

Mots clés :
Dyslexie
Enfant

L'enfant dyslexique : quels soins et quand ?

Le diagnostic formel de troubles des apprentissages n'est possible qu'après leur mise en œuvre, quand il est bien tard pour intervenir (*Bibliomed 644*), alors qu'il n'est pas possible de parler de dyslexie à leur début (*Bibliomed 646*). A défaut, existe-t-il une intervention précoce utile aux enfants « à risque de développer une dyslexie » mais aussi à l'ensemble des « mauvais lecteurs » ? Pour ceux qui « résisteraient » à cette aide de première intention, quelle mode de prise en charge individuelle peut-on prévoir ? Il existe des éléments de réponses argumentées à ces questions¹⁻³, bien que la plupart des traitements préconisés pour la dyslexie et les troubles d'apprentissage en général ne soient toujours pas évalués, ceux qui l'ont été donnant des résultats peu différents de ceux du placebo^{1,2}.

Peut-on « prédire » la dyslexie ?

Elle est pour l'essentiel liée au langage oral. Elle préexiste donc à l'apprentissage du langage écrit. Des troubles comportementaux détectables avant l'entrée au primaire (hyperactivité...) et/ou à des facteurs génétiques (un parent au premier degré dyslexique double le risque d'être dyslexique) sont des facteurs prédictifs, mais seulement probabilistes. Il n'y a pas de distinction nette entre bons lecteurs et dyslexiques, mais un continuum au niveau des performances de lecture¹.

Réponse de 1^{ère} intention : à l'école

Une pédagogie ciblée (programmes d'entraînement sur certains mots) est utile à tous les enfants en difficulté : elle fournit aux *non dyslexiques* le soutien nécessaire pour compenser leur faible niveau de langage oral ou leurs handicaps socioculturels ; aux *dyslexiques* une aide précoce pouvant atténuer leurs difficultés et éviter à certains d'entrer dans la spirale de l'échec^{1,2}. La méta-analyse d'Ehri et al.ⁱⁿ¹ a montré en 2001 sur 52 études que l'effet de ces programmes est important chez tous les enfants, à la fois pour identifier et pour comprendre les mots. L'effet reste statistiquement, mais plus modérément, significatif sur la lecture et l'écriture. La prise en charge peut être effectuée précocement, dès le milieu du CP, pour tous les mauvais lecteurs, sans attendre un diagnostic de dyslexie. Elle peut être réalisée par les enseignants eux-mêmes, après formation spécifique, au mieux « en petits groupes à besoins similaires ou en

individuel ; être explicite, intensive, avec renforcement positif ; associer travail sur la conscience phonologique et décodage »¹.

Si cette 1^{ère} réponse échoue...

Le médecin traitant prescrit un *bilan orthophonique* que réalise l'orthophoniste avant de commencer une rééducation adaptée aux besoins et compétences de l'enfant. *Les différentes formes de rééducation* reposent toutes sur un entraînement des capacités phonologiques, de la lecture, et une mise en place de stratégies de compensation³. Cependant, elles sont peu évaluées, à l'exception de quelques techniques concernant les capacités phonologiques et la lecture aux États-Unis, sans équivalent direct français. D'autres professionnels interviennent en cas de *difficultés globales* (rééducation psychomotrice et/ou ergothérapeutique des dysgraphies) ou de *comorbidités* : lorsque l'enfant et/ou sa famille sont en souffrance, une approche psychologique doit compléter l'approche cognitive. Entre les différents acteurs, médecins et infirmières scolaires, enseignants, orthophonistes, Maisons départementales des personnes handicapées pour les formes sévères, centres régionaux de référence, il est crucial de clarifier le rôle dévolu à chacun pour mettre en place la coordination nécessaire. Le rôle du médecin traitant, qui répond à la demande des parents et adresse à l'orthophoniste pour bilan et rééducation reste à définir...

Que conclure pour notre pratique ?

La dyslexie peut conduire à la marginalisation voire à la stigmatisation, de ces enfants. Les difficultés scolaires et les échecs qui en découlent peuvent aboutir à des difficultés d'insertion sociale à l'âge adulte. Quelques facteurs « prédictifs » doivent attirer l'attention, pour intervenir très tôt dans le cadre scolaire habituel auprès de tous les enfants en difficulté, dyslexiques ou non.

En cas d'échec de cette intervention de 1^{ère} intention, la prise en charge doit être interdisciplinaire, mais... L'IGAS⁴ recommandait en 2002 qu'elle soit « *précoce, souple et organisée, individualisée, multidisciplinaire et soumise à des contrôles-évaluations, diversifiée et évolutive, coordonnée et intégrée dans un processus de contrôle de qualité* », utilisant au mieux les institutions existantes (le médecin de famille n'était jamais envisagé comme éventuel intervenant).

Il n'apparaît pas clairement que la question ait beaucoup évolué ces 10 dernières années. Il n'y a pas d'explication exclusivement biologique ou exclusivement environnementale (sociologique, pédagogique, psychologique...) de la dyslexie. Ce qui en fait probablement toute la complexité...

Références

- 1- INSERM. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie - Bilan des données scientifiques. 2007.
- 2- Guillot E. L'accompagnement des élèves « dys » dans un collège. *Médecine*. 2012 ; à paraître.
- 3- Ramus F. Les troubles spécifiques de la lecture. In: In Ionescu S et al. (Eds.), *Nouveau cours de psychologie. Psychologie du développement et de l'éducation*. Paris: PUF; 2007.
- 4- Rousseau-Giral AC et al. Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. *Rapport IGAS*. Janvier 2002.