catalogués mais qui pour la plupart n'ont jamais été étudiés. Il y a donc un fossé énorme entre l'identification d'une région liée, et l'identification au sein de cette région, d'un gène associé. Les progrès de la génétique moléculaire permettent de réduire de jour en jour ce fossé.

Au sein de ces six régions, quatre gènes candidats ont été proposés. Deux d'entre eux (*DYX1C1*, *ROBO1*) présentent des mutations chez des cas ou familles rares, mais on ne sait pas si des allèles de ces gènes augmentent le risque de formes plus courantes de dyslexie. Pour les deux autres (*KIAA0319* et *DCDC2*), des haplotypes de susceptibilité au sein de grandes populations

ont été proposés. Ces haplotypes restent néanmoins à confirmer. Hormis les cas rares de mutation radicale invalidant la fonction de la protéine (DYX1C1 dans une famille finlandaise), il semble que les allèles de susceptibilité produisent leurs effets par une altération de l'expression de la protéine (certains haplotypes sont d'ailleurs situés dans des régions régulatrices). Néanmoins, les données d'expression restent fragmentaires et demandent à être confirmées.

Le résultat le plus remarquable sur les propriétés fonctionnelles de ces gènes provient des études sur l'animal en cours de développement. Ces études montrent que les quatre gènes candidats pour la dyslexie sont impliqués dans la migration des neurones au cours du développement cérébral, trois dans la migration radiaire des corps cellulaires vers le cortex, et un (*ROBO1*) dans la migration des axones et des dendrites. Il paraît peu probable qu'une telle convergence de fonctions soit due au hasard. De plus, ces résultats permettent d'établir un lien entre les gènes associés à la dyslexie et les anomalies cérébrales qui ont été observées dans les cerveaux de certaines personnes dyslexiques.

Il est important de souligner que, si l'usage en génétique veut qu'on désigne ces gènes comme des « gènes de la dyslexie », il s'agit là d'un abus de langage, en fait d'un raccourci pour désigner des « gènes dont certains allèles augmentent le risque de dyslexie ». Il va de soi qu'aucun de ces gènes n'est spécifique à la dyslexie, et qu'il ne s'agit pas non plus de gènes de la lecture, ni même du langage oral. Comme presque tous nos gènes, ceux-ci existent dans des formes voisines chez les autres mammifères, voire même chez la drosophile (*ROBO1*). Ces gènes exercent, chez tous ces animaux, des fonctions multiples, et sont d'ailleurs exprimés dans de nombreux organes différents au cours du développement et de la vie. Ce qui les relie plus spécifiquement à la dyslexie, c'est le fait d'être aussi impliqués dans un stade particulier du développement cérébral, et notamment dans la mise en place de certaines aires cérébrales qui seront bien plus tard recrutées par l'apprentissage de la lecture.

Dans certains cas rares, il semble qu'une mutation d'un gène unique soit suffisante pour provoquer la dyslexie. L'identité du gène responsable peut varier d'un cas à l'autre. Le plus souvent, les personnes dyslexiques ne semblent pas porteuses d'une mutation rare, mais plutôt d'allèles de susceptibilité. Ces allèles sont fréquents au sein la population normale, et ne constituent pas en soit une cause suffisante de la dyslexie. Chaque allèle de susceptibilité augmente un peu le risque de dyslexie, le trouble ne se révélant que lors de combinaisons particulièrement défavorables d'allèles de susceptibilité, et/ou d'interactions de ces allèles avec des facteurs non génétiques augmentant également le risque. Un grand nombre de facteurs environnementaux (biochimiques, traumatiques, linguistiques, socio-éducatifs, pédagogiques) peuvent moduler l'expression des facteurs génétiques, positivement ou négativement.

Enfin, il est fort probable que dans un certain nombre de cas, la cause primaire puisse résider dans des facteurs non génétiques, par exemple des facteurs entraînant des anomalies cérébrales à la naissance.

Chaque individu dyslexique possède donc son propre profil cognitif et ses propres particularités cérébrales, qui sont le résultat de la combinaison spécifique de facteurs génétiques dont il est porteur, et des facteurs non génétiques auxquels il a été exposé.

Une analyse critique des différentes théories pour la dyslexie

Il existe une grande diversité de théories explicatives de la dyslexie : théorie du déficit phonologique, théorie du traitement auditif temporel, théories visuelles, théorie cérébelleuse, théorie magnocellulaire... Cette diversité est due à plusieurs facteurs :

- il existe sans doute plusieurs causes distinctes de la dyslexie, et donc plus d'une théorie pourrait être correcte, chacune pour un sous-ensemble de la population dyslexique ;
- la présentation clinique de la dyslexie est complexe, incluant de nombreux symptômes autres que la lecture, notamment phonologiques, auditifs, visuels, spatiaux, moteurs et autres. Chacun de ces symptômes a donné lieu à des spéculations théoriques ;
- la dyslexie est fréquemment comorbide avec d'autres troubles développementaux (trouble du langage oral ou dysphasie, dyspraxie, troubles de l'attention...). Dans les études de groupes, des symptômes d'autres troubles développementaux peuvent ainsi sembler liés à la dyslexie, engendrant de nouvelles hypothèses théoriques.

Cette grande diversité de symptômes associés à la dyslexie ne facilite pas l'identification des causes réelles par rapport aux simples comorbidités. Néanmoins, à l'issue d'un très grand nombre d'études, plusieurs points ressortent clairement.

Une grande majorité d'enfants dyslexiques souffrent d'un déficit cognitif spécifique à la représentation et au traitement des sons de la parole : c'est ce que l'on appelle le déficit phonologique. Ce déficit entrave l'apprentissage, la maîtrise, et l'automatisation de l'usage des relations graphèmes-phonèmes, et par la suite l'ensemble de l'apprentissage de la lecture y compris la voie orthographique ; il n'y a donc en général pas lieu de distinguer dyslexie phonologique et dyslexie de surface.

Une minorité d'enfants dyslexiques semblent présenter des troubles de nature visuelle, à l'exclusion de tout déficit phonologique. Il semble même qu'il existe plusieurs sous-types de dyslexies visuelles. Cependant, les recher-

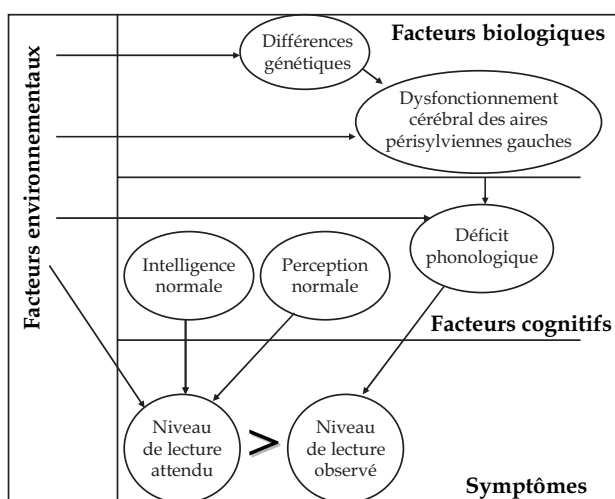
ches empiriques dans ce domaine sont pour l'instant insuffisantes et n'ont pas conduit à des théories suffisamment abouties.

Au niveau des causes neurobiologiques de ces déficits cognitifs, deux grands types d'explications restent envisageables : celles centrées sur les causes biologiques du déficit phonologique, directement responsable du trouble de lecture, et celles cherchant plutôt à rendre compte de l'association à des troubles sensori-moteurs. Les premières postulent une atteinte spécifique du développement précoce des aires périsylviennes gauches impliquées dans l'acquisition du langage. Cette hypothèse a été confortée récemment par des données issues de la génétique. L'origine ultime de la dyslexie pourrait ainsi résider dans un certain nombre d'allèles de susceptibilité sur de multiples gènes. Ces allèles, agissant seuls ou en combinaison, augmentent le risque de perturbation de la migration neuronale dans les aires périsylviennes gauches.

À l'inverse, les hypothèses telles que la théorie cérébelleuse ou la théorie du traitement temporel fournissent une explication plus directe de ces associations comorbides ; en revanche, elles restent encore insuffisamment étayées par les données empiriques et nécessitent de nouvelles études, en particulier concernant leur capacité à rendre compte des liens entre les déficits sensoriels et le trouble de la lecture.

Au-delà de leurs divergences sur les causes neurobiologiques ultimes, ces deux types de théorie convergent sur la présence d'un dysfonctionnement du développement d'aires cérébrales normalement impliquées dans la représentation et le traitement des sons de la parole (la « phonologie »). Ce dysfonctionnement entraîne un déficit cognitif dont les principales manifestations sont une faible conscience phonologique, une faible mémoire verbale à court terme, et une lenteur dans la récupération des représentations phonologiques. Ce déficit cognitif a en général peu d'influence sur l'acquisition du langage oral (sauf très grande sévérité ou troubles de langage additionnels). En revanche, il se révèle pleinement lors de l'acquisition du langage écrit, qui recrute de manière particulièrement intense ces capacités phonologiques. Enfin, les symptômes observés en lecture sont le produit à la fois de ces facteurs cérébraux et cognitifs, et de nombreux facteurs environnementaux parmi lesquels la richesse de l'environnement linguistique (qui influence notamment le vocabulaire), la régularité du système orthographique, la méthode d'enseignement de la lecture, et sans doute d'autres facteurs environnementaux. Le modèle proposé ci-dessous rend compte des interactions qui sont susceptibles de s'établir avec des facteurs environnementaux (traumatismes, carences psycho-affectives, facteurs sociologiques, pédagogiques...) à différents niveaux avec les facteurs biologiques, cognitifs ou encore au niveau de l'expression du symptôme. Ce modèle montre bien qu'un déterminisme exclusivement biologique ou exclusivement environnemental (quelle qu'en soit la nature) n'a aucun sens. Cependant, les travaux de recherche restent à développer dans ce sens. Ils permettraient d'étudier

l'ensemble des facteurs dans un modèle dynamique multi-échelle et multidomaines (bases moléculaires, réseaux neuronaux, psychologie cognitive, psychologie du développement, éducation) pour appréhender les mécanismes de l'apprentissage, du développement, et de leurs dysfonctionnements. Ils permettraient ainsi de mieux comprendre les liens entre les déficits observés au niveau neuronal, en imagerie anatomique ou fonctionnelle et les modèles dynamiques sous-jacents à l'interaction entre les individus (parents-enfants, enseignant-élève). L'objectif de tels travaux tendant à unifier ces différents modèles partiels dans une synthèse commune crédible permettrait enfin au chercheur et au praticien une compréhension des mêmes « symptômes » avec une approche différente et complémentaire.



Représentation schématique des différents facteurs impliqués dans la dyslexie

Le repérage, le dépistage et le diagnostic

Repérage, dépistage et diagnostic se distinguent par des dispositifs, des acteurs et des outils différents. À la différence du dépistage et du diagnostic, le repérage peut ne pas être effectué par des professionnels de santé. L'enseignant, en lien avec les parents, est le plus à même de repérer un enfant qui présente des difficultés d'apprentissage. Au niveau de la maternelle, l'enseignant peut repérer les troubles du langage oral, facteurs de risque de difficultés ultérieures éventuelles dans l'acquisition du langage écrit, ou les difficultés de graphisme ou d'entrée dans le code numérique. À partir du CP, les difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, du calcul et du graphisme peuvent être repérées. L'enseignant est capable de décrire précisément le tableau des acquis et des manques sans toutefois être en mesure de

qualifier ce qu'il observe. Les parents et le médecin de famille peuvent également alerter sur des difficultés constatées.

Le dépistage concerne en principe une procédure qui s'adresse à une population donnée. Puisqu'elle accueille tous les enfants de la tranche d'âge, l'école est un lieu d'intervention privilégié pour les professionnels qui ont vocation, avec des outils particuliers, à détecter les problèmes d'acquisition et d'apprentissage. L'article 85 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale prévoit l'organisation d'un dépistage des troubles du langage au cours du bilan obligatoire de la 6^e année. Ce dépistage est en principe réalisé par les médecins de l'Éducation nationale. Cependant, un dépistage des troubles des apprentissages scolaires ne peut se situer qu'après le début des apprentissages c'est-à-dire après l'entrée au CP. Le dépistage lors de l'examen obligatoire de 6 ans est donc, le plus souvent, un dépistage de facteurs de risque de troubles spécifiques des apprentissages. Un dépistage de facteurs de risque (comme les troubles du langage oral) peut être également effectué par les médecins de PMI lors de l'examen en petite ou moyenne section. Des médecins ayant reçu une formation dans le domaine peuvent être sollicités. Au cours de la scolarité, le RASED (réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté), structure interne à l'Éducation nationale (qui rassemble psychologue et enseignants spécialisés) participe au repérage et au dépistage individuel.

Le diagnostic nécessite souvent les compétences de différents professionnels réunis au sein d'une équipe pluridisciplinaire compte tenu de la nature complexe des troubles et de l'existence fréquente de troubles associés. Les réseaux de professionnels libéraux permettent souvent cette pluridisciplinarité coordonnée par un médecin référent. Des centres de références ont été créés au sein des Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il en existe environ une quarantaine, répartis sur tout le territoire. Ces centres offrent un plateau de consultations multidisciplinaires, au minimum médicale, orthophonique et psychologique et si nécessaire psychomotrice et neuropsychologique pour une évaluation globale.

Les outils sont différents selon qu'ils sont destinés à repérer, dépister ou diagnostiquer les troubles spécifiques des apprentissages.

Avant le début des apprentissages scolaires (avant 6 ans), les outils sont destinés à repérer, dépister ou diagnostiquer des troubles du langage oral et à repérer des signes prédictifs de troubles des apprentissages scolaires. Après 6 ans, ils ont pour objectif de repérer, dépister ou diagnostiquer des troubles des apprentissages (le plus souvent les troubles du langage écrit).

La première catégorie d'outils permet d'identifier une population à risque de difficultés ultérieures de troubles de la lecture. Avant 5 ans, ces outils (par exemple l'ERTL4 : épreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages) peuvent repérer les troubles du langage oral. À 5-6 ans, les outils (par exemple BSEDS : bilan de santé évaluation du développement

pour la scolarité 5-6 ans) explorent les troubles du langage oral et identifient des facteurs de risque de dyslexie. Les populations à risque repérées ne deviendront pas forcément dyslexiques. La prise en charge des troubles du langage oral (selon leur sévérité) constitue en soi une prévention de dyslexie puisqu'il s'agit d'un facteur de risque.

Il existe des outils destinés au dépistage des troubles d'acquisition du langage écrit, soit en passation collective comme le Timé 2 de janvier CP à fin CE1, soit en passation individuelle, comme l'Odedys étaloné à partir du CE1, ou la Batelem-R dès le CP, ou les items d'apprentissages de la Brev du CP au CE2.

Un deuxième type d'outils permet d'effectuer un examen clinique neuropsychologique de première intention (par exemple : la BREV, batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives). Ces outils sont utiles pour préciser la réalité d'un trouble, son profil et sa gravité, comme par exemple un trouble spécifique du langage oral à 5 ans ou du langage écrit à 7 ans et demi ou du graphisme après 5 ans. Ils servent donc à définir les évaluations complémentaires nécessaires pour affirmer le diagnostic et les actions pédagogiques et de soins qui en découlent. Ils permettent par ailleurs au prescripteur d'apprécier l'évolution du trouble. Cet examen clinique doit également éliminer un trouble sensoriel, ou une atteinte neurologique ou psychiatrique avérée.

Enfin, le troisième type d'outils a pour objectif de confirmer un diagnostic évoqué à la suite de l'outil précédent. On peut citer par exemple : la N-EEL (Nouvelles épreuves pour l'évaluation du langage) ou l'Elola 5 (Batterie d'évaluation du langage oral de l'enfant aphasique) pour le langage oral, la Belec (Batterie d'évaluation du langage écrit) l'Odedys ou l'Evalec (Batterie d'évaluation diagnostique de la dyslexie), différentes batteries neuropsychologiques pour les fonctions attentionnelles. La batterie composite d'intelligence de Weschler permet de définir le profil des fonctions intellectuelles.

Ce troisième type d'outils très spécialisé est utilisé par le professionnel concerné : évaluation psychologique du fonctionnement comportemental, émotionnel et cognitif par un psychologue, évaluation du langage oral et écrit par un orthophoniste, évaluation des fonctions graphiques et praxiques par un psychomotricien ou ergothérapeute ou neuropsychologue, évaluation des fonctions attentionnelles et mnésiques par un neuropsychologue... Pour chacun des troubles spécifiques des apprentissages, les outils de diagnostic permettent de comprendre précisément le trouble de l'enfant en référence aux modèles neuropsychologiques reconnus. Par exemple, pour les troubles du langage écrit, les outils doivent permettre non seulement de déterminer l'âge de lecture, mais aussi les stratégies utilisées par l'enfant en fonction de la précision et vitesse d'identification des mots réguliers, irréguliers et pseudo-mots, ainsi que les compétences cognitives sous-jacentes et la compréhension.

L'utilisation de ces différents outils se réfère à des âges clés :

- dès 3 ans, pour le repérage d'un trouble du langage oral pouvant amener à diagnostiquer un trouble secondaire (surdité, trouble du comportement ou communication, voire déficit intellectuel) qui nécessitera une prise en charge spécifique et non uniquement celle du langage oral. Cette démarche préalable est indispensable au diagnostic de trouble spécifique. Jusqu'à environ 4 ans et demi, seuls les troubles spécifiques et sévères (un ou plusieurs critères de gravité : inintelligibilité, agrammatisme ou déficit de la compréhension) nécessitent une évaluation orthophonique détaillée et une rééducation dès que l'enfant coopère. Les troubles spécifiques sans critères de gravité sont suivis, avec une adaptation pédagogique et un accompagnement parental ;
- à 5 ans, pour le dépistage d'un trouble du graphisme et/ou une dyspraxie devant amener à une évaluation complémentaire psychologique pour affirmer son caractère spécifique et, si le trouble est spécifique, une évaluation en psychomotricité ou ergothérapie pour en préciser le profil et la gravité ainsi que les indications de soins ;
- dès 5-6 ans, pour le dépistage des difficultés d'acquisition du code numérique (nom et construction des nombres, comptine numérique), ainsi qu'au CP-CE1 pour dépister les difficultés d'accès aux faits numériques (tables d'addition puis de multiplication), de transcodage des nombres. Ce dépistage peut conduire à une évaluation psychologique pour affirmer le caractère spécifique du trouble et une évaluation précise des difficultés en calcul ;
- dès le CP, pour dépister les troubles d'acquisition du langage écrit. S'ils s'associent à un trouble persistant du langage oral, ils nécessitent une évaluation orthophonique associée ou non à une évaluation psychologique.
- dès la seconde partie du CP, pour dépister les troubles sévères (non acquisition du processus de déchiffrement, non amélioration après un entraînement pédagogique...), nécessitant également une évaluation complémentaire des capacités cognitives dont celles du langage.

Cette diversité des situations selon les âges clés et la symptomatologie présentée donne toute son importance à l'examen de dépistage de première intention.

Les évaluations sont indispensables pour apprécier l'évolution d'un trouble six mois à un an après la mise en œuvre du projet éducatif et/ou de soins. Ces évaluations de suivi comportent, au moins, les tests dont les scores étaient déficitaires lors de l'évaluation initiale, afin d'effectuer une comparaison objective quantitative et qualitative et de réorienter le programme éducatif et de soins.

Par ailleurs, une commission d'experts a été mise en place (arrêté du 8 février 2002) pour élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Le rapport de cette commission aborde les outils cités ci-dessus. Il vient d'être mis à disposition des professionnels du secteur médical et de l'enfance et est accessible sur le site

du Ministère de la santé et des solidarités⁸. Rendu public au moment de la finalisation des travaux de cette expertise collective, ce rapport n'a donc pu être intégré à l'analyse.

La prévention en milieu scolaire

La prévention en milieu scolaire pourrait concerner trois populations d'enfants : les enfants repérés comme à risque de présenter des difficultés d'apprentissage de la lecture en grande section de maternelle ; les enfants en situation de grande difficulté en lecture au CP ; les enfants dyslexiques devant bénéficier d'adaptations pédagogiques pour favoriser les apprentissages dans les domaines préservés.

De nombreuses études étrangères ont évalué les effets d'entraînements ayant pour objectif une réponse de première intention pédagogique effectuée à l'école, soit sur des enfants à risque de difficultés d'acquisition du langage écrit (issus de familles à risque génétique) soit le plus souvent sur des enfants en situation d'échec en lecture. Cette prévention n'est pas ciblée sur des enfants dyslexiques puisqu'elle intervient en amont de tout diagnostic.

Les bases scientifiques sous-tendant la nature de ces entraînements sont les connaissances acquises en recherche fondamentale sur l'apprentissage de la lecture. Toutes ces études concernent des populations anglophones, donc dans une langue encore moins transparente que le français.

Les enjeux de ces travaux sont essentiels : une réponse pédagogique effectuée en classe est réalisable pour tout enfant sans discrimination, elle constitue une action de prévention et n'entraîne pas de coût sanitaire, à l'inverse d'une réponse de soins. Il est donc indispensable de tenir compte des résultats de ces études : quels sont les entraînements les plus pertinents ? Sur quels enfants agissent-ils ? Quelles sont les qualités et intensités de leurs effets ? Néanmoins, la particularité de notre langue et de notre système éducatif rendra nécessaires des études françaises.

L'intérêt des entraînements tient à la nécessité d'éviter chez les enfants mauvais lecteurs le « décalage » avec leurs pairs bons lecteurs. Ainsi, il s'agit de ne pas laisser un enfant s'enliser dans le cercle vicieux et agir le plus vite possible chez le mauvais décodeur, ou à risque de le devenir. Les questions à poser sont :

- quels sont les enfants concernés par un entraînement phonologique ?
- les entraînements doivent-ils concerner les déficits spécifiques du décodage ?
- les effets se généralisent-ils sur la compréhension ?

8. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/troubles_langage/recommandations_tsl.pdf

En ce qui concerne les modalités d'entraînement (la taille des groupes, le type d'entraînement, sa durée, son mode – individuel ou en petit groupe –), les tests ou études déterminant l'efficacité de ces différentes modalités donnent des résultats très variables.

Les résultats des principales études montrent que les effets des entraînements à la « conscience phonologique » associant des modalités auditives et visuelles a un large impact statistique sur son développement, un effet plus modéré mais statistiquement significatif sur la lecture et l'écriture. Non seulement l'identification des mots, mais aussi la compréhension est améliorée. Un bénéfice plus ou moins grand sur la lecture est constaté dans toutes les conditions de l'entraînement. Les effets sont positifs aussi bien chez les enfants qui apprennent à lire normalement, que sur ceux à risque de difficultés et pour ceux qui ont des difficultés, en maternelle ou en CP. Cet enseignement développe aussi l'écriture chez les enfants en difficultés.

Ainsi, l'enseignement de la conscience phonologique associé à la voie d'assemblage, intensif, spécifique, explicite, en petit groupe à besoin similaire, favorise la lecture et l'écriture chez les enfants en difficultés de décodage.

En France, les actions de prévention en milieu scolaire n'ont pas été recensées dans le cadre de cette expertise et très peu ont donné lieu à des études publiées dans la littérature scientifique.

Une étude française d'entraînement utilisant un logiciel de discrimination auditive et visuelle a été menée chez des enfants « mauvais décodeurs » en grande section de maternelle. Cet entraînement dure 10 heures réparties sur 5 semaines, deux fois 15 minutes par jour, 4 jours par semaine. Il a permis aux enfants entraînés de devenir meilleurs en moyenne que les enfants témoins décodant mieux au départ. Une autre étude française contrôlée étudie les effets d'un entraînement à l'école de 80 enfants mauvais décodeurs de CE1, en petit groupe à l'aide d'un logiciel spécifique. Elle a également montré que les enfants entraînés progressent plus vite en décodage que le groupe témoin non entraîné des mauvais décodeurs.

L'outil informatisé mérite de nouvelles évaluations rigoureuses pour préciser ses effets spécifiques et leurs limites ainsi que les modalités d'une généralisation de son utilisation en cas d'effets bénéfiques confirmés. Ce type d'outil ne peut pas se substituer à un véritable enseignant, mais peut seulement venir en complément.

Cependant, les études montrent que les entraînements au décodage n'améliorent pas ou peu la vitesse de lecture, qui nécessite d'autres types d'entraînements. D'après la littérature, l'entraînement le plus reconnu comme efficace sur la fluidité (donc la rapidité de la lecture) est la technique de répétition de lecture : les lettres, mots et phrases lus sont répétés jusqu'à obtenir une certaine vitesse. Plusieurs auteurs décrivent les effets d'un tel

entraînement sur la vitesse de lecture d'un texte (entraînement de 6 minutes par jour pendant 6 à 9 mois).

En termes de prévention, il faut souligner que les adaptations pédagogiques sont absolument indispensables. Elles ont pour objectif de permettre aux enfants de contourner leur handicap. Elles consistent à tenir compte des difficultés présentées par l'enfant du fait de son trouble et à lui permettre de faire les apprentissages dans les domaines préservés, sans être handicapé par son trouble (par exemple lui lire les énoncés ou lui donner un temps supplémentaire pour les mathématiques en cas de dyslexie, diminuer la charge d'écriture en cas de dysgraphie...). Ces adaptations sont répertoriées dans plusieurs travaux (Cd-Rom de sensibilisation, guides édités par les académies de Grenoble et de Rennes à l'usage des enseignants, livret de suivi de l'élève dyslexique). Une réflexion en France sur la nature de ces adaptations et sur les critères demandés pour que les enfants puissent en bénéficier est indispensable pour harmoniser ces mesures.

Bilan des méthodes de rééducation

Il existe une grande diversité de méthodes de rééducation et d'entraînement et une partie d'entre elles découle directement des différentes théories explicatives de la dyslexie. Cependant, un grand nombre de traitements préconisés pour la dyslexie n'ont fait l'objet d'aucune étude scientifique, ni d'un point de vue théorique, ni du point de vue de l'évaluation de l'efficacité du traitement. En effet, les critères scientifiques qui permettent d'évaluer l'efficacité d'un traitement ne sont pas toujours respectés totalement : études de groupes, fondées sur des observations objectives et quantifiées et appuyées par des statistiques rigoureuses (les comptes-rendus de cas individuels ne constituent pas une évaluation objective) ; constitution d'un groupe témoin qui reçoit un traitement placebo de durée et d'intensité comparable à celui reçu par le groupe expérimental ; procédure classique de l'essai clinique contrôlé randomisé en double aveugle ; plusieurs études indépendantes réalisées sur un grand nombre de personnes.

La plupart des rééducations actuellement pratiquées sont de type orthophonique. Elles portent sur : l'entraînement des capacités phonologiques de l'enfant ; la rééducation de la lecture avec des méthodes souvent différentes de celles possibles en classe ; la mise en place de stratégies de compensation pour permettre à l'enfant de contourner les déficits identifiés.

Bien que la rééducation orthophonique telle que pratiquée en France repose sur des principes généraux issus des connaissances scientifiques acquises et validées au cours des dernières années, elle n'a pas encore fait l'objet d'évaluation scientifique dans le traitement de la dyslexie. Cependant, le fait que la rééducation orthophonique se déroule individuellement, avec une ortho-

phoniste ayant bénéficié d'une formation spécifique permet de développer un programme de rééducation sur mesure, fondé sur un bilan précis des compétences et des faiblesses de l'enfant, et d'exécuter ce programme dans des conditions optimales d'interactivité permettant une adaptation en temps réel aux besoins de l'enfant. Cette particularité essentielle de la prise en charge orthophonique ne peut a priori qu'augmenter son efficacité, par rapport aux programmes d'entraînement administrés en classes ou en groupes, qui sont évalués dans la littérature scientifique. Les travaux issus de la littérature internationale portant sur des programmes d'entraînement pédagogique (informatisés ou non) appliqués à des enfants « mauvais lecteurs » montrent qu'une certaine intensité est requise pour atteindre une efficacité raisonnable (typiquement, 4 à 5 séances par semaine) et que, moyennant cette intensité, de bons résultats peuvent être obtenus sur des durées de rééducation relativement courtes (de l'ordre de 6 semaines). Néanmoins, il existe une grande diversité de pratiques orthophoniques qui devraient donc être évaluées et comparées entre elles, en prenant en compte les modalités de leur mise en œuvre (dont l'intensité, la durée, l'utilisation ou non d'outils informatiques) afin de mieux cerner les bonnes pratiques, et être en mesure de mieux guider la pratique orthophonique. Un programme informatisé en français comportant un entraînement audiovisuel à l'identification des syllabes orales et écrites a montré une certaine efficacité. Cependant, des études répondant aux critères requis pour une évaluation rigoureuse seront nécessaires pour considérer qu'il s'agit d'une technique utile en complément de la rééducation orthophonique.

Parmi les différentes théories explicatives de la dyslexie, la théorie selon laquelle les sujets dyslexiques (et les dysphasiques) souffrent d'un déficit du traitement auditif temporel a naturellement engendré des entraînements visant à rééduquer leur perception auditive. C'est le cas du programme informatique américain *Fast ForWord* qui comporte un entraînement à la discrimination de séquences auditives temporelles, ainsi qu'un entraînement des capacités phonologiques. La particularité du programme est d'utiliser la parole modifiée pour la rendre plus intelligible aux enfants qui auraient un déficit de traitement auditif temporel (sons brefs et transitions rapides amplifiés et allongés de manière adaptative). Néanmoins, les évaluations indépendantes de ce programme ont produit des résultats contradictoires, qui ne permettent pas pour l'instant de prouver son efficacité, tant sur le langage oral qu'écrit.

La méthode Tomatis de stimulation auditive repose sur une conception de l'audition qui n'a aucun fondement scientifique. Une méta-analyse de toutes les études ne permet pas de conclure à un effet positif de cette méthode.

La sémiophonie (ou méthode Lexiphone) est une méthode de rééducation intensive dont le principe fondamental est une stimulation auditive (le « son paramétrique ») qui ne repose sur aucun principe scientifique connu. Cette rééducation incorpore une exposition structurée à de la parole (syllabes, mots

et pseudo-mots), de la musique, ainsi qu'à des textes lus, de la lecture guidée et de l'écriture. Un essai clinique est en cours en France.

Plusieurs méthodes de rééducation de la dyslexie portent sur les capacités visuelles et visuo-attentionnelles. L'occlusion d'un œil sur des enfants à la fois dyslexiques et présentant une instabilité binoculaire a été testée lors d'essais cliniques contrôlés randomisés en double aveugle qui ont montré une amélioration significative.

Il a été suggéré que le port de lunettes ou lentilles teintées peut améliorer la lecture de personnes dyslexiques qui auraient des symptômes visuels. Un essai clinique a montré des effets modestes bénéfiques sur la lecture de l'utilisation d'un transparent dont la couleur a été optimisée individuellement pour les personnes qui souffrent d'un stress visuel.

Un traitement appelé « stimulation hémisphérique spécifique », consiste à stimuler spécifiquement celui des deux hémisphères cérébraux qui est présumé déficient chez un enfant donné, en présentant de manière brève (tachistoscopique) et répétée des mots dans le champ visuel opposé. Les données expérimentales suggèrent en fait que les effets observés seraient non spécifiques (par exemple attentionnels).

Les systèmes moteurs et propriocepteurs ont aussi fait l'objet de méthodes de rééducation (motricité, équilibre, réflexes archaïques, proprioception). Les données disponibles actuellement sont insuffisantes pour répondre de l'efficacité de ces méthodes dans le traitement des troubles de la lecture.

Plusieurs médicaments et compléments nutritifs n'ont pas montré d'efficacité lors d'essais cliniques (méthylphénidate, antihistaminiques, piracétam, acides gras polyinsaturés).

Il n'existe pas de traitement psychothérapeutique de la dyslexie abordé dans la littérature scientifique. Lorsqu'un enfant présente des troubles anxieux, dépressifs ou divers troubles de comportement, cela peut engendrer dans certains cas, une difficulté à apprendre à lire, mais il s'agit de troubles de nature très différente de ceux qui rentrent dans le cadre de la définition de la dyslexie. Néanmoins, beaucoup d'enfants dyslexiques souffrent de leurs échecs scolaires, ce qui peut entraîner, de manière secondaire, des troubles anxieux, dépressifs ou de comportement. Lorsque c'est le cas, ces troubles doivent être diagnostiqués et pris en charge de façon appropriée, en plus d'une prise en charge spécifique au trouble d'apprentissage.

La prise en charge individuelle en pratique clinique

Les soins consistent en une prise en charge individuelle de l'enfant, déterminée par l'évaluation précise des déficits en langage écrit, calcul et graphisme ainsi que des troubles associés (par exemple troubles du langage oral, émo-

tionnels ou attentionnels). En France, cette prise en charge s'effectue par les professionnels spécialisés selon le diagnostic qui est porté (orthophonistes, neuropsychologues, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes...) et dans le cadre de dispositifs et réseaux pluridisciplinaires de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages (centres de références, Rased,...). L'objectif de cette expertise n'est pas d'analyser la réalité des pratiques en France qu'il revient à d'autres instances d'effectuer dans le cadre de leurs missions, mais de présenter quelques principes d'action fondés sur l'analyse de la littérature dans le domaine du soin.

Quels que soient les soins prescrits, ils doivent toujours s'associer à la prise en charge pédagogique pour permettre à l'enfant de continuer ses apprentissages dans ses domaines de compétence, malgré son trouble et pour lui offrir une pédagogie adaptée à ses besoins et possibilités dans le domaine déficitaire.

Peu d'études scientifiques apportent des données objectives sur les indications de la rééducation orthophonique devant un trouble du langage écrit (à quel âge, devant quelle sévérité du trouble), ni sur ses axes, ou les outils à privilégier, la fréquence et la durée.

Les recommandations de l'Anaes (1997) sur l'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage écrit comportent essentiellement des recommandations reposant sur des accords professionnels (sans preuve scientifique). Cependant, la rééducation orthophonique est très largement pratiquée, et son intérêt est majeur pour permettre à l'enfant d'améliorer son déficit. Les données de la littérature sur le développement du langage écrit et ses facteurs prédictifs, les études d'évaluation d'entraînements spécifiques qui se multiplient, les études ouvertes sur les bénéfices de prises en charge intensives d'enfants sévèrement atteints, permettent de définir au moins certaines indications, axes et conditions pratiques.

Devant un trouble spécifique d'acquisition du langage écrit, une rééducation orthophonique individuelle est préconisée dès le CP s'il persiste un trouble du langage oral, ou dès la fin du CP si la réponse pédagogique adaptée initiale s'est avérée insuffisante, ou en cas de signes de gravité comme l'absence de correspondance graphème-phonème ou syllabique (/b/a/ → /ba/), tout particulièrement s'il existe un antécédent familial de trouble du langage ou personnel de retard de langage oral. La rééducation de la lecture et de l'orthographe menée simultanément semble préférable. Ses axes sont déterminés par les résultats précis de l'évaluation individuelle des stratégies déficitaires et préservées, des fonctions cognitives sous-jacentes en langage oral, compétences phonologiques et traitement visuel, évaluation quantitative et qualitative à l'aide de tests étalonnés. Le décodage et l'encodage par assemblage et les compétences phonologiques sont le premier temps de la rééducation, s'ils ne sont pas suffisamment efficaces et automatisés, ce qui est habituel dans la plupart des dyslexies.

Les supports visuels, kinesthésiques, sémantiques peuvent servir à pallier le déficit perceptif auditif. Le stock orthographique est en règle générale développé en différenciant les situations sans trouble visuel et celles avec un déficit du traitement visuel. Dans les dyslexies phonologiques, sans déficit du traitement visuel, les difficultés de décodage ralentissent la constitution du lexique orthographique qu'il s'agit de développer. Dans les cas où le traitement visuel est perturbé, il est rééduqué également pour permettre à l'enfant d'enrichir ce lexique orthographique. L'utilisation de ce lexique, une fois développé doit être favorisée en orthographe puis en lecture, en travaillant sur les mots isolément ou en contexte. L'utilisation de la morphologie est prometteuse chez le sujet dyslexique pour aider au développement des connaissances orthographiques, indépendamment des compétences phonologiques. Enfin, la fluidité de lecture par la lecture répétée et surtout les habiletés de compréhension sont travaillées pour amener à un niveau de compréhension écrite au moins égal à la compréhension orale. Le projet définit généralement un nombre limité d'axes, pour un temps donné, en privilégiant les plus urgents en fonction de l'âge et du type de troubles des enfants, par exemple la correspondance graphème-phonème et la discrimination des sons. Ces axes sont revus par des évaluations régulières parcellaires quantitatives et qualitatives de la fonction déficitaire travaillée.

Les études sur les entraînements mettent en évidence que des programmes de travail intensif (une demi-heure par jour, quatre jours par semaine) sur des durées relativement courtes (5 à 10 semaines), à condition qu'ils soient précisément et spécifiquement dirigés vers une fonction cognitive déficitaire, apportent des bénéfices spécifiques à la fonction entraînée. Ces résultats pourraient justifier de revoir les pratiques actuelles en matière de soins, en proposant d'évaluer des programmes intensifs, spécifiques, sur des durées courtes, destinés aux enfants résistants à la prise en charge pédagogique adaptée et harmonisés à la pédagogie toujours indispensable. Néanmoins, ces entraînements sur une fonction précise ne représentent pas l'intégralité de la rééducation orthophonique dont l'objectif est d'aboutir à une lecture fonctionnelle et une orthographe lisible. Les effets de l'ensemble de la rééducation nécessitent d'être évalués tous les six mois-un an, par un nouveau bilan utilisant des tests comparables à l'évaluation initiale, permettant d'apprécier quantitativement et qualitativement les progrès réalisés et donc la poursuite du projet de rééducation. En fonction de l'évolution des compétences de l'enfant, les décisions peuvent être soit un arrêt de la rééducation (en cas de normalisation des scores, ou bien une stabilisation de ces scores avec lecture fonctionnelle et orthographe lisible), soit une continuation de la rééducation à un rythme à déterminer en fonction des objectifs visés (en cas d'amélioration sans normalisation, ni lecture parfaitement fonctionnelle ou orthographe lisible), soit une évaluation pluridisciplinaire, par exemple en centre de référence et la recherche des troubles associés, en cas d'évolution insuffisante.

Après l'arrêt de la rééducation, les adaptations en milieu scolaire demeurent indispensables en fonction du handicap en terme de vitesse de lecture et dysorthographe. Pour cela, l'outil informatique peut s'avérer utile : traitement de texte (en cas de troubles du graphisme associés), correcteur orthographique, dictée vocale (en cas de séquelles importantes) pour offrir à l'enfant la lecture de textes par l'ordinateur et améliorer la lisibilité des productions écrites.

Les troubles du graphisme nécessitent d'être précisément analysés afin de leur apporter la réponse adéquate, par le professionnel le plus pertinent (psychomotricien ou ergothérapeute). Il s'agit de déterminer grâce aux résultats quantitatifs et qualitatifs des tests spécifiques si le trouble touche la coordination gestuelle, la perception et/ou la production visuelle et visuo-spatiale. Ces prises en charge peuvent commencer en fin de maternelle, début de primaire si les troubles sont sévères, avant 8 ans en cas de troubles persistant, avant que des stratégies déviantes d'enchaînement des lettres ne soient fixées. Tout comme la rééducation orthophonique, les prises en charge du graphisme sont associées aux réponses pédagogiques adaptées et doivent être évaluées par un bilan d'évolution utilisant des tests étalonnés dont les résultats sont comparés au bilan initial. Une prise en charge orthoptique devant un trouble prédominant de la perception visuelle peut être indiquée et ses effets doivent être évalués. L'apprentissage du traitement de texte, voire de la dictée vocale dépend de cette évaluation comparative précisant le degré d'handicap persistant compte tenu du projet scolaire.

Les prises en charge des troubles du calcul sont encore extrêmement mal étudiées, les outils et professionnels formés en nombre tout à fait insuffisant. Néanmoins, les troubles d'acquisition du code numérique peuvent être pris en charge dès le début du primaire, ce d'autant que la comorbidité avec les troubles d'acquisition du langage écrit, est élevée, aggravant la situation d'échec de l'enfant.

Les troubles associés aux troubles d'acquisition du langage écrit, touchant le langage oral nécessitent d'être réduits, tant les liens langage oral-langage écrit sont étroits. C'est dans cet esprit de prévention de la dyslexie que tout trouble spécifique du langage oral doit être pris en charge, la rééducation ayant deux objectifs, l'amélioration de la parole et du langage, mais aussi la préparation du langage écrit (travail sur l'assemblage et la conscience phonologique).

Les troubles associés comportementaux et émotionnels nécessitent un projet de soins adapté. L'évaluation des apprentissages chez tout enfant consultant pour un trouble déficit de l'attention/hyperactivité ainsi que l'évaluation du comportement et de l'attention pour tout enfant consultant pour un trouble d'acquisition du langage écrit, permettra la prise en charge des deux troubles s'ils sont associés. Les troubles anxieux et de l'humeur doivent conduire à des soins psychothérapeutiques. Ces psychothérapies, abordant le développe-

ment psychique de l'enfant, sont parfaitement compatibles avec les programmes de rééducation cognitive. Cette complémentarité des prises en charge, à condition que l'une n'exclue pas l'autre, prenant en compte l'enfant dans sa globalité et sa diversité tant au plan cognitif, qu'au plan de sa relation à son environnement, est en pratique réalisable sur le terrain avec un bénéfice pour l'enfant tant dans son adaptation à ses difficultés, que son adhésion à la rééducation.

Une coordination des soins et un accompagnement familial sont indispensables relevant d'un médecin de l'enfant, référent formé et des différents professionnels concernés. Cette coordination est essentielle pour définir les objectifs des programmes de prises en charge, en tenant compte de leur faisabilité et de la priorité pour l'enfant et également pour apprécier l'évolution de l'enfant et en conséquence réajuster les objectifs.

L'harmonisation entre le projet thérapeutique et le projet pédagogique constitue un autre aspect fondamental de la prise en charge qui peut s'appuyer sur les enseignants spécialisés des réseaux d'aide et de soutien, les médecins et psychologues de l'Éducation nationale. Le choix des adaptations scolaires, en fonction de l'évolution de l'enfant, doit lui permettre de continuer ses apprentissages en minimisant les conséquences émotionnelles de la situation d'échec.

Au total, la diversité des pratiques professionnelles mises en jeu dans le cadre du soin et la nécessité d'une coordination santé-éducation justifieraient une analyse relevant des compétences de la Haute autorité de santé pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques.

Principaux constats

- Les troubles abordés dans cette expertise sont la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. Le trouble spécifique du langage oral encore appelé « dysphasie » et le trouble de la coordination motrice appelé « dyspraxie » ne sont pas traités dans cette expertise mais ils peuvent néanmoins interférer avec les apprentissages scolaires.
- Les experts ont analysé selon la procédure d'expertise collective Inserm (annexe 1) environ 2 600 publications et référencé 1 500 articles dans l'ouvrage de l'expertise publiés pour 40 % d'entre eux depuis les années 2000. Les analyses effectuées par le groupe d'experts répondent au cahier des charges défini avec le commanditaire de l'expertise mais ne prétendent pas apporter de réponses à toutes les questions du domaine considéré. Les sujets que les experts n'ont pas pu développer dans le cadre de cette expertise ne doivent pas être considérés comme ayant moins d'importance et certains mériteraient même un travail d'expertise à part entière car la littérature est abondante. Pour d'autres, ce sont les publications qui manquent et la recherche doit être développée.
- La dénomination « spécifique » est appliquée à des troubles dont l'origine est reconnue comme neuro-développementale. Ils sont répertoriés dans la classification internationale des maladies (CIM-10) sous la rubrique F81.0 pour le trouble spécifique de la lecture (dyslexie) ; F81.2 pour le trouble spécifique du calcul (dyscalculie) ; F81.8 pour le trouble spécifique de l'expression écrite (dysorthographe). Même si les critères qui définissent les troubles spécifiques dans cette classification sont insatisfaisants pour les chercheurs et les cliniciens, il s'agit de la seule norme internationale disponible. Ils présentent au moins l'intérêt, lorsqu'ils sont appliqués, de fournir une base de comparaison entre différentes études. Rappelons qu'une classification des troubles n'est pas une classification des personnes. Il convient donc de dire « un enfant présentant une dyslexie » plutôt qu'un « dyslexique ».
- Pour appréhender les troubles spécifiques des apprentissages scolaires, le groupe d'experts a jugé nécessaire de faire tout d'abord un état des lieux sur la chronologie d'acquisition du langage oral et les mécanismes qui président aux apprentissages de la lecture, de l'écriture et du calcul chez l'enfant. Il souligne l'importance que le progrès des connaissances sur les fonctions sollicitées pour l'apprentissage de la lecture, de l'orthographe et du calcul soit mis à la disposition des enseignants sous forme d'outils facilement accessibles et que des collaborations se poursuivent entre les enseignants et les chercheurs.

- L'acquisition de la parole et du langage entre 0 et 3 ans a une forte influence sur le développement des apprentissages scolaires. Un trouble spécifique du langage oral est donc important à prendre en considération avant 5 ans et si possible dès 3 ans.
- La compréhension est la motivation de l'apprentissage de la lecture. Pour savoir lire, dans une écriture alphabétique, un enfant doit être capable de maîtriser les correspondances entre graphèmes (lettres ou groupes de lettres) et les phonèmes (sons de la parole). Pour cet apprentissage, les entraînements répétés aux correspondances graphèmes-phonèmes sont indispensables. Par ailleurs, d'autres activités peuvent être proposées pour susciter la motivation à la lecture.
- On ne dispose pas en France d'une étude représentative de la population générale sur la prévalence de la dyslexie : il faudrait donc mettre en place ce type d'étude. Différents travaux estiment cette prévalence de la dyslexie (modérée à sévère) à un peu moins de 5 % des enfants à partir du CP (les prévalences sont généralement établies pour les enfants de 10 ans dans les études internationales). Les enfants atteints de dyslexie représenteraient selon certains auteurs environ un quart des enfants présentant des difficultés en lecture. Les données issues des études sur la dyslexie ne peuvent donc être généralisées à l'ensemble des enfants rencontrant des difficultés de lecture.
- La dyslexie se manifeste chez un enfant, après le début de l'apprentissage de la lecture au CP, par l'absence de maîtrise des correspondances entre les graphèmes et les phonèmes. La distinction entre un simple retard d'apprentissage et une dyslexie ne peut pas être clairement établie à ce stade. Cependant, des facteurs (probables mais non certains) peuvent être en faveur d'une dyslexie : persistance d'un trouble du langage oral ; membres de la famille atteints de dyslexie.
- La dysorthographe est aujourd'hui essentiellement étudiée chez les enfants atteints de dyslexie. Existe-t-il des dysorthographies qui ne seraient pas liées à un trouble spécifique de la lecture ? La littérature ne permet pas de répondre à cette question. Des études portant sur les mécanismes cognitifs et les déterminants de la dysorthographe isolée sont donc à promouvoir. Dans ce type d'étude, il faudrait évaluer en même temps les performances en orthographe et en lecture.
- Il semble que la dyscalculie se rencontre plus rarement que la dyslexie mais les données manquent sur la prévalence. Les enfants atteints de dyscalculie ont une mauvaise compréhension des principes qui régissent les activités de dénombrement qui constituent le socle sur lequel se construisent toutes les habiletés arithmétiques ultérieures. Ils ont également des difficultés atypiques de mémorisation et d'apprentissage des tables d'addition et de multiplication.
- La dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie sont des troubles persistants qui peuvent se rencontrer chez des élèves au collège et au lycée malgré

les rééducations prodiguées antérieurement. Ils constituent un handicap. Il est important que les professeurs soient informés et formés pour favoriser la mise en place des adaptations indispensables au maintien des élèves dans l'enseignement scolaire ordinaire.

- L'association des trois troubles n'est pas rare. Ce constat a des conséquences en termes d'actions pédagogiques pour l'enseignant, de prise en charge pour le clinicien et de pistes d'études pour le chercheur.
- Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, ensemble ou isolément, peuvent également être associées à des troubles de la coordination (dyspraxie), ou des troubles du graphisme (avec ou sans lien avec une dyspraxie) ou encore aux troubles déficit de l'attention/hyperactivité. Dans plus de la moitié des cas, la dyslexie fait suite à un trouble spécifique du langage oral appelé « dysphasie ». Ce constat amène les chercheurs à explorer des mécanismes sous-jacents communs impliquant de manière variable les principaux systèmes sensori-moteurs.
- Dyslexie, dysorthographe et dyscalculie peuvent être également associées à des troubles émotionnels (troubles anxio-dépressifs) et comportementaux, secondaires à la situation de difficultés scolaires rencontrées ou s'inscrivant dans une véritable co-morbidité. Cette deuxième éventualité laisse ouverte la question de la pluralité et de l'inter-relation des déterminismes. Au plan pratique, pour le groupe d'experts, chaque trouble doit être abordé spécifiquement, et l'enfant pris en charge dans sa globalité. L'analyse du développement psychique de l'enfant et de ses interactions avec son environnement fait naturellement partie de cette prise en charge qui combine approches pédagogiques (à l'école) et de soins (rééducatives et psychothérapiques).
- Les travaux de recherche sur les mécanismes explicatifs des troubles concernent essentiellement la dyslexie. La présence d'un dysfonctionnement du développement d'aires cérébrales normalement impliquées dans la représentation et le traitement des sons de la parole (la phonologie) est l'hypothèse admise pour la dyslexie. Cependant, depuis le début des années 2000, de nombreuses publications ont proposé de nouvelles hypothèses pour rendre compte des associations entre dyslexie et autres troubles développementaux. Pour les troubles développementaux de type troubles envahissants du développement (TED), la littérature actuelle ne permet pas de savoir si les mécanismes sous-jacents aux troubles des apprentissages associés à des TED sont de même nature que pour les troubles spécifiques des apprentissages.
- L'hypothèse de la nature familiale de la dyslexie est évoquée depuis longtemps. Les études de jumeaux menées au plan international ont permis d'estimer que lorsqu'un jumeau monozygote est atteint de dyslexie, la probabilité que l'autre jumeau le soit est de 70 %. La recherche des gènes qui pourraient être impliqués est encore récente mais apporte des résultats concordants : les gènes répertoriés sont impliqués dans la migration (aux étapes précoces du développement cérébral) des neurones qui sont situés

dans des aires cérébrales recrutées bien plus tard dans l'apprentissage de la lecture. S'agit-il pour autant de la découverte « des gènes de la dyslexie » ? Il s'agit tout au plus d'allèles qui augmentent le risque de développer une dyslexie en fonction de l'interaction avec de très nombreux autres facteurs (biochimiques, traumatiques, linguistiques, socio-éducatifs, psychologiques...). Cela ne signifie pas non plus que la cause primaire est toujours génétique, d'autres facteurs sont susceptibles d'être impliqués de manière isolée ou ensemble. Tout paradigme d'un déterminisme exclusivement biologique n'a donc aucune justification.

- Par définition, le diagnostic de dyslexie ne peut être fait lorsque le trouble a pour cause primaire un retard global, un handicap sensoriel, un déficit éducatif, une difficulté linguistique, des troubles mentaux avérés. Ceci ne signifie cependant pas que les facteurs affectifs, familiaux, socioéconomiques et culturels ne jouent aucun rôle dans la survenue et la sévérité d'une dyslexie. Il est notamment établi que l'expression de la dyslexie chez l'enfant résulte à la fois des dysfonctionnements cérébraux et cognitifs (dont les causes peuvent être multiples) et de l'influence de nombreux facteurs environnementaux parmi lesquels l'environnement linguistique, la plus ou moins grande régularité du système orthographique, les méthodes pédagogiques utilisées et bien d'autres facteurs. Il est indispensable qu'à l'avenir des études soient réalisées pour préciser le rôle des interactions entre ces différents facteurs dans la survenue d'une dyslexie.
- Le repérage des élèves ayant des difficultés d'apprentissages scolaires est effectué par les enseignants au sein de la classe et par les parents. Mais la nature de ces difficultés (retard ou trouble spécifique) reste à évaluer. Les enseignants (en particulier les maîtres E) souhaitent disposer d'informations et de formations sur les outils qu'ils pourraient utiliser.
- Le dépistage systématique lors de l'examen obligatoire au cours de la sixième année (article L.541-1 du code de l'éducation), réalisé par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale ne peut pas concerner la dyslexie puisque l'apprentissage de la lecture n'a pas commencé. En revanche, il peut identifier les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral (éventuellement déjà mis en évidence à l'examen de 4 ans). Un trouble spécifique du langage oral diagnostiqué au niveau de la maternelle est un facteur de risque de dyslexie dans 50 % des cas. Des outils de dépistage ont été élaborés et plusieurs sont utilisés dans le cadre de ce dépistage systématique⁹.
- Après le signalement d'une difficulté d'apprentissage évoquée par un enseignant, l'enfant peut bénéficier d'un dépistage individuel de première

9. Une commission d'experts a réalisé un travail conséquent sur ce sujet et le rapport est disponible sur le site du Ministère de la santé

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/troubles_langage/recommandations_tsl.pdf

intention. Ce dépistage individuel peut être réalisé au sein de l'école par les médecins de l'Éducation nationale, les psychologues et enseignants spécialisés appartenant au réseau d'aide aux élèves en difficulté (RASED) s'ils sont formés aux outils. Cet examen contribue à définir les évaluations complémentaires nécessaires pour poser un diagnostic.

- Le diagnostic est réalisé à l'aide de plusieurs outils spécifiques qui consistent en des batteries de tests. Il peut nécessiter les compétences de plusieurs professionnels réunis au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Pour cela, une quarantaine de centres de références ont été créés au sein des centres hospitaliers universitaires.
- Après le diagnostic d'une dyslexie, dysorthographe ou dyscalculie, l'évaluation précise des fonctions déficitaires et la recherche de troubles associés, une prise en charge individuelle est généralement proposée. Elle comprend : des remédiations effectuées par des professionnels spécialisés (plusieurs fois par semaine) parfois dans le cadre de réseaux pluridisciplinaires, ciblant précisément les fonctions déficitaires ; une prise en charge pédagogique pour permettre à l'enfant de poursuivre les apprentissages dans les domaines préservés. Les effets de cette prise en charge doivent être régulièrement évalués et ré-ajustés si besoin. Les troubles associés ne doivent pas être ignorés. Chacun nécessite un travail spécifique mais la prise en charge concerne toujours l'enfant dans sa globalité. Ceci pose la question de la coordination des différents intervenants.
- Il est difficile de se prononcer sur les méthodes de rééducation et d'entraînement proposées aujourd'hui pour la dyslexie car la plupart n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques de validation. Les plus fréquentes sont de type orthophonique et portent le plus souvent sur l'entraînement des capacités phonologiques de l'enfant. D'autres rééducations ont pour objectif de permettre à l'enfant de développer des stratégies de compensation pour contourner son handicap. Le fait que le programme de rééducation soit fondé sur un bilan précis des compétences et faiblesses de l'enfant, qu'il se déroule de manière interactive avec un professionnel formé plaide en faveur de son efficacité. Il convient néanmoins de recommander des études rigoureuses sur les multiples méthodes qui se développent actuellement et qui n'ont pas toujours de fondement théorique.
- La prévention est un domaine encore peu exploré. Des études récentes et rigoureuses réalisées en langue anglaise ont évalué les effets des entraînements pédagogiques comme réponse de première intention à l'école sur des enfants à risque de dyslexie (issus de familles atteintes de dyslexie) ou sur des enfants en difficultés d'apprentissage de la lecture. Cette prévention intervient en amont de tout diagnostic. Les résultats de la recherche indiquent que les effets positifs sont obtenus à partir d'entraînements de courte durée, mais répétés chaque jour, avec de petits groupes à besoins similaires, les interventions précoces (dès les premières manifestations de difficultés de

lecture) étant les plus efficaces. Pour les enfants n'ayant pas manifesté d'amélioration, une prise en charge individuelle complémentaire devra alors être mise en œuvre après un diagnostic. Des études expérimentales sembleraient judicieuses à promouvoir en France pour tester les avantages d'une telle stratégie préventive.

- La prévention doit aussi concerner les aménagements et les adaptations pédagogiques pour permettre aux enfants atteints de dyslexie, dysorthographe et dyscalculie de suivre les enseignements dans toutes les matières scolaires et tout au long de la scolarité en milieu ordinaire sans subir les conséquences de leur handicap. En particulier, le décret relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et supérieur devrait pouvoir s'appliquer aux élèves atteints de troubles spécifiques sévères des apprentissages qui, en position de candidat à un concours, sont en situation de handicap. La mise en application du décret, encore très inégale sur le territoire, exige une bonne information et préparation des familles.

Recommandations

Le présent travail d'analyse de la littérature scientifique et de synthèse réalisé par le groupe d'experts réunis sous l'égide de l'Inserm avait pour objectif de faire le point sur les avancées des connaissances concernant les troubles spécifiques des apprentissages scolaires qui touchent environ un quart des enfants ayant des difficultés dans les apprentissages.

Au terme de son travail d'analyse et de synthèse, le groupe d'experts est parvenu à un certain nombre de constats essentiels.

Il existe actuellement, au sein de la communauté scientifique, un consensus quasiment unanime sur la nature des troubles spécifiques qui provoquent l'incapacité pour les enfants qui en sont atteints d'entrer dans les apprentissages, en particulier celui de la lecture. On reconnaît notamment aujourd'hui que ce sont essentiellement des déficits (probablement très précoces et pour une partie d'entre eux à composante génétique) de certains processus langagiers (en particulier phonologiques), qui sont à l'origine des troubles spécifiques d'apprentissage de la lecture.

La diffusion la plus large possible des avancées scientifiques est importante auprès de tous les professionnels, médicaux, paramédicaux et de l'Éducation nationale, qui ont en charge les enfants présentant des troubles spécifiques d'apprentissage, afin d'assurer tout à la fois le dépistage le plus précoce des enfants à risque et permettre la mise en place, sans tarder, de mesures visant à réduire leur déficit et à minimiser ses conséquences sur le devenir scolaire des enfants.

La mise en œuvre des mesures nécessite d'être graduée en fonction de la sévérité des troubles, mais doit comporter impérativement une étape d'évaluation à l'aide d'outils validés et étalonnés pour l'âge de l'enfant, et conduire systématiquement à des aménagements pédagogiques adaptés aux types de difficultés rencontrées par chacun de ces enfants.

On dispose aujourd'hui de données partielles sur les conditions d'efficacité d'un certain nombre de méthodes de rééducation et d'entraînement spécifiques aux fonctions cognitives perturbées, mais une grande partie de ces méthodes doivent encore faire l'objet d'études de validation. Leur grande variété incite à la plus grande vigilance de la part des prescripteurs comme des utilisateurs. La coordination entre les différents partenaires (scolaires et extra-scolaires) apparaît comme indispensable et devant permettre une réflexion adaptée à chaque cas.

Les domaines d'apprentissages autres que la lecture, peuvent également faire l'objet de troubles spécifiques qui requièrent tout autant que pour les trou-

bles de la lecture, une démarche scientifique dans l'étude de leurs mécanismes et une prise en charge adaptée à chaque cas. Leur coexistence avec le trouble de la lecture accroît la sévérité du tableau clinique et justifie le recours à une équipe pluridisciplinaire (centre de référence), éventuellement organisée en réseaux régionaux. L'accès du plus grand nombre à l'ensemble des professionnels compétents est en effet un objectif à obtenir.

Les troubles psycho-affectifs sont fréquents chez les enfants présentant des troubles spécifiques d'apprentissage. Leur présence peut conduire à s'interroger sur la priorité des prises en charge. Ces troubles peuvent apparaître comme la conséquence du trouble spécifique des apprentissages, ou comme une co-morbidité qui va en aggraver les manifestations et justifier, dans ce cas, de ne pas négliger les rééducations spécifiques aux troubles des apprentissages.

Parmi les nombreux domaines restant encore à explorer sur le thème de l'expertise, celui de la fréquence des différents types de troubles spécifiques et de leur association à l'échelle de la population reste une thématique prioritaire, ne serait-ce que pour mesurer, de manière plus précise qu'actuellement, l'impact des troubles spécifiques des apprentissages en terme de santé publique.

Le Plan national d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage arrêté en 2001¹⁰ a défini cinq axes prioritaires qui recoupent en partie ceux présentés ci-dessous. Les propositions du groupe d'experts s'inscrivent dans une démarche scientifique susceptible d'éclairer, à partir des données récentes, certains aspects des actions à engager, déjà engagées ou encore à évaluer. Lorsque ces propositions d'action concernent un domaine nouveau comme celui évoqué pour la prévention, elles doivent être expérimentées, évaluées et confrontées à d'autres approches avant une large diffusion. Pour les recommandations déjà mises en œuvre dans le cadre du plan national, l'objectif de la présente expertise collective ne visait pas à en évaluer l'application.

Au cours de l'expertise, des rencontres avec les associations de patients et de parents, avec les professionnels du champ éducatif, médical et para-médical (orthophonistes, neuropsychologues, psychologues...) ont mis en lumière une volonté de partager et faire converger connaissances, expériences et savoir-faire sous une forme si possible institutionnalisée d'échanges.

Pour mieux repérer, dépister, prévenir

Les connaissances acquises sur les troubles des apprentissages devraient être mises à disposition du public, notamment des parents et des professionnels concernés. Elles contribuent à faciliter le repérage des enfants en difficulté d'apprentissage.

10. http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/troubles_langage/plandysl.pdf
ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/actu/2001/03_21_dp_troublelangage.pdf

Dans le cadre de l'école, les enseignants sont les premiers et les mieux placés pour identifier les enfants qui présentent des difficultés dans les apprentissages. Les connaissances relatives à la nature des troubles spécifiques des apprentissages et à leurs manifestations devraient faire partie maintenant d'une véritable formation initiale des enseignants de même que l'intégration de nouvelles connaissances aux pratiques éducatives.

INFORMER LES PROFESSIONNELS ET LE PUBLIC SUR LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES ET LEUR PRISE EN CHARGE

Par définition, les troubles spécifiques des apprentissages ne peuvent être attribués ni à un retard intellectuel, ni à un handicap sensoriel, ni à un trouble psychiatrique avéré. Ces troubles sont donc inattendus compte tenu des autres aspects du développement. Ils persistent le plus souvent jusqu'à l'âge adulte. Par exemple, la dyslexie est un trouble durable et persistant de l'acquisition de la lecture qui se manifeste même chez des élèves ayant un bon niveau intellectuel et une bonne perception visuelle et auditive et pour lesquels aucun facteur d'ordre socioéconomique, médical ou éducatif ne peut expliquer les difficultés qu'ils rencontrent. Une information sur les troubles spécifiques des apprentissages doit être communiquée aux parents et au public en général afin d'éviter les inquiétudes ou les errances diagnostiques. Cette information doit permettre de comprendre comment se font les acquisitions scolaires (lecture, orthographe, calcul) et de mieux appréhender les premiers signes de difficultés.

On connaît aujourd'hui un certain nombre de signes précoces des troubles spécifiques des apprentissages. Même si certains de ces signes peuvent être recherchés avant même le début de tout apprentissage explicite de la lecture, aucun signe susceptible d'être mis en évidence en maternelle n'est à coup sûr indicateur d'un futur déficit spécifique des apprentissages de la lecture, de l'orthographe ou du calcul. Ce sont l'accumulation et la persistance de différents indices qui devront être prises en compte et conduiront à poser un diagnostic. Aussi, l'absence de trouble avant le CP n'implique pas que l'enfant ne rencontrera pas de difficultés d'apprentissage.

FORMER LES ENSEIGNANTS À MIEUX CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES

Une formation sur la chronologie des acquisitions donnerait la possibilité aux enseignants de porter une attention particulière aux enfants qui en maternelle présentent des facteurs de risque de troubles spécifiques des apprentissages de la lecture (confusion perceptive entre sons proches, déformation des mots, difficultés à répéter les comptines, difficultés de mémorisation de mots inventés, non connaissance du nom des lettres...) et du calcul (retards dans l'acquisition des nombres et le dénombrement).

De fait, les déficits précoces de segmentation et de discrimination des phonèmes (sons élémentaires du langage oral) sont parmi les indicateurs les plus fiables des futures difficultés de lecture, tout comme la présence d'un déficit des capacités de mémoire à court terme phonologique (évaluées, par exemple, par la répétition de mots inventés) de même qu'un déficit dans la connaissance des lettres. Après les débuts du CP, la principale manifestation des difficultés d'apprentissage de la lecture est l'absence de maîtrise des correspondances entre les lettres ou groupes de lettres (graphèmes) et les sons (phonèmes).

Une formation sur les fonctions impliquées dans l'apprentissage de la lecture (segmentation et discrimination phonémiques, mémoire à court terme phonologique, connaissance des lettres...) permettrait aux enseignants de repérer dès le début ou au cours du CP les enfants qui présentent des difficultés et ainsi de pouvoir mettre en place rapidement des entraînements pédagogiques en classe.

Les différentes activités numériques menées dès la maternelle permettent aux enfants de maîtriser les procédures de dénombrement par pointage et comptage sur les doigts. Les enfants acquièrent ces capacités généralement avant la fin de la maternelle. L'entrée au CP se traduit par l'enseignement systématique d'un nouveau code – le code indo-arabe – et des algorithmes qui lui sont associés et qui donnent à la résolution des opérations une puissance que le code verbal ne peut assurer. Le passage de l'oral au code indo-arabe ou l'inverse, s'appuie initialement sur les connaissances verbales, ce qui explique que, par exemple en français, la transcription de quantités telles que soixante quinze puisse donner lieu à des erreurs telles que 6015 que l'on rencontre dans la seconde partie du CP.

Une formation sur les fonctions sollicitées pour l'apprentissage du calcul pourrait permettre aux enseignants de reconnaître chez les enfants les premiers signes de la dyscalculie comme une mauvaise compréhension des principes de dénombrement, l'utilisation de stratégies primitives de comptage sur les doigts et plus tard une difficulté anormale et persistante à mémoriser les résultats des additions et multiplications les plus simples.

Il faut souligner également la nécessité de former les enseignants du second degré car nombre d'enfants ont des troubles persistants au collège et au lycée et ce malgré les rééducations prodiguées. Sans formation sur le sujet, les professeurs peuvent considérer ces élèves comme atteints d'un retard ou d'un trouble mental et estimer que ces élèves n'ont pas leur place dans l'enseignement ordinaire.

PROMOUVOIR UNE UTILISATION APPROPRIÉE DES OUTILS DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE

Les outils de dépistage des troubles spécifiques des apprentissages ne peuvent être proposés que lorsque l'enfant a commencé ses apprentissages scolaires

(lecture, écriture, calcul) c'est-à-dire après 6 ans. Il existe par ailleurs des outils qui permettent de dépister avant 6 ans des facteurs de risque de troubles des apprentissages en explorant le langage oral, les capacités non verbales, l'attention, la mémoire...

Dans le contexte d'un dépistage individuel après 6 ans, il existe plusieurs outils ou tests pour rechercher si un enfant présentant des difficultés d'apprentissage de la lecture par exemple est susceptible d'avoir un trouble spécifique (dyslexie). Ces outils étalonnés en France ont des objectifs spécifiques pour lesquels la sensibilité et la spécificité ont été déterminées. Explorant des fonctions et capacités différentes, ces outils peuvent être utilisés de manière complémentaire lors d'un premier bilan. Ils peuvent permettre d'identifier les enfants nécessitant une approche pédagogique différenciée, ceux devant être suivis ou adressés à un professionnel spécialisé pour effectuer un diagnostic.

Dans le cadre du bilan de santé obligatoire de 6 ans pour l'entrée dans l'enseignement élémentaire (article L.2325.1 du code de la santé publique), les outils de dépistage de facteurs de risque s'inspirant des résultats des études longitudinales doivent être utilisés. Toutefois, l'intérêt de ce repérage précoce ne peut se concevoir que si des actions préventives ayant fait la preuve de leur efficacité dans le cadre d'évaluations rigoureuses peuvent être mises en place.

Il faut signaler qu'une commission d'experts mise en place (arrêté du 8 février 2002) pour élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage a rédigé un rapport rendu public en 2006¹¹.

DÉVELOPPER ET ÉVALUER DES ENTRAÎNEMENTS PÉDAGOGIQUES EN ADAPTANT LES MODÈLES EFFICACES À L'ÉTRANGER

Des études principalement en langue anglaise ont montré l'efficacité de certains entraînements pédagogiques (actions sur fonction cognitive déficitaire) chez des enfants en CP ou CE1 présentant des troubles du décodage. D'après les études, les entraînements doivent proposer un travail spécifique, intensif et explicite. Ce travail doit porter d'une part sur les relations graphème-phonème et ce aussi bien dans des tâches de synthèse (des unités grapho-phonémiques au mot) que d'analyse (du mot aux unités grapho-phonémiques) et d'autre part sur les capacités d'analyse, de discrimination et de fusion phonémique. Ces entraînements doivent être poursuivis jusqu'à la maîtrise de la lecture et amener les enfants à reconnaître, discriminer et

11. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/troubles_langage/recommandations_tsl.pdf

écrire des mots de plus en plus rapidement. Une action quotidienne d'une demi-heure à une heure par jour est préconisée en individuel ou en petits groupes à besoin similaire. Une évaluation des bénéfices de l'entraînement peut être effectuée au bout de quelques mois.

Les résultats des études disponibles montrent que ce type d'entraînement en CP a des effets positifs sur l'automatisation de la reconnaissance des mots écrits et la compréhension de texte et à un moindre degré l'orthographe. L'effet sur la vitesse de lecture reste néanmoins à confirmer.

Sur le modèle de ces études, des entraînements pédagogiques devraient être expérimentés dès le début du CP, pour les enfants ayant présenté un trouble du langage oral et dès la deuxième partie du CP pour les faibles décodeurs. De même, l'éventuel bénéfice d'un entraînement, à titre préventif, dès la grande section de maternelle pour les enfants à risque de dyslexie (ayant un trouble du langage oral, de faibles compétences phonologiques ou issus de familles atteintes de dyslexie) devrait être étudié.

De telles actions expérimentales en France permettraient d'évaluer si les entraînements pédagogiques à l'école, limités dans le temps, ne marginalisant pas les enfants, accessibles à tous sont bénéfiques à une partie d'entre eux, leur permettant de récupérer de façon stable et durable un niveau de lecture proche de la normale, sans autre prise en charge. Elles permettraient ainsi de savoir si les enfants avec un « retard en lecture », transitoire, peuvent être différenciés des enfants atteints de dyslexie qui nécessiteront des soins complémentaires en prise en charge individuelle. Cette stratégie de prévention, si elle était validée en France, permettrait donc un accès plus rapide aux centres de références pour les enfants qui ont réellement besoin d'un diagnostic.

Dans le cadre de ces expérimentations d'entraînements pédagogiques en milieu scolaire, une formation des enseignants serait nécessaire pour la prise en charge préventive en grande section de maternelle des enfants présentant des risques pour l'apprentissage de la lecture tout comme pour la prise en charge des enfants en difficulté de lecture en CP.

PROMOUVOIR LES AMÉNAGEMENTS ET LES ADAPTATIONS PÉDAGOGIQUES NÉCESSAIRES POUR PRÉVENIR D'AUTRES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGES

Plusieurs travaux de la littérature abordent les effets positifs des aménagements et adaptations pédagogiques qui permettent à l'enfant présentant un trouble spécifique dans un domaine, d'acquérir les connaissances requises à son niveau de classe dans les autres matières (mathématiques, histoire, sciences de la vie et de la terre...) sans être handicapé par son trouble. Il s'agit par exemple de lui lire les énoncés en mathématiques ou de lui donner un temps supplémentaire pour les lire en cas de dyslexie, ou encore de diminuer la charge d'écriture en cas de troubles de l'orthographe ou du

graphisme associés par l'utilisation de l'outil informatique (usage du traitement de texte du correcteur orthographique ou encore, de la dictée vocale dans les cas les plus sévères).

Ces aménagements et adaptations pédagogiques doivent être mis en place et évalués tout au long de la scolarité (primaire, secondaire, supérieur) afin que l'enfant ne soit pas pénalisé par son trouble du langage écrit (lecture, orthographe) et qu'il puisse tirer bénéfice des autres apprentissages. De tels travaux pourraient contribuer à définir les conditions d'intégration en milieu ordinaire d'enfants présentant un trouble spécifique des apprentissages et bénéficiant par ailleurs d'une prise en charge individuelle.

Le décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et supérieur doit s'appliquer aux élèves atteints de ces troubles spécifiques qui, en position de candidat à un examen ou concours, sont en situation de handicap au sens de la nouvelle nomenclature internationale sur les déficiences, incapacités et handicaps. Cependant, les associations de familles signalent une application très disparate des textes d'un département à l'autre. Par ailleurs, étant donné la diversité de la gravité des troubles spécifiques des apprentissages, la notion de handicap reste parfois mal perçue par les parents qui hésitent à avoir recours aux Maisons départementales des personnes handicapées pour bénéficier de ces aménagements.

Pour mieux prendre en charge

METTRE EN PLACE ET ÉVALUER DIFFÉRENTES MODALITÉS DE SOIN INDIVIDUEL POUR LA DYSLEXIE

Les soins individuels pour la dyslexie doivent s'appuyer sur les connaissances scientifiques acquises ces dernières années. Ils doivent tenir compte de la diversité de chaque cas : la nature précise du trouble cognitif que présente l'enfant, l'environnement dans lequel il évolue.

Des données de plus en plus nombreuses de la littérature sur le développement du langage écrit et ses facteurs prédictifs, ainsi que sur les effets des entraînements spécifiques précisent certaines indications, axes et conditions pratiques d'une prise en charge. Les études mettent en évidence que des programmes de travail intensif (en règle générale d'une demi-heure par jour, quatre jours par semaine) sur des durées relativement courtes à condition qu'ils soient précisément et spécifiquement dirigés vers une fonction cognitive déficitaire, apportent des bénéfices sur cette fonction déficitaire avec une généralisation à la lecture et à l'orthographe.

Une prise en charge orthophonique individuelle d'un trouble spécifique d'acquisition du langage écrit se justifie dès le début du CP s'il persiste un

trouble du langage oral, au cours du CP si l'entraînement pédagogique en classe s'est avéré insuffisant ou encore en cas de signes de sévérité comme l'absence totale d'entrée dans le code graphème-phonème au cours de l'apprentissage. Les effets de cette prise en charge doivent faire l'objet d'évaluations régulières quantitatives et qualitatives par des tests étalonnés.

Il serait intéressant d'expérimenter, d'évaluer et de comparer plusieurs modalités de soin en fonction de l'âge, du type de fonction altérée et dans différentes conditions (avec reprise quotidienne en classe et/ou à la maison du programme défini par le professionnel en charge de l'enfant ; harmonisation avec les interventions pédagogiques...) et avec différents modes de compensations (supports visuels et kinesthésiques par exemple). L'objectif est d'optimiser au mieux les modalités de soins en fonction des besoins de l'enfant.

L'utilisation d'outils standardisés (jeux vidéo, enregistrements audiovisuels ludiques) apparaît nécessaire en recherche et en pratique clinique pour contrôler la qualité et la quantité des informations qui sont adressées à l'enfant durant les séances d'entraînement. L'avantage d'outils informatisés (numérisation de la parole par exemple), outre le fait qu'ils exercent spécifiquement l'entrée auditive, est qu'ils permettent de réaliser une progression dans la difficulté des exercices, et éventuellement d'adapter ces exercices à chaque cas en fonction de l'âge, ou encore de la sévérité du déficit phonologique. Les résultats de ces recherches, s'ils sont positifs, pourront être généralisés ultérieurement en pratique clinique.

Cependant, la prolifération d'outils, en particulier informatisés, non contrôlés dans leurs objectifs et leur contenu et non évalués quant à leur efficacité justifie la création d'une instance scientifique indépendante de validation/labellisation des outils de remédiation des troubles des apprentissages. Des travaux comparatifs (sur le modèle d'un essai thérapeutique) de ces différents outils permettraient de connaître leurs effets et leurs limites.

L'évaluation des effets des entraînements utilisant ces outils doit s'appuyer sur une méthodologie permettant d'affirmer un effet spécifique sur la fonction entraînée. Les critères d'efficacité des entraînements sont : l'effet sur la fonction cognitive spécifique entraînée, la généralisation sur les procédures d'identification des mots écrits (précision et temps), sur la compréhension et sur l'orthographe des mots isolés et en contexte.

PROMOUVOIR ET ÉVALUER DIFFÉRENTES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE POUR D'AUTRES TROUBLES DES APPRENTISSAGES QUE LA DYSLEXIE

Les modes de prise en charge des troubles associés à l'acquisition du langage écrit doivent faire l'objet d'évaluations.

Les études montrent que les troubles du langage oral ont des répercussions sur l'apprentissage du langage écrit et qu'une rééducation précoce (au plus tard à 5 ans) du langage oral permet d'aborder l'apprentissage du langage écrit dans de meilleures conditions.

Concernant les troubles du graphisme, les résultats quantitatifs et qualitatifs de tests spécifiques permettent de savoir si le trouble touche la coordination gestuelle, la perception et/ou la production visuelle et visuo-spatiale. Des critères pourraient être retenus concernant les âges et les modalités de la prise en charge des troubles du graphisme : en fin de maternelle ou début de primaire si les troubles sont sévères ; avant la fin du CP en cas de trouble persistant, afin d'éviter que des stratégies déviantes d'enchaînement des lettres ne soient fixées. Il est indispensable d'articuler les prises en charge effectuées par le psychomotricien et l'ergothérapeute et les interventions pédagogiques.

Les troubles d'acquisition du code numérique sont souvent associés aux troubles d'acquisition du langage écrit. Les travaux sur les outils et les modes de prises en charge sont encore très peu développés. Une prise en charge dès le début de primaire doit être envisagée, et évaluée dans la mesure où ces troubles associés aggravent la situation d'échec de l'enfant.

PROMOUVOIR ET ÉVALUER DES PRISES EN CHARGE MULTIMODALES POUR DES TROUBLES FRÉQUEMMENT ASSOCIÉS

La littérature mentionne, dans le cadre des troubles spécifiques des apprentissages, l'association fréquente de troubles émotionnels et comportementaux qui nécessitent un suivi psychothérapique sans négliger pour autant les rééducations spécifiques aux troubles spécifiques des apprentissages. La prise en compte de ces troubles associés, comportementaux et émotionnels, doit être précoce en cas de troubles signalés avant les apprentissages scolaires et s'ils retentissent sur la coopération de l'enfant au projet pédagogique et rééducatif.

Les troubles neuropsychologiques et psychomoteurs associés aux troubles des apprentissages constituent aujourd'hui un large champ de recherche. Ils posent la question de l'offre de soin en terme de techniques rééducatives pouvant varier selon la présence de signes associés tels que des troubles perceptivo-moteurs, visuo-spatiaux, ou encore attentionnels et en terme de professionnels formés et reconnus (tels par exemple les neuropsychologues).

Ces cas plus sévères sont gravement menacés dans leur devenir scolaire et leur adaptation sociale. Ils devraient pouvoir bénéficier quelle que soit leur situation géographique ou socio-économique, dans leur milieu familial et scolaire, des moyens les plus en adéquation avec l'état actuel des connaissances. Le développement de centres de référence¹² est un acquis très important et la mise

12. Une quarantaine existe aujourd'hui

en place de réseaux de santé composés d'équipes multidisciplinaires coordonnées à l'échelle d'une région paraît être également une alternative intéressante.

PROMOUVOIR ET EXPÉRIMENTER LA MISE EN PLACE DE RÉSEAUX COORDONNÉS DE DIAGNOSTIC ET DE SOIN

Le diagnostic d'un trouble spécifique des apprentissages, indispensable pour adapter la prise en charge fait souvent appel à une équipe pluridisciplinaire (centre de référence par exemple) justifiant sa coordination par un professionnel référent : l'examen clinique permet d'identifier un trouble avéré et de vérifier son caractère spécifique, sa sévérité et sa persistance ; l'évaluation précise des fonctions altérées est effectuée par le professionnel concerné (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, neuro-psychologue). Les différentes fonctions cognitives impliquées dans les apprentissages sont évaluées à l'aide d'outils validés. Les tests portent par exemple sur les capacités spécifiques à la lecture qui sont déficitaires chez l'enfant (identification des mots écrits, précision et rapidité) et sur les capacités reliées (capacités d'analyse phonémique, de mémoire à court terme phonologique, capacités d'analyse visuelle...). La confrontation des résultats issus des batteries d'intelligence évaluant le profil cognitif et des tests spécifiques permet d'affirmer la spécificité du trouble. Ces évaluations sont réalisées à l'aide de tests étalonnés pour l'âge de l'enfant. Les résultats doivent être qualitatifs et quantitatifs en précisant le nom du test et en les situant en écart-type ou percentile par rapport aux normes de la population de référence.

La prise en charge d'un trouble des apprentissages nécessite des évaluations régulières de l'évolution de l'enfant. Les effets de la rééducation doivent être évalués au moins tous les six mois, avec un nouveau bilan utilisant des tests comparables à ceux de l'évaluation initiale. Cette évaluation doit permettre d'apprécier quantitativement et qualitativement l'évolution de l'enfant et de réévaluer la prise en charge afin de prendre les décisions pertinentes (poursuite des entraînements, redéfinition des objectifs, infléchissement des orientations, alternance de pauses, arrêt de la rééducation). Le recours à un professionnel différent de celui qui met en œuvre le programme de rééducation est utile si les progrès de l'enfant ou leur généralisation en classe ne sont pas suffisants.

Un travail en réseau formalisé de tous les intervenants travaillant en étroite collaboration (personnels spécialisés de l'Éducation nationale, professionnels de santé...) est expérimenté dans quelques centres et pourrait être évalué en vue d'une généralisation à l'ensemble du territoire. La coordination des soins et l'accompagnement familial peuvent être assurés par un professionnel ayant bénéficié d'une formation adaptée. Il s'agit également de favoriser les réunions régulières entre les rééducateurs et les enseignants pour harmoniser leurs actions réciproques, mettre en place un programme personnalisé de scolarité, prévoir les adaptations et aménagements pédagogiques nécessaires à l'intégration de l'enfant dans la classe et son accès aux divers

apprentissages. L'organisation de tels réseaux apparaît a priori comme une réponse particulièrement adaptée aux formes sévères de troubles d'apprentissage, dont la complexité nécessite de manière évidente la confrontation de l'avis de plusieurs praticiens, et qui ne peuvent être efficacement prises en charge qu'à condition d'établir des contacts solides et répétés avec l'enseignant de l'enfant.

Par ailleurs, il conviendrait de réduire les inégalités géographiques en matière d'offre de prise en charge et d'équiper les zones non couvertes, en particulier en matière de ressources de proximité auxquelles peuvent faire appel les enseignants (Rased, Sessad, médecins de l'Éducation nationale). Ces dispositifs permettraient, s'ils étaient en nombre suffisant, de réserver les centres de référence aux évaluations diagnostiques.

PROPOSER UNE FORMATION COMMUNE À TOUTES LES PERSONNES RESSOURCES EN PLUS DES FORMATIONS SPÉCIFIQUES PAR DISCIPLINE

Il existe au sein de l'école des professionnels (enseignants spécialisés, psychologues, médecins de l'Éducation nationale) capables d'aider à repérer les difficultés d'apprentissage des élèves, à proposer et mettre en œuvre une réponse adaptée. D'autres professionnels extérieurs à l'école (orthophonistes et autres rééducateurs, psychologues, neuropsychologues, médecins et autres spécialités) sont également très souvent sollicités pour le diagnostic et la remédiation.

La formation initiale et continue de tous ces professionnels doit être envisagée en relation avec les avancées des connaissances scientifiques. Cette formation doit permettre à tous ces professionnels de s'initier à l'utilisation des outils de repérage validés et à l'analyse critique des méthodes de prise en charge proposées.

En plus des formations précises et spécifiques au rôle de chacun, une formation commune à ces différents professionnels leur permettrait de pouvoir travailler en étroite collaboration pour faciliter la mise en œuvre des prises en charge nécessaires aux élèves en difficulté d'apprentissage ou présentant des troubles spécifiques des apprentissages.

Pour approfondir les connaissances sur les apprentissages scolaires et les troubles

Les axes de recherche proposés ont pour objet de développer une meilleure compréhension des apprentissages scolaires (lecture, écriture et calcul...) et de leurs troubles en particulier une meilleure connaissance des causes de la dyslexie ainsi qu'une estimation de la fréquence des différents troubles spécifiques des apprentissages en France.

APPROFONDIR LA COMPRÉHENSION DES MÉCANISMES DE LA DYSLEXIE

Il existe actuellement de nombreux modèles théoriques pour expliquer la dyslexie : théorie du déficit phonologique, théorie du traitement auditif temporel, théories visuelles, théorie cérébelleuse, théorie magnocellulaire... Cette diversité est due au fait qu'il existe sans doute plusieurs facteurs explicatifs aux troubles dyslexiques pouvant s'appliquer à des sous-groupes de la population dyslexique. La dyslexie reste en effet un trouble complexe, incluant de nombreux symptômes autres que la lecture et elle est fréquemment associée à d'autres troubles des apprentissages.

La théorie phonologique est celle qui a donné lieu au plus grand nombre de recherches et qui est actuellement la plus largement validée. Pratiquement toutes les études menées auprès d'enfants atteints de dyslexie, quelle que soit leur langue, ont mis en évidence des déficits phonologiques associés. Les déficits objectivés dans trois domaines de compétence reliés à l'activité de lecture (analyse phonémique, mémoire à court terme phonologique, dénomination d'images ou d'objets) contribuent à expliquer le niveau de lecture des enfants. Les performances des enfants dans ces différents domaines demeurent en outre déficitaires même lorsqu'on les compare aux performances d'enfants plus jeunes de même niveau de lecture. Ceci démontre d'une part que l'enfant dyslexique n'a pas la même trajectoire développementale que le normo-lecteur ; d'autre part, que le trouble phonologique est causalement relié aux difficultés d'apprentissage de la lecture, ce qui est confirmé par les études longitudinales : les aptitudes phonologiques évaluées avant l'apprentissage de la lecture sont indicatives du niveau de lecture ultérieur des enfants.

Toutefois, sauf dans de rares études, la théorie phonologique n'a pas été confrontée aux autres théories, alternatives ou associées. Des études longitudinales dans lesquelles les enfants seraient suivis depuis le début de la grande section de maternelle (voire de la moyenne section) jusqu'à la fin du cycle 2 (8 ans) ou 3 (11 ans) seraient très informatives. Ces études devraient évaluer l'implication des capacités phonologiques, visuelles et motrices dans l'apprentissage de la lecture, avec des méthodologies aussi proches que possible (prise en compte de la précision et du temps de réponse, tâches avec ou sans contraintes temporelles...). Il faudrait également encourager des recherches sur les mécanismes cognitifs qui influent spécifiquement sur la vitesse de lecture et sur les interactions vitesse/précision.

DÉVELOPPER DES RECHERCHES SUR LES MÉCANISMES MIS EN JEU DANS L'APPRENTISSAGE DE L'ORTHOGRAPHE

Les spécificités de l'orthographe du français, essentiellement en production, font que les connaissances issues de recherches provenant d'autres systèmes orthographiques sont peu transposables. Aussi, en l'absence de données précises portant sur les erreurs produites par l'ensemble des enfants tout-venant ou des adultes, il est difficile de déterminer dans quelle mesure le nombre et

la nature des erreurs relèvent de performances normales ou, au contraire, conduisent à prédire un trouble nécessitant une prise en charge spécifique.

Des recherches portant sur les mécanismes impliqués dans l'apprentissage et la mise en œuvre des différentes composantes de l'orthographe mériteraient d'être développées, prenant en compte le type d'enseignement dispensé. Ces travaux devraient aborder la question de l'acquisition de l'orthographe lexicale, les déterminants des réussites et des échecs. Elles devraient aussi traiter de l'apprentissage et de la mise en œuvre des morphologies dérivationnelle (« chat » ; « chatte » ; « grand » ; « grande ») et flexionnelle (participe passé *versus* infinitif ; accords en genre et en nombre des noms et adjectifs...).

Les difficultés rencontrées par les enfants avec l'orthographe du français, plusieurs fois évoquées dans cette expertise, peuvent-elles justifier d'envisager une simplification de l'orthographe de la langue française ? Une réflexion approfondie mériterait d'être menée à ce sujet.

DÉVELOPPER DES RECHERCHES SUR LES MÉCANISMES MIS EN JEU DANS L'APPRENTISSAGE DU CALCUL

Les recherches concernant la dyscalculie et les difficultés en mathématiques sont beaucoup moins nombreuses et moins avancées que ne le sont celles sur la dyslexie, alors que la fréquence et les origines de la dyscalculie sont encore mal connues. Bien que de nombreuses hypothèses aient été avancées, les données sont aujourd'hui insuffisantes pour permettre d'orienter les réponses pédagogiques et rééducatives. Si l'hypothèse d'une atteinte sélective de structures cérébrales dévolues aux traitements numériques est aujourd'hui évoquée, elle mérite cependant d'être plus solidement étayée. Cette carence dans le domaine de la recherche est d'autant plus surprenante que l'apprentissage du calcul et des mathématiques constitue un des objectifs majeurs de la scolarité dans toutes les sociétés technologiquement avancées.

Des recherches sur les relations entre les compétences précoces du petit enfant concernant les quantités et les acquisitions numériques ultérieures, sur la nature, le rythme, les différences interindividuelles de ces acquisitions, leur évolution et leur impact sur l'apprentissage des mathématiques devraient être développées. Les résultats de ces recherches permettraient d'éclairer les principes d'actions pour la remédiation.

DÉVELOPPER DES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN FRANCE

En France, il n'y a pas de données épidémiologiques sur les troubles spécifiques des apprentissages, fondées sur des échantillons d'enfants représentatifs de la population générale.

Des études transversales sur des échantillons représentatifs sont donc indispensables pour connaître la prévalence des différents troubles spécifiques des

apprentissages. Ces études pourraient évaluer l'influence des différents critères de classification de ces troubles sur leur fréquence, définir des outils et une méthodologie standardisée. Elles permettraient également de cerner le rôle à attribuer au statut social et au niveau éducatif familial.

De même, des études longitudinales de cohortes d'enfants initiées très tôt dans la vie de l'enfant pourraient permettre d'étudier, les déterminants éventuellement impliqués précocement dans le développement cognitif de l'enfant (par exemple dans le contexte de la cohorte Eden et de la cohorte Elfe). Parmi ces facteurs, il s'agira d'identifier ceux qui sont plus particulièrement liés aux troubles spécifiques des apprentissages.

Des études à visée épidémiologique et préventive (recherche-actions), impliquant la structure scolaire et mettant en jeu des équipes mixtes, éducatives et scientifiques, permettant ainsi un partage des informations entre les deux domaines de compétences devraient également être développées.

Rencontre-débat du 16 janvier 2007¹³

En ouverture, Christian BRECHOT, directeur général de l'Inserm, salue les participants en remerciant les personnes ayant contribué à l'expertise collective, réalisée sous l'animation de Jeanne ETIEMBLE. La présente réunion de travail illustre la façon dont l'Inserm souhaite dorénavant travailler, au moins pour certaines expertises collectives. Christian BRECHOT juge important qu'il existe une confrontation entre les conclusions émanant de l'expertise et le point de vue de professionnels de terrain.

Introduction : la démarche d'Expertise collective Inserm

Jeanne ETIEMBLE explique que la démarche d'expertise collective consiste à faire le bilan de la littérature internationale sur un sujet donné. Elle répond à une demande formulée par un commanditaire, en l'occurrence le RSI (Régime Social des Indépendants, ex-Canam), dans le cadre d'un programme centré sur la santé de l'enfant. Après l'obésité et les troubles mentaux, la troisième expertise collective, dont il est ici question, porte sur les troubles spécifiques des apprentissages que constituent la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. Le groupe d'experts – dont la composition est validée par la Direction générale de l'Inserm – réunit 11 spécialistes et a produit un rapport qui s'articule autour de trois parties : l'analyse de la littérature internationale, la synthèse des travaux des experts et enfin leurs recommandations. Jeanne ETIEMBLE souligne la distinction à opérer entre l'analyse de la littérature internationale réalisée par les experts et un état des lieux des pratiques françaises dans le domaine considéré, qui n'entre pas dans le champ de leur mission et qui relève plutôt des compétences de la Haute Autorité de Santé. L'expertise collective sur les troubles spécifiques des apprentissages chez l'enfant en est aujourd'hui au stade où elle doit être rendue publique et la présente réunion vise à permettre l'expression de tous, notamment afin de dissiper tout malentendu éventuel.

Le thème « dyslexie, dysorthographe et dyscalculie » a été choisi afin de définir un champ d'expertise moins large que l'échec scolaire, pour lequel des

13. Compte-rendu réalisé en temps réel par la société Ubiqus (www.ubiquis.fr)

moyens beaucoup plus considérables auraient dû être mobilisés. Si la dyslexie constitue un sujet fréquemment évoqué, de fausses idées circulent à son sujet. Il semblait donc utile de faire le point sur cette question. La dysorthographe et la dyscalculie, elles, font l'objet d'articles beaucoup moins nombreux. Jeanne ETIEMBLE convient que la dysphasie, trouble spécifique du langage oral, constitue un sujet important, à tel point qu'il aurait justifié une expertise à part entière. La dyspraxie peut faire l'objet du même constat. Cependant, les experts ont choisi de considérer ces deux troubles dans le cadre des « troubles associés » à la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie.

Claire MELJAC (psychologue, Hôpital Sainte-Anne) note que la dysorthographe, qui est associée à la dyslexie dans la plupart des cas, a été traitée de façon indirecte et est donc bien présente dans l'expertise. En revanche, aucun élément significatif ne se fait jour à propos de la dyscalculie et certains résultats à ce sujet sont loin d'être assurés et elle ne comprend pas pourquoi la dyscalculie figure dans le titre de l'expertise.

Ariel CONTE (CORIDYS) estime que le cadrage de l'expertise restreint à la dyslexie, dysorthographe et dyscalculie risque de limiter son intérêt en termes de santé publique alors même que les statistiques des CHU montrent qu'il existe peu de dyslexie homogène. Les décideurs, ne vont-ils pas avoir une vision étroite des troubles spécifiques des apprentissages ?

Principaux constats de l'expertise collective

Lecture

Liliane SPRENGER-CHAROLLES, (membre du groupe d'experts) rappelle que la finalité de la lecture est la compréhension, ce qui requiert un niveau correct de compréhension orale et un bon niveau d'automatisme dans l'identification des mots écrits. Dans une écriture alphabétique, deux procédures peuvent être mobilisées pour cette identification : une procédure lexicale (l'unité de traitement est le mot) et une procédure sub-lexicale (l'unité de traitement est le graphème, en relation avec le phonème).

Les travaux de recherche ont montré que les enfants utilisent fortement la procédure sublexicale en début d'apprentissage, la réussite de cet apprentissage dépendant de la régularité des relations graphème-phonème, qui sont plus transparentes en espagnol qu'en français et en français qu'en anglais. De fait, les enfants hispanophones parviennent à automatiser les procédures d'identification des mots écrits plus vite et mieux que les francophones, qui eux-mêmes y arrivent plus vite et mieux que les anglophones, la dyslexie se manifestant principalement par un déficit d'automatisation de ces procédures, qui est aggravé quand l'orthographe est peu transparente. De plus, l'ensei-

gnement systématique et précoce dès le début du CP des correspondances graphème-phonème est ce qui aide le plus efficacement les élèves. Enfin, il apparaît aussi que les prédicteurs les plus fiables de l'apprentissage de la lecture sont les capacités d'analyse phonémique et le niveau de connaissance des lettres, auxquelles s'ajoutent les capacités de mémoire à court terme phonologique et de dénomination rapide. Ces prédicteurs permettent de repérer précocement (dès la grande section de maternelle) les enfants susceptibles d'avoir des difficultés d'apprentissage de la lecture, avec une fiabilité élevée.

Orthographe, calcul

Michel FAYOL (membre du groupe d'experts), explique qu'un point essentiel consiste à savoir s'il existerait, pour l'orthographe, des troubles qui ne seraient pas liés à la lecture et pour le calcul, des troubles qui seraient également spécifiques. La langue française constitue un système « inconsistant » en termes de production : son écriture s'avère beaucoup plus difficile que sa lecture. Les entraînements phonologiques auront, là aussi, un impact très favorable sur l'apprentissage des bases de l'orthographe. Une grande part de l'acquisition de l'orthographe lexicale semble également liée à la pratique de la lecture.

Michel FAYOL note le faible nombre d'études disponibles sur les troubles de calcul, de même que l'absence de classification fiable des erreurs. Il en résulte une difficulté à distinguer une évolution normale d'une évolution problématique et des méconnaissances relatives aux associations de troubles. La sensibilité aux modifications de quantités apparaît en tout cas très précocement. C'est l'acquisition du système symbolique de la langue maternelle qui permet la mise en place des conduites de dénombrement. Même s'il existe une définition internationale de la dyscalculie, les critères ne sont pas universellement admis. La dyscalculie pourrait être aussi fréquente que la dyslexie mais apparaît rarement isolée et il n'existe pas de différence entre garçons et filles de ce point de vue.

Pourquoi des troubles si souvent associés ?

Jean-François DEMONET (membre du groupe d'experts), souligne une difficulté à laquelle sont confrontés les chercheurs. Ceux-ci ressentent un malaise, en termes épistémologiques, en raison d'un paradoxe : des aptitudes hautement dépendantes de la culture et des apprentissages scolaires s'avèrent, à la lumière des travaux scientifiques, étroitement liées à des particularités de l'organisation du cerveau humain et à des particularités du génome (voire à des mutations génomiques). Face à ce constat déroutant, Jean-François DEMONET plaide pour un travail multidisciplinaire aujourd'hui difficile en raison de la diversité des points de vue épistémologiques.

Concernant la lecture envisagée sous l'angle des fonctions cognitives, Jean-François DEMONET explique qu'en l'absence d'automatisation des procédures, les individus ayant été dyslexiques dans leur enfance ont besoin, pour décoder un mot, de 150 millisecondes de plus que des individus n'ayant pas été dyslexiques (soit une minute de plus pour la lecture d'une page).

L'écriture présente des difficultés surajoutées par rapport à la lecture, notamment du fait du caractère exhaustif de l'expression écrite : tout doit être écrit ! Par ailleurs, un même son peut correspondre à de très nombreuses formes écrites, ce que l'on désigne par la notion de « non transparence phono-orthographique de la langue française ». Il résulte de ces caractéristiques une charge majeure, pour la mémoire à long terme, de l'apprentissage d'un lexique, particulièrement en langue française.

Le calcul fait appel à un stock plus ou moins large de connaissances en mémoire (tables de multiplication) ou à l'application de règles de calcul permettant de combiner les connaissances en mémoire. L'importance de la charge en mémoire de travail est d'autant plus grande qu'aucune étape de base n'est devenue automatique.

Jean-François DEMONET formule enfin l'hypothèse de l'existence de mécanismes communs à la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie, qui seraient :

- le défaut de perception des unités de base ;
- le défaut d'automatisation de la conversion entre différents formats ;
- un excès de charge en mémoire de travail.

Il présente ensuite une synthèse des substrats cérébraux de ces fonctions linguistiques, mentionnant également l'importance du cortex frontal pour la mémoire de travail. Il présente la topographie des régions activées dans les situations de lecture, écriture et calcul. La topographie des anomalies microscopiques décrites dans le cerveau de quelques personnes dyslexiques montre que les régions concernées recouvrent celles qui semblent importantes pour les fonctions liées au langage écrit et au calcul.

Approches biologiques versus approches sociales

Franck RAMUS (membre du groupe d'experts), revient sur l'opposition parfois invoquée entre les approches biologiques et les approches sociales des trois troubles étudiés. Le rapport de l'Inserm ne reflète aucunement, à ses yeux, une approche exclusivement biologique : ce rapport n'ignore pas les facteurs sociaux et environnementaux (familiaux, psychologiques, pédagogiques) pouvant jouer un rôle dans l'apparition des troubles des apprentissages. Cela dit, même des enfants ne souffrant d'aucun handicap socio-culturel présentent des troubles, par exemple pour l'apprentissage de la lecture, pour lesquels aucune cause sociale primaire ne peut être mise en évidence.

Le chercheur doit donc faire l'hypothèse d'un déficit cognitif, c'est-à-dire d'un problème dans le traitement de certaines informations par le cerveau. Comme le rapport le décrit en détails, il apparaît en fait un déficit majeur, sur le plan phonologique, dans le traitement et la représentation mentale des sons et de la parole.

Ce constat suppose l'existence d'une atteinte du cerveau et les recherches menées sur les cerveaux d'individus dyslexiques confirment l'existence de spécificités chez ces individus. Un faisceau d'indices, parmi lesquels le caractère familial de troubles tels que la dyslexie, plaide pour l'existence de facteurs génétiques (mais pas exclusivement) dans l'explication de ces atteintes du cerveau ; en effet, les chercheurs ont mis en évidence la forme variante de certains gènes, qui conduisent à une mise en place légèrement différente de certaines aires cérébrales jouant un rôle dans la parole et le langage, et recrutées, plus tard, pour l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou du calcul. Pour autant, Franck RAMUS souligne que ce facteur génétique n'est aucunement synonyme de déterminisme : il répond à une logique probabiliste et dépend en partie d'interactions avec des facteurs environnementaux très divers. C'est pourquoi tout paradigme strictement biologique ou strictement social doit être écarté.

Prévention, dépistage et prise en charge

Catherine BILLARD (membre du groupe d'experts), souligne l'intérêt en prévention d'une prise en charge de l'ensemble des enfants présentant des troubles de la lecture. La littérature internationale montre qu'une prise en charge précoce, en milieu scolaire, des enfants présentant des difficultés de décodage permet à 50-75 % des enfants de rejoindre leurs pairs en l'espace de quelques mois. En termes de prévention, la notion « d'enfant à besoins similaires » semble opératoire pour définir cette prise en charge répondant aux critères définis par la littérature scientifique. Le groupe d'experts plaide pour l'évaluation d'une telle démarche en France. Cela suppose de définir des critères de sévérité sur la base desquels sera décidé pour les enfants n'ayant pas tiré bénéfice de la première étape d'associer une réponse de soins à l'accompagnement en milieu scolaire. Les troubles du langage oral définissent une population à risque au sein de laquelle cependant tous les individus ne présenteront pas les troubles étudiés (dyslexie dysorthographe et dyscalculie). La prise en charge préventive des troubles du langage oral ne pose pas de difficulté et elle est définie par les recommandations de l'ANAES. Cependant, d'après la méta-analyse faisant référence dans ce domaine, un programme préventif n'est efficace que s'il associe un travail sur les compétences phonologiques du langage oral et du langage écrit.

Quant à la prise en charge individuelle (en termes de soins) après diagnostic, elle doit définir précisément :

- les axes de rééducation (à travailler de façon intensive et à évaluer) ;

- les conditions d'accès aux soins des personnes défavorisées ;
- une articulation avec les programmes pédagogiques du milieu scolaire, en la personne d'un coordinateur qui aura notamment un rôle crucial d'explication vis-à-vis des parents.

Débat

Félicitant le groupe d'experts pour l'ensemble de son travail, Michel ZORMAN, (CHU de Grenoble) revient sur certaines formulations dans le texte : la question de l'indépendance des troubles vis-à-vis des facteurs d'ordre socioculturel par rapport aux propos de Franck RAMUS reconnaissant l'existence d'interactions entre le biologique et l'environnemental. Concernant « des conditions défavorables de l'environnement » il préférerait le terme de carence éducative ou pédagogique, au titre de laquelle les éléments fondamentaux d'éducation ne seraient pas présents, ce qui peut survenir dans n'importe quel milieu socioculturel. Michel ZORMAN note enfin la présence d'éléments redondants, par exemple dans les études de cas et les études de groupes, au détriment de la lisibilité du rapport. Enfin, il conteste la distinction entre dyslexie phonologique et dyslexie de surface. Tous les dyslexiques phonologiques qu'il suit deviennent en effet, à un certain âge, des dyslexiques de surface. Michel ZORMAN juge indispensable de dissocier les mesures de l'efficacité des deux procédures (lexicale et sub-lexicale) des causes qui peuvent être à l'origine de leur moindre efficacité. Liliane SPRENGER-CHAROLLES souligne que l'étude des causes des troubles requiert en effet un suivi longitudinal des enfants, qui montre généralement la présence de troubles phonologiques.

Georges DELLATOLAS (Inserm), estime que les critères diagnostiques des troubles des acquisitions scolaires ne sont pas suffisamment discutés dans la synthèse : les experts ne se prononcent pas quant à la nécessité de les utiliser. Le critère d'interférence avec les performances scolaires, notamment, peut conduire à définir des troubles des apprentissages en fonction des exigences de l'entourage, notamment dans une optique élitiste. Les prévalences mises en avant montrent en tout cas que ces critères ne sont pas utilisés. Jeanne ETIEMBLE observe que ces critères de définition des troubles lorsqu'ils sont appliqués présentent au moins l'intérêt de fournir une base de comparaison des études épidémiologiques. Franck RAMUS convient que les définitions de ces critères ne satisfont personne. Il s'agit cependant de la seule norme internationale pouvant être énoncée.

Bernard GOSSOT (Inspecteur général honoraire de l'Education nationale), note qu'il est indiqué dans la synthèse que « la prévalence de la dyslexie s'établit à un peu moins de 5 % », sans que la population de référence ne soit précisée. L'âge auquel sont repérées les « difficultés en lecture » des enfants n'est pas précisé non plus, imprécisions en conséquence desquelles « l'on voit des

dyslexiques partout ». Catherine BILLARD convient de la nécessité de tenir compte de cette remarque pour éviter une confusion du terme « dyslexique ». Michel ZORMAN estime qu'il est possible d'indiquer que la dyslexie frappe 5 % de la population générale, à partir de la classe de CP. Il propose aussi de préciser (sans s'avancer plus avant dans les proportions) que tous les lecteurs en difficulté ne sont pas dyslexiques. Faisant référence à un rapport qu'il a rédigé en 2005 pour l'Inspection générale des Affaires sociales et l'Inspection générale de l'Education nationale sur les troubles complexes du langage oral et écrit, Bernard GOSSOT note que le nombre d'enfants présentant un véritable trouble complexe du langage oral et écrit est apparu, dans ce travail, extrêmement faible. Le nombre de 5 % semble, de ce point de vue, un seuil très élevé. Jean-François DEMONET demande sur la base de quels critères cette prévalence a été estimée. Bernard GOSSOT précise qu'aucun critère précis n'avait été défini. Des médecins, des psychologues, des associations de parents ont cependant été rencontrés et ces acteurs ont fait part aux auteurs de leur analyse de la situation. Les auteurs se sont également aperçus que le nombre d'enfants, rapporté à la population, était assez faible, quand bien même il était annoncé au départ comme élevé. Jean-Marie DANION souligne la difficulté à obtenir un chiffre précis sur ce point.

Recommandations

Formation

Jeanne ETIEMBLE indique qu'une première recommandation, concernant la formation, tient particulièrement à cœur au groupe d'experts. La formation doit permettre à tous les acteurs de parler le même langage et de se comprendre.

Gérard TOUPIOL (Fédération nationale des Maîtres E, enseignants spécialisés travaillant dans le cadre des réseaux d'aide spécialisés), note que le rapport de synthèse mentionne de nombreux outils qui ne sont pas connus par les professionnels de l'Education nationale. Les réseaux d'aide spécialisés semblent en tout cas les mieux placés pour identifier les élèves et recommander, le cas échéant, un dépistage plus précis des troubles des apprentissages. Jeanne ETIEMBLE signale qu'une commission réunie sous l'égide de la DGS (Direction Générale de la Santé) a publié un rapport aujourd'hui accessible à tous sur le site du Ministère de la santé.

Jeanne-Marie URCUN, (médecin national de l'Education nationale) juge utile de préciser de quels outils l'on parle : il existe des outils de repérage, des outils de diagnostic ou encore des outils de remédiation et les uns ne peuvent pas se substituer aux autres. En tout état de cause, « nul ne peut agir seul » et le travail pluridisciplinaire constitue une exigence. Pour autant, il

ne doit pas s'agir que l'un fasse à la place de l'autre. Claire MELJAC considère qu'un outil auquel l'intervenant ne serait pas formé n'aurait pas de sens. L'étalonnage et les consignes d'utilisation ne peuvent suffire : il doit exister un échange avec une personne connaissant les limites et les finesses d'un outil. Ariel CONTE confirme que l'utilisation des outils dépend largement de la formation, de la culture et des représentations de chacun. En outre, certaines recommandations sont anciennes, il s'agirait de les appliquer.

Scania de SCHONEN observe que les difficultés commencent souvent avec l'ignorance des pédiatres en matière de neurosciences cognitives : ces spécialistes se reposent sur les psychiatres pour identifier d'éventuels troubles cognitifs de l'enfant, alors que les psychiatres ne sont pas mieux formés pour les repérer. Scania de SCHONEN souhaite qu'une cellule soit créée, avec pour mission d'étudier les voies permettant de former les médecins (pédiatres, psychiatres), orthophonistes... aux troubles cognitifs des enfants. Elle préconise aussi la mise en œuvre d'une veille technologique internationale évolutive qui mette à jour les conditions d'utilisation des outils existants.

Anne TERLEZ (Fédération de parents d'élèves PEEP) se dit très sensible à la qualité de l'expertise. Elle estime que les experts « auraient pu aller beaucoup plus loin » dans les recommandations. La PEEP milite pour l'égalité des chances, ce qui suppose notamment de miser sur le dépistage (lequel va plus loin que le repérage). La prise en compte des troubles des apprentissages par les enseignants, la remédiation et le suivi des enfants requièrent la formation (initiale et continue) des professionnels de santé et des professeurs de l'Éducation nationale. Plus largement, l'urgence est au pragmatisme. Les RASED sont souvent en perte de moyens. Il en est de même pour la médecine scolaire et les protocoles mis en place ne peuvent être appliqués. L'ouverture des écoles aux professionnels de santé est indispensable et des partenariats doivent être mis en place et tournés vers la recherche de solutions originales. Anne TERLEZ signale enfin une expérience originale mise en œuvre par la PEEP d'Issy-les-Moulineaux, qui a lancé à l'échelle de la commune un dépistage de la dyslexie, pour lequel les professionnels de l'Éducation nationale ont été spécifiquement formés. La PEEP souhaite que cette action, dont le coût est pris en charge par la commune d'Issy-les-Moulineaux, puisse s'étendre à l'ensemble des Hauts-de-Seine.

Sylviane LEWICK-DERAISON (orthophoniste et représentante de l'UNADREO), se félicite de voir reconnue la place des réseaux dans les recommandations des experts. Elle juge trop vague, toutefois, la formulation proposée. Le réseau d'aide (RASED) constitue un réseau au sein de l'école et les réseaux de santé eux sont extérieurs. Les référents sont également nombreux. Bref, ces notions doivent être clarifiées, sans confusion entre la pathologie et la pédagogie, précision qui conduit Sylviane LEWICK-DERAISON à se démarquer de l'intervenante précédente en considérant qu'il ne s'agit que d'une expérimentation.

Stratégies de prévention

Jeanne ETIEMBLE souhaite en venir à la stratégie de prévention qui pourrait être déployée dès qu'une difficulté est identifiée chez un enfant. La tendance, en France, reste marquée par une prise en charge individuelle. Jeanne ETIEMBLE souhaite entendre les participants sur la façon dont ils envisagent la possibilité d'un travail en réseau autour d'objectifs de prévention.

Faisant référence à 14 études publiées hors de France sur les difficultés de lecture en CP, Michel ZORMAN suggère que le rapport de synthèse fasse référence à ces études, à partir desquelles une expérimentation contrôlée et évaluée pourrait être demandée à l'Education nationale. Jean-Marie DANION considère que ce type de recommandation correspond tout à fait au type de recommandation pour lequel la démarche d'expertise collective peut être légitime. Catherine BILLARD insiste pour que la méthodologie de l'étude détermine s'il s'agit d'un effet spécifique ou d'un effet placebo. Les résultats ne doivent pas s'exprimer seulement en termes de pourcentages d'amélioration significative mais aussi en termes de résultats pour les enfants.

Laurence VAIVRE-DOURET estime qu'une dimension liée aux troubles associés manque actuellement au cadre de la prévention. La psycho-motricité pourrait constituer un moyen de prévention au sein de l'Education nationale, par exemple en mettant en évidence une absence de mise en place de la latéralité. L'Education nationale peut donc avoir, là aussi, un rôle intéressant à jouer.

Jeanne ETIEMBLE constate, notamment à travers l'expérience rapportée par la représentante de la PEEP, la possibilité de mise en œuvre de la recommandation de prévention dont il s'agit ici. Ces expériences devraient pouvoir se multiplier, d'autant plus qu'elles répondent à plusieurs problèmes en même temps, sans rester confinées au domaine de la dyslexie. Pour autant, une telle stratégie ne permettra pas de faire l'économie d'une prise en charge individuelle pour certains enfants. Dès lors, la question résidera dans l'articulation entre la prise en charge individuelle (soins) et la prise en charge pédagogique qui doit se poursuivre à l'école.

Prise en charge individuelle/coordination et articulation entre éducation et soins

Bernard GOSSOT appelle à la distinction des notions de repérage, de dépistage et de diagnostic. Le repérage peut être effectué par les enseignants mais non seuls. Les intervenants des RASED peuvent leur apporter un concours utile sur ce point, notamment à travers la prise en charge, en classe, de petits groupes spécifiques auxquels des personnels extérieurs pourraient être associés : orthophonistes, intervenants des SESSAD... Les médecins et psychologues scolaires, eux, ne sont pas suffisamment présents.

Le dépistage relève du médecin de PMI ou du médecin de santé scolaire. Enfin, le diagnostic relève des centres de référence. Catherine BILLARD précise qu'effectivement entre les centres de référence et les enseignants, il existe des personnes-ressources permettant d'éviter qu'un enseignant n'adresse directement une famille au centre de référence. Celui-ci répond à une vocation de seconde intention, en termes de sévérité ou de résistance du problème.

Frédérique LEFEVRE (Ministère de l'éducation nationale) précise que l'école n'est habilitée qu'à traiter la difficulté scolaire, sur le plan pédagogique. Lorsque l'enseignant ne sait plus quelle réponse pédagogique mobiliser, il peut se tourner vers d'autres acteurs comme les RASED. Frédérique LEFEVRE rappelle aussi que l'école n'est pas un lieu de soin : elle peut participer à la prévention par une réponse pédagogique, comme la loi de 2005 le précise. Michel FAYOL signale que le ministère de l'Éducation nationale a récemment envisagé l'introduction, en CMI, d'un outil permettant aux enseignants d'effectuer un repérage pouvant être suivi, le cas échéant, par la mise en œuvre d'activités telles que celles évoquées aujourd'hui. Frédérique LEFEVRE précise qu'il existe également des évaluations non obligatoires permettant aux enseignants de mettre en œuvre des réponses pédagogiques.

Bernard GOSSOT se dit en désaccord avec l'idée selon laquelle l'Éducation nationale serait fermée à toute intervention en son sein relevant d'une logique de soin : si l'école n'est pas un lieu de soins, les personnels de soins peuvent y intervenir pour faciliter l'éducation. Par ailleurs, Bernard GOSSOT signale que le terme d'entraînements pédagogiques risque d'être mal perçu par les enseignants, qui pourraient y voir la marque d'une approche comportementaliste. Catherine BILLARD précise que cette notion « d'entraînement » ne constitue en aucune façon l'action pédagogique principale.

Ariel CONTE note qu'au Canada, au sein de l'école sont présents des orthopédagogues à double compétence. Il souhaite que le clivage entre professionnels de santé et professionnels de l'éducation perde de sa prégnance en France. Il signale par ailleurs que les enveloppes de dotation aux réseaux ne permettent pas à ces derniers de prendre en charge les enfants qui en ont le plus besoin.

Isabelle DABOVILLE, (enseignante référente), précise qu'un dialogue avec les parents peut se traduire par la mise en place d'un projet personnalisé prévoyant l'intervention de services de soin au sein des écoles et l'aménagement du temps scolaire des enfants. Une interrogation demeure toutefois quant à la façon dont les demandes de moyens émergent dans ce cadre seront traitées par la Commission des droits et de l'autonomie (CDA).

Jean-François DEMONET constate que l'Éducation nationale redoute de se voir conduite à poser le diagnostic d'une « maladie grave du cerveau ». Il n'en reste pas moins qu'il existe des médecins de l'Éducation nationale.

S'ils étaient présents en nombre suffisant, ils pourraient jouer le rôle indispensable d'interface et d'orientation pour un trouble qui s'exprime d'abord à l'école. La réponse de soin doit s'articuler avec la réponse pédagogique ; les clivages doivent tomber pour faire place à une interconnexion entre ce qui relève du pédagogique et ce qui relève du sanitaire. Pour cela il faut des moyens et des structures. Le nombre de médecins et de psychologues scolaires, par exemple, devrait s'accroître. Jean-François DEMONET plaide pour la mixité de la prise en charge, que celle-ci soit individuelle ou collective.

Aménagements et adaptations pédagogiques

Ariel CONTE note que tous les aménagements accordés aux dyslexiques le sont au titre du handicap. Mais, le problème réside dans l'organisation pratique de ces aménagements et dans la diversité des pratiques d'un département à un autre. En tant que neurologue, Jean-François DEMONET souligne que l'application du décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et supérieur constitue une difficulté quotidienne et une demande extrêmement fréquente de la part des familles. Hélas, il existe une grande confusion en la matière, y compris parmi les intervenants académiques, notamment compte tenu de la diversité rencontrée dans la gravité des troubles.

Valérie CAPUANO-DELESTRE (bureau de l'ASH, adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés, au ministère de l'Education nationale), précise que l'aménagement des examens est indépendant du taux de handicap et de sa reconnaissance par les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées). Mais, il existe une difficulté pour les troubles spécifiques des apprentissages en raison du seuil de 50 %, défini comme une condition nécessaire à la reconnaissance du handicap. En revanche, la décision d'aménagements aux examens dépendra de l'Education nationale, de façon indépendante du taux de handicap. Michel ZORMAN souhaite que la compensation accordée, lors des examens aux élèves, ne compense pas un diagnostic mais bien un désavantage social au regard des études qu'ils suivent. Faute d'un tel principe, la compensation bénéficiera à de trop nombreux élèves, auquel cas elle perdra toute pertinence. Jean-François DEMONET précise qu'un diagnostic de dyslexie attestée à un moment donné du cursus ne constitue pas nécessairement en soi un argument suffisant pour justifier la mise en œuvre d'aménagements lors des examens. La compensation des déficits permet en effet dans de nombreux cas la poursuite d'études de haut niveau. La justification d'aménagements des conditions d'examen repose sur la mise en évidence par un examen neuropsychologique approprié de déficits persistants dans la capacité à lire et à comprendre un texte dans un délai conforme à la norme.

Jeanne-Marie URCUN rappelle que la circulaire évoquée concerne tout enfant présentant un trouble de la santé ou un handicap. Les mesures envi-

sageables en application de la circulaire sont liées à la conséquence d'un trouble dans la scolarité et le niveau élevé des performances d'un individu ne doit pas le priver d'aménagements auxquels son handicap lui donne droit. Franck RAMUS estime que la pente visant à compenser un « désavantage social » est glissante. Il suggère plutôt de compenser le handicap, celui-ci étant reconnu comme évolutif : le droit à la compensation peut se justifier à un moment donné et ne plus se justifier plus tard dans le cursus de l'élève.

Catherine BILLARD demande si un enfant souffrant d'un handicap susceptible d'évoluer peut avoir droit à des aménagements sans être reconnu comme handicapé par la Maison du handicap. Jeanne-Marie URCUN précise que toute demande, sur ce point, doit être adressée à la MDPH. Elle est alors examinée par un médecin désigné par celle-ci. Le médecin rencontre l'enfant et sa famille afin d'envisager les aménagements susceptibles d'être mis en œuvre. La demande d'aménagement est alors transmise au rectorat, qui, dans une très grande majorité de cas, répond favorablement à la demande. Valérie CAPUANO-DELESTRE estime que l'on peut conseiller aux parents de s'adresser aux médecins de l'Éducation nationale de l'établissement scolaire fréquenté par l'élève. Le passage par la MDPH aura lieu, car il est prévu par la procédure. Celle-ci pourra varier, toutefois, suivant les départements.

Bernard TOPUZ (Direction de l'Enfance et de la Famille de Seine-Saint-Denis) signale que certains parents refusent d'être adressés aux Maisons du handicap en raison d'un trouble qu'ils perçoivent comme passager. Bernard TOPUZ souligne aussi l'existence d'inégalités liées aux premières relations psychologiques dans la petite enfance et la question soulevée plus tôt sur le social se pose de façon similaire pour les facteurs d'ordre psychologique. Jean-Marie DANION considère qu'il existe un risque de « dramatisation » du trouble aux yeux des parents, ce qui plaide à ses yeux pour une rédaction prudente de la recommandation sur ce point. Ariel CONTE confirme que la reconnaissance du handicap constitue un débat récurrent dans toutes les associations. Mais les SESSAD ne pourront être mis en place sans une définition claire du handicap.

Christine GETIN (association TDAH) juge surtout difficiles à vivre les inégalités qui se font jour sur le terrain. Elle plaide aussi pour que l'on accorde un effort particulier à la « psycho-éducation » des parents, notion qu'elle préfère à celle de « guidance » des parents, étant entendu qu'une bonne compréhension du trouble constitue un premier pas vers sa résolution.

Liste des présents : Maria DE AGOSTINI (expert, Épidémiologie Inserm), Rémy BAILLY (Centre Référent du Langage et troubles d'apprentissage, Pitié-Salpêtrière), Xavier BLANC (Association les lavandes, Orpierre), Fabienne BONNIN (Centre expertise collective Inserm), Chritian BRECHOT (Directeur général de l'Inserm), Sandrine BROUSSOULOUX (INPES), Catherine BUTIKOFER (Association APEDA/FLA), Valérie CAPUANO-DELESTRE (Ministère de l'EN), Patrick CHANSON (Directeur adjoint Disc Inserm), Michèle CHARNEY (Association APEDYS), Anne-Marie CHARTIER (INRP), Dominique CHAUVIN (Centre Référent Pitié-Salpêtrière), Ariel CONTE (Association CORIDYS),

Isabelle DABOVILLE (SE UNSA), Jean-Marie-DANION (Professeur de Psychiatrie, Conseiller du Directeur général Inserm), Georges DELLATOLAS (Inserm), Jean-François DEMONET (expert, Neurologie, Inserm), Dominique DONNET-KAMEL (Chargée de Mission Inserm-association, Disc), Marie-Christine DROCHON (SNMSU-UNSA), Anne-Christine DUPONT (FNO/UNADREO), Jeanne ETIEMBLE (Directrice Centre d'expertise collective Inserm), Michel FAYOL (expert, Laboratoire de Psychologie sociale et cognitive, Université Clermont-Ferrand), Pascale GERBOUIN (Inserm), Christine GETIN (Association TDAH), Bernard GOSSOT (Académie Créteil), Barbara KNOCKAERT (SNUIPP), Anne LAUNOIS (Accompagnement expertises, Disc), Frédérique LEFEVRE (DGESCO), Marie-Thérèse LE NORMAND (expert, Inserm), Sylviane LEWICK-DERAISON (UNADREO), Claire MELJAC (CHS Sainte-Anne-UPPEA), Anne MIGNOT (Bureau de presse Inserm, Disc), Anne-Marie MONTARVAL (Association, APEDA/FLA), Isabelle NOCUS (Université Nantes UFR Psychologie), Anne-Laure PELLIER (Centre expertise collective Inserm), Christine PLOUZENNEC (AFPS), Franck RAMUS (expert, Laboratoire sciences cognitives et psycholinguistique, ENS Paris), Scania de SCHONEN (Université Paris 5), Taraneh SHOJAEI-BROSSEAU (MGEN), Liliane SPRENGER-CHAROLLES (expert, Laboratoire psychologie expérimentale, Boulogne), Anne TERLEZ (PEEP), Gérard TOUPIOL (FNAME), Monique TOUZIN (CHU Bicêtre), Bernard TOPUZ (PMI), Jeanne-Marie URCUN (Médecin Education nationale DGESCO), Laurence VAIVRE-DOURET (Inserm, Hopital Necker), Céline VRIDAUD, (FNAME), Michel ZORMAN (CHU Grenoble),

Liste des excusés : Jean-Claude AMEISEN (Comité d'éthique Inserm), Pierre BAROUILLET (expert, Université Genève), Marc BRODIN (Université Paris), Martine CARAGLIO (Académie de Paris), Claude CHEVRIE-MULLER (Inserm), Philippe CLAU (Inspection EN), Stanislas DEHAENE (Inserm, CEA), Ghislaine DEHAENE-LAMBERTZ (CNRS), Michel DELEAU (Université Rennes), Agnès FLORIN (Université Nantes), Nicole GENEIX (Observatoire de l'enfance), Nicolas GEORGIEFF (Institut des Sciences Cognitives, Bron), Nathalie GUIGNON (DGS, DREES), Jean-Emile GOMBERT (expert, Université Rennes), Michel HABIB (expert, CHU Marseille), Gisèle JEAN (SNES-FSU), Irène KAHN-BENSAUDE (Ordre des médecins), Brigitte LEFEUVRE (DGS), Jean-Jacques LEMIRE (psychologue scolaire), Philippe MEIRIEU (Université Lyon), Marie-Noëlle METZ-LUTZ (CNRS), Agnès MITTON (CMPP Corbeil Essonnes), Gille MOINDROT (SNUIPP), Dominique MOTHES (SNMSU), Philippe NIEMEC (SE-UNSA), Monique PLAZA (Université Paris), Hélène RABATE (SNPDEN), Jean-Charles RINGARD (Académie Nantes), Patrick ROUMAGNAC (SNIEN-UNSA), Martine SAFRA (Education nationale), Gérard SCHMIT (CHU Reims), Anne TURSZ (CNRS), Sylviane VALDOIS (expert, Université Grenoble), Louis VALLÉE (CHRU Lille), Florence VEBER (Santé Mairie de Paris), Jean-Luc VILLENEUVE (SGEN-CFDT).

L'Inserm et le groupe d'experts remercient tous les participants pour la qualité des débats et remercient également les nombreuses personnalités du secteur de l'Education et de la Santé qui ont adressé des commentaires sur la synthèse et les recommandations. Leur contribution a été prise en compte dans la version finale du document.

ANNEXE 1

Expertise collective Inserm

Éléments de méthode

L'Expertise collective Inserm¹⁴ apporte un éclairage scientifique sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique. L'Expertise collective Inserm doit être considérée comme une étape initiale, nécessaire mais le plus souvent non suffisante, pour aboutir aux prises de décision. Les conclusions apportées par les travaux d'expertise collective contribuent, mais ne peuvent se substituer, au débat des professionnels concernés ou au débat de société si les questions traitées sont particulièrement complexes et sensibles.

L'Expertise collective Inserm peut être complétée, à la demande d'un commanditaire, par une expertise « opérationnelle » qui s'intéresse à l'application des connaissances et recommandations en tenant compte de facteurs contextuels (programmes existants, structures, acteurs, formations...). Ce type d'expertise sollicite la participation d'acteurs de terrain susceptibles de répondre aux aspects de faisabilité, de représentants d'administrations ou institutions chargées de promouvoir les applications dans le domaine concerné, d'experts ayant participé aux expertises, de représentants d'associations de patients. La mise en commun de cultures et d'expériences variées permet une approche complémentaire à l'expertise collective dans un objectif d'opérationnalité. De même, différents travaux (recommandations de bonnes pratiques, audition publique...) conduits sous l'égide de la Haute autorité de santé (HAS) peuvent faire suite à une expertise collective Inserm.

L'expertise collective est une mission de l'Inserm depuis 1994. Une soixantaine d'expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé. L'Institut est garant des conditions dans lesquelles l'expertise est réalisée (exhaustivité des sources documentaires, qualification et indépendance des experts, transparence du processus).

Le Centre d'expertise collective Inserm organise les différentes étapes de l'expertise depuis la phase d'instruction jusqu'aux aspects de communication du rapport avec le concours des services de l'Inserm. L'équipe du Centre d'ex-

14. Label déposé par l'Inserm

expertise collective constituée d'ingénieurs, de chercheurs et d'un secrétariat assure la recherche documentaire, la logistique et l'animation des réunions d'expertise, et contribue à la rédaction scientifique et à l'élaboration des produits de l'expertise. Des échanges réguliers avec d'autres organismes publics (EPST) pratiquant le même type d'expertise collective ont permis de mettre en place des procédures similaires.

Instruction de la demande

La phase d'instruction permet de définir la demande avec le commanditaire, de vérifier qu'il existe bien une littérature scientifique accessible sur la question posée et d'établir un cahier des charges qui précise le cadrage de l'expertise (état des lieux du périmètre et des principales thématiques du sujet), sa durée et son budget à travers une convention signée entre le commanditaire et l'Inserm.

Au cours de cette phase d'instruction sont également organisées par l'Inserm des rencontres avec les associations de patients pour prendre connaissance des questions qu'elles souhaitent voir traitées et des sources de données dont elles disposent. Ces informations seront intégrées au programme scientifique de l'expertise. Pour certains sujets, un échange avec des partenaires industriels s'avère indispensable pour avoir accès à des données complémentaires inaccessibles dans les bases de données.

Mise en place d'un comité de suivi et d'une cellule d'accompagnement de l'expertise

Un comité de suivi constitué de représentants du commanditaire et de l'Inserm est mis en place. Il se réunit plusieurs fois au cours de l'expertise pour suivre la progression du travail des experts, évoquer les difficultés éventuelles rencontrées dans le traitement des questions, veiller au respect du cahier des charges et examiner d'éventuels nouveaux éléments du contexte réglementaire et politique utiles pour le travail en cours. Le comité est également réuni en fin d'expertise pour la présentation des conclusions de l'expertise avant l'établissement de la version finale du rapport.

Pour les expertises traitant de sujets sensibles, une cellule d'accompagnement est également mise en place qui réunit des représentants de la Direction générale de l'Inserm, du conseil scientifique, du comité d'éthique de l'Inserm, du département de la communication, des chercheurs en sciences humaines et sociales et des spécialistes d'histoire des sciences. Cette cellule a pour rôle de repérer au début de l'expertise les problématiques susceptibles d'avoir une forte résonance pour les professionnels concernés et pour la société civile et de suggérer l'audition de professionnels des domaines connexes, de représentants de la société civile et d'associations de patients. En bref, il s'agit de

prendre la mesure de la perception que les différents destinataires pourront avoir de l'expertise. Avant la publication de l'expertise, la cellule d'accompagnement porte une attention particulière à la façon dont la synthèse et les recommandations sont rédigées incluant si nécessaire l'expression de différents points de vue. En aval de l'expertise, la cellule a pour mission de renforcer et d'améliorer la diffusion des résultats de l'expertise en organisant par exemple des colloques ou séminaires avec les professionnels du domaine et les acteurs concernés ou encore des débats publics avec les représentants de la société civile. Ces échanges doivent permettre une meilleure compréhension et une appropriation de la connaissance issue de l'expertise.

Réalisation de la recherche bibliographique

Le cahier des charges, établi avec le commanditaire, est traduit en une liste exhaustive de questions scientifiques correspondant au périmètre de l'expertise avec l'aide de scientifiques référents du domaine appartenant aux instances de l'Inserm. Les questions scientifiques permettent d'identifier les disciplines concernées et de construire une arborescence de mots clés qui servira à une interrogation systématique des bases de données biomédicales internationales. Les articles et documents sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre aux questions scientifiques constituent la base documentaire qui sera transmise aux experts. Il sera demandé à chacun des membres du groupe de compléter tout au long de l'expertise cette base documentaire.

Des rapports institutionnels (parlementaires, européens, internationaux...), des données statistiques brutes, des publications émanant d'associations et d'autres documents de littérature grise sont également repérés (sans prétention à l'exhaustivité) pour compléter les publications académiques et mis à la disposition des experts. Il leur revient de prendre en compte, ou non, ces sources selon l'intérêt et la qualité des informations qu'ils leur reconnaissent. Enfin, une revue des principaux articles de la presse française est fournie aux experts au cours de l'expertise leur permettant de suivre l'actualité sur le thème et sa traduction sociale.

Constitution du groupe d'experts

Le groupe d'experts est constitué en fonction des compétences scientifiques nécessaires à l'analyse de l'ensemble de la bibliographie recueillie et à la complémentarité des approches. L'Expertise collective Inserm étant définie comme une analyse critique des connaissances académiques disponibles, le choix des experts se fonde sur leurs compétences scientifiques, attestées par leurs publications dans des revues à comité de lecture et la reconnaissance par leurs pairs. La logique de recrutement des experts fondée sur leur compétence

scientifique et non leur connaissance du terrain est à souligner, dans la mesure où il s'agit d'une source récurrente de malentendus lors de la publication des expertises.

Les experts sont choisis dans l'ensemble de la communauté scientifique française et internationale. Ils doivent être indépendants du partenaire commanditaire de l'expertise et de groupes de pression reconnus. La composition du groupe d'experts est validée par la Direction générale de l'Inserm.

Plusieurs scientifiques extérieurs au groupe peuvent être sollicités pour apporter ponctuellement leur contribution sur un thème particulier au cours de l'expertise.

Le travail des experts dure de 12 à 18 mois selon le volume de littérature à analyser et la complexité du sujet.

Première réunion du groupe d'experts

Avant la première réunion, les experts reçoivent un document explicatif de leur mission, le programme scientifique (les questions à traiter), le plan de travail, la base bibliographique de l'expertise établie à ce jour ainsi que les articles qui leur sont plus spécifiquement attribués selon leur champ de compétence.

Au cours de la première réunion, le groupe d'experts discute la liste des questions à traiter, la complète ou la modifie. Il examine également la base bibliographique et propose des recherches supplémentaires pour l'enrichir.

Analyse critique de la littérature par les experts

Au cours des réunions, chaque expert est amené à présenter oralement son analyse critique de la littérature sur l'aspect qui lui a été attribué dans son champ de compétence en faisant la part des acquis, incertitudes et controverses du savoir actuel. Les questions, remarques, points de convergence ou de divergence suscités par cette analyse au sein du groupe sont pris en considération dans le chapitre que chacun des experts rédige. Le rapport d'analyse, regroupant ces différents chapitres, reflète ainsi l'état de l'art dans les différentes disciplines concernées par le sujet traité. Les références bibliographiques utilisées par l'expert sont citées au sein et en fin de chapitre.

Synthèse et recommandations

Une synthèse reprend les grandes lignes de l'analyse de la littérature et en dégage les principaux constats et lignes de force. Certaines contributions d'intervenants extérieurs au groupe peuvent être résumées dans la synthèse.

Cette synthèse est plus spécifiquement destinée au commanditaire et aux décideurs dans une perspective d'utilisation des connaissances qui y sont présentées. Son écriture doit donc tenir compte du fait qu'elle sera lue par des non scientifiques.

Dès la publication du rapport, cette synthèse est mise en ligne sur le site Web de l'Inserm. Elle fait l'objet d'une traduction en anglais qui est accessible sur le site du NCBI/NLM (*National Center for Biotechnology Information* de la *National Library of Medicine*) et Sinapse (*Scientific INformation for Policy Support in Europe*, site de la Commission Européenne).

À la demande du commanditaire, certaines expertises collectives s'accompagnent de « recommandations ». Deux types de « recommandations » sont formulés par le groupe d'experts. Des « principes d'actions » qui s'appuient sur un référentiel scientifique validé pour définir des actions futures en santé publique (essentiellement en dépistage, prévention et prise en charge) mais qui en aucun cas ne peuvent être considérés comme des recommandations « opérationnelles » dans la mesure où les éléments du contexte économique ou politique n'ont pas été pris en compte dans l'analyse scientifique. Des « axes de recherche » sont également proposés par le groupe d'experts pour combler les lacunes de connaissances scientifiques constatées au cours de l'analyse. Là encore, ces propositions ne peuvent être considérées comme des recherches « prioritaires » sans une mise en perspective qu'il revient aux instances concernées de réaliser.

Lecture critique du rapport et de la synthèse par des grands « lecteurs »

Pour certaines expertises traitant de sujets sensibles, une note de lecture critique est demandée à plusieurs grands « lecteurs » choisis pour leurs compétences scientifiques ou médicales, exerçant des fonctions d'animation ou d'évaluation dans des programmes de recherche français ou européens ou encore participant à des groupes de travail ministériels. De même, le rapport et la synthèse (et recommandations) peuvent être soumis à des personnalités ayant une bonne connaissance du « terrain » et susceptibles d'appréhender les enjeux socioéconomiques et politiques des connaissances (et propositions) qui sont présentées dans l'expertise.

Présentation des conclusions de l'expertise et mise en débat

Un séminaire ouvert à différents milieux concernés par le thème de l'expertise (associations de patients, associations professionnelles, syndicats, institutions...) permet une première mise en débat des conclusions de l'expertise. C'est à partir de cet échange que peut être établie la version finale du document de synthèse intégrant les différents points de vue qui se sont exprimés.

ANNEXE 2

Centres référents pour les troubles du langage

Régions	Établissements
Alsace	Unité d'évaluation des troubles d'apprentissage Strasbourg Hôpitaux universitaires de Strasbourg Responsable : Dr A. de Saint Martin Rattachement : Service de Pédiatrie 1 (Pr Fischbach) Site : CHU Hautepierre Avenue Molière 67098 Strasbourg cedex Téléphone : 03 88 12 83 28 Fax : 03 88 12 83 30
Aquitaine	Centre de référence des troubles spécifiques du langage Bordeaux Responsable : Dr M. Husson/Dr Pedespan Rattachement : CHU Bordeaux Département de pédiatrie médicale Site : Hôpital Pellegrin-Enfants Place Amélie Raba Léon 33076 Bordeaux cedex Téléphone : 05 56 79 59 36 Fax : 05 56 79 60 54
Auvergne	Unité d'évaluation des troubles du développement Clermont-Ferrand Responsable : Dr J. Geneste Rattachement : CHU de Clermont-Ferrand Site : Groupe hospitalier Saint-Jacques Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent BP 69 63003 Clermont-Ferrand cedex 1 Téléphone : 04 73 75 19 50/19 52 Fax : 04 73 75 19 51
Basse-Normandie	Centre audition et langage, et troubles des apprentissages Caen Responsable : Dr MJ. Penniello-Valette Rattachement : CHU Caen Site : CHRU de Caen Service de pédiatrie B Avenue Georges-Clémenceau 14033 Caen cedex

Régions	Établissements
	<p>Téléphone : 02 31 27 25 77 Fax : 02 31 27 25 81</p> <p>Centre Audition et Langage Caen Responsable : Pr Valdazo Rattachement : CHU Caen Site : CHU Côte de Nacre Service : Service ORL CHU Côte de Nacre 14033 Caen cedex Téléphone : 02 31 06 46 40 Fax : 02 31 06 49 16</p>
Bourgogne	<p>Dijon Responsable : Pr Huet CHU de Dijon Service de pédiatrie et génétique médicale 1 boulevard Jeanne d'Arc BP 77908 21079 Dijon cedex Téléphone : 03 80 29 34 14</p>
Bretagne	<p>Rennes Responsable : Dr Allaire/Dr Pialoux Rattachement : CHRU de Rennes Service MPR enfants 2 rue Henri Guillou 35033 Rennes cedex 9 Téléphone : 02 99 28 95 33 Fax : 02 99 28 42 05</p> <p>Brest Responsable : Dr S. Peudener Rattachement : CHU de Brest Service pédiatrie et génétique médicale 2 avenue Foch 29609 Brest cedex Téléphone : 02 98 22 36 57</p>
Centre	<p>Réseau DYS 45 Orléans Responsable : Dr C. Boisseau/Dr Bentata Rattachement : CHR Orléans Site : Hôpital Porte Madeleine 1, rue Porte Madeleine 45032 Orléans cedex 1 Téléphone : 02 38 74 44 61 Centre référent des troubles du langage et des apprentissages Tours Responsable : Dr MA. Barthez</p>

Régions	Établissements
	<p>Rattachement : CHRU Tours Site : Hôpital Clocheville Service de neurologie pédiatrique 49, boulevard Béranger 37044 Tours Téléphone : 02 47 47 47 57 Fax : 02 47 47 82 50</p>
Champagne-Ardenne	<p>Centre régional de référence sur les troubles spécifiques du développement du langage oral et écrit Reims Responsables : Pr J. Motte/Pr G. Schmit Rattachement : CHU Reims Site : American Memorial Hospital Service de pédiatrie A 47, rue Cognacq-Jay 51092 Reims cedex Téléphone : 03 26 78 88 70 Fax : 03 26 78 91 62</p>
Franche-Comté	<p>Centre de référence des troubles d'apprentissage de l'enfant du langage oral/écrit Besançon Responsable : Dr D. Amsellem Rattachement : CHU de Besançon Site : CHU Saint-Jacques Service de pédiatrie 2 place Saint-Jacques 25000 Besançon Téléphone : 03 81 21 84 29</p>
Haute-Normandie	<p>Rouen Responsables : Dr Marret/Dr Charollais Rattachement : CHU Rouen Site : CHU Charles Nicolle 1 rue de Germont 76000 Rouen Téléphone : 02 32 88 01 03/80 99 Fax : 02 32 88 86 33</p> <p>Le Havre Responsable : Dr J. Bouilloche Rattachement : CH du Havre Site : Hôpital Flaubert Service de neuropédiatrie BP 24 76083 Le Havre cedex Téléphone : 02 32 73 36 30 Fax : 02 32 73 35 51</p>


Régions	Établissements
Ile-de-France	<p>Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Paris Responsable : Dr E. Lenoble Rattachement : Centre Hospitalier Sainte Anne (CHSA) Site : Centre Hospitalier Sainte Anne (CHSA) Service de psychologie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - 6^e secteur de psychiatrie infantojuvénile 1, rue Cabanis 75014 Paris Téléphone : 01 45 65 80 69</p> <p>Centre de Garches Garches Responsable : Pr P. Azouvi Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Raymond Poincaré Service de médecine physique et réadaptation de l'enfant 104, boulevard Raymond Poincaré 92380 Garches Téléphone : 01 47 10 79 16/79 10/76 58 Fax : 01 47 10 79 15</p> <p>Centre du langage d'Avicenne Bobigny Responsable : Pr MR. Moro Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Avicenne Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Bâtiment Claude Bernard - Porte 3 - 1^{er} étage 125, rue de Stalingrad 93009 Bobigny cedex Téléphone : 01 48 95 53 74</p> <p>Unité de rééducation neuropédiatrique Le Kremlin Bicêtre Responsable : Dr C. Billard Rattachement : AP-HP Site : CHU Bicêtre Unité de rééducation neuropédiatrique 78, rue du Général Leclerc 94275 Le Kremlin Bicêtre Téléphone : 01 45 21 22 90/24 89</p> <p>Unité de langage et de neuropsychologie Responsables : Pr Billette de Villemeur/Pr Ponsot Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Trousseau Service de neuropédiatrie 26, avenue du Dr Arnold Netter 75012 Paris Téléphone : 01 44 73 66 37</p>

Régions	Établissements
	<p>Centre référent des troubles du langage et des apprentissages Responsable : Pr B. Golse Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Necker Enfants malades Service de pédopsychiatrie 149-161, rue de Sèvres 75015 Paris Téléphone : 01 44 49 46 44 Fax : 01 44 49 47 10</p> <p>Centre de référence des troubles du langage du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré Responsables : Dr MF. Le Heuzey/Pr MC. Mouren-Simeoni/Dr CL. Gerard/ Dr S. Franc Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Robert Debré Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent 48, boulevard Sérurier 75019 Paris Téléphone : 01 40 03 22 67/22 63 Fax : 01 40 03 22 97</p> <p>Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Responsables : Pr Philippe MAZET/Dr David COHEN Rattachement : AP-HP Site : CHU Pitié-Salpêtrière 47, bd de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13 Téléphone : 01 42 16 23 63/23 33 Fax : 01 42 16 23 31</p>
Languedoc-Roussillon	<p>Centre référent pour l'analyse des outils du langage Montpellier Responsable : Pr B. Echenne Rattachement : CHU Montpellier Site : Hôpital Gui de Chauliac Service neuropédiatrie 34295 Montpellier Téléphone : 04 67 33 72 23/01 82 Fax : 04 67 33 77 33</p> <p>Unité de neuropsychologie et analyse des troubles du langage Montpellier Responsable : Dr R. Cheminal Rattachement : CHU de Montpellier Site : Hôpital Gui de Chauliac Service de neuropédiatrie 80, avenue Augustin Fliche 34295 Montpellier cedex 5 Téléphone : 04 67 33 01 89 Fax : 04 67 33 77 33</p>


Régions	Établissements
Limousin	Centre de référence des troubles de l'apprentissage Limoges Responsable : Pr C. Laroche Rattachement : CHU Limoges Site : CHU Dupuytren Département de pédiatrie médicale 2 avenue M.L. King 87042 Limoges cedex 1 Téléphone : 05 55 05 68 80 Fax : 05 55 05 67 97
Lorraine	Nancy CHU de Nancy Pr Vidailhet
Midi-Pyrénées	Centre d'évaluation des troubles de langage et des difficultés d'apprentissage chez l'enfant Toulouse Responsable : Dr Y. Chaix Rattachement : CHU Toulouse Site : Hôpital des enfants 330 avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 31059 Toulouse cedex 9 Téléphone : 05 34 55 87 05 Fax : 05 34 55 87 10 Centre référent du Piémont pyrénéen Tarbes Responsable : Dr JC. Netter Site : Centre hospitalier de Tarbes Service de pédiatrie et néonatalogie Boulevard de Lattre de Tassigny BP 1330 65013 Tarbes cedex 9 Téléphone : 05 62 51 54 26 Fax : 05 62 51 58 41
Nord - Pas-de-Calais	Centre d'expertise des troubles des apprentissages pour la région NPC Lille Responsables : Pr L. Vallee/Dr MP. Lemaître Rattachement : CHRU Lille/GHICL Lille Site : Hôpital Roger Salengro Service de neurologie pédiatrique 59037 Lille cedex Téléphone : 03 20 44 40 57 Fax : 03 20 44 53 93
Pays de la Loire	Centre de référence des troubles spécifiques pour l'apprentissage du langage Nantes Responsable : Pr Beauvillain de Montreuil Rattachement : CHU Nantes Site : Hôtel Dieu - Hôpital Mère Enfant

Régions	Établissements
	<p>Service ORL 1, place Alexis Ricordeau 44093 Nantes cedex 1 Téléphone : 02 40 08 43 09 Fax : 02 40 08 34 77</p>
Picardie	<p>Centre de référence régional des troubles du langage et des apprentissages Amiens Responsable : Pr P. Berquin Rattachement : CHU Amiens Site : Hôpital Nord Département de pédiatrie Place Victor Pauchet 80054 Amiens Téléphone : 03 22 66 87 32 Fax : 03 22 66 82 94</p>
Poitou-Charentes	<p>CMPEA Poitiers Responsable : Dr J. Uze Rattachement : CH Henri Laborit 7 allée Martin Luther King 86000 Poitiers Téléphone : 05 49 01 62 30 Fax : 05 49 01 40 20</p>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	<p>Marseille Responsable : Pr Mancini Rattachement : CHU Marseille Site : Hôpital Timone Service de neurologie pédiatrique 264 rue Saint Pierre 13385 Marseille cedex 5 Téléphone : 04 91 38 68 07 Fax : 04 91 38 68 09</p> <p>Nice Responsable : Dr C. Richelme Rattachement : CHU Nice Site : Hôpital de l'Archet 2 Unité de neuropédiatrie BP 3079 06202 Nice cedex 3 Téléphone : 04 92 03 60 80/93 03 Fax : 04 92 03 60 81</p>
Rhône-Alpes	<p>Centre de dépistage et de référence des troubles des apprentissages scolaires Grenoble Responsable : Dr A. Joannard Rattachement : CHU Grenoble Site : Hôpital de La Tronche</p>

Régions	Établissements
	<p>Département de pédiatrie BP 217 38013 Grenoble cedex 09 Téléphone : 04 76 76 92 98 Fax : 04 76 76 58 30</p> <p>Centre d'évaluation des troubles du langage Saint-Étienne Responsable : Dr G. Damon Rattachement : CHU Saint-Étienne Site : Hôpital Nord Service de pédiatrie Niveau -1 / Secteur mère-enfant 42055 Saint-Étienne cedex Téléphone : 04 77 82 80 38/82 91</p> <p>Service d'exploration fonctionnelle – ORL Lyon Responsables : Pr L. Collet / Dr I. Soares-Boucaud Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Hôpital Édouard Herriot Place d'Arsonval 69003 Lyon Téléphone : 04 72 11 05 17 Fax : 04 72 11 05 04</p> <p>Service de neuropédiatrie de l'enfant Responsable : Dr O. Revol Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Hôpital Pierre Wertheimer Unité 502 59 Boulevard Pinel 69394 Lyon cedex 03 Téléphone : 04 72 35 74 57/75 94 Fax : 04 72 35 73 43</p> <p>Service de pédiatrie/Unité de neurologie Pierre Bénite Responsables : Pr M. David / Dr C. Rousselle Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Centre Hospitalier Lyon Sud 69405 Pierre Bénite cedex Téléphone : 04 78 86 14 95 Fax : 04 78 86 57 16</p>
Dom Réunion	<p>Unité référente des troubles des apprentissages Saint-Denis Responsable : Dr S. Burlot Rattachement : Hôpital d'enfants Site : Hôpital d'enfants 60, rue Bertin BP 840 97476 Saint-Denis cedex Téléphone : 02 62 90 87 06/87 79 Fax : 02 62 90 87 79</p>



Expertise collective



ISBN 978-2-85598-857-8

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

www.inserm.fr