

Difficultés de lecture et troubles spécifiques du langage : approche médicale ou approche pédagogique ?

Hervé Benoit

► **To cite this version:**

Hervé Benoit. Difficultés de lecture et troubles spécifiques du langage : approche médicale ou approche pédagogique ?. La nouvelle revue de l'AIS, Adaptation et intégration scolaires, Cnefei, 2004, pp.23-32. <http://inshea.fr/fr/content/la-nouvelle-revue> . hal-01894340

HAL Id: hal-01894340

<https://hal-inshea.archives-ouvertes.fr/hal-01894340>

Submitted on 15 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Difficultés de lecture et troubles spécifiques du langage : approche médicale ou approche pédagogique ?

Hervé BENOIT

Agrégé de l'Université

Inspecteur de l'Éducation nationale chargé de l'AIS

Résumé : Les recherches sur la dyslexie s'inscrivent historiquement et épistémologiquement dans le courant des sciences de la nature, dont les modèles théoriques, largement inspirés des recherches menées aux États-Unis, conduisent à postuler que l'explication des conduites humaines doit être plutôt recherchée dans des déterminants biologiques que dans des déterminants environnementaux. Dans le même temps, l'évolution de la conception du handicap dans le sens d'une construction sociale invite à aborder les questions de l'enseignement dans une perspective socioculturelle qui privilégie la situation d'apprentissage plutôt que la focalisation sur l'individualisation des difficultés et la recherche de solutions compensatrices des déficits dans des savoirs experts. Cet article tente de faire le point sur le positionnement et les enjeux du **Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble du langage oral et écrit** de janvier 2002 dans ce contexte théorique et institutionnel.

Mots-clés : Compétences phonologiques - Culture de l'écrit - Déficience - Difficulté de lecture - Dyslexie - Médicalisation - Situation d'apprentissage - Trouble spécifique du langage.

La question de la difficulté d'apprendre a connu, au cours du XX^e siècle, en France et en Europe, de profondes évolutions, mais les nouvelles conceptions ne se sont jamais complètement substituées aux anciennes et les structures scolaires ont parfois très longuement survécu à l'abandon, voire à la faillite, des idées qui les avaient inspirées et légitimées. Ce phénomène bien connu dans notre pays de stratification des modes d'organisation qui caractérise le domaine de l'Éducation nationale, n'est pas seulement dû à l'inertie d'un système dont le gigantisme ferait obstacle à toute capacité de changement ; il est le reflet

de tendances contradictoires qui en un même moment de l'histoire coexistent au niveau scientifique et idéologique, les unes en mineures, les autres en dominantes, sans que l'on puisse véritablement avoir la certitude qu'un retournement de tendance ne peut advenir.

Ainsi le principe de la classe spéciale accueillant un public d'enfants *handicapés* recrutés sur la base d'une catégorie nosographique exclusive, préconisé par Alfred Binet pour les *anormaux d'école*, a-t-il été progressivement abandonné après avoir fait l'objet de vives critiques. Avant même le remplacement des Gapp¹ par les Rased² en 1990, les classes

1. Groupes d'aide psychopédagogique, créés en 1970.

2. Réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficultés, créés en 1990.

24

d'adaptation ne faisaient plus depuis longtemps l'objet d'une orientation par la CCPE ³ et elles furent pour la plupart remplacées par des regroupements d'adaptation qui, parce qu'ils étaient temporaires, ne remettaient pas en cause la fréquentation de la classe ordinaire; lorsque les Clis sont mises en place en 1991, la circulaire ⁴ précise en annexe que *l'on évitera de fonder le recrutement des élèves sur une seule caractéristique* (par exemple la trisomie 21); enfin les textes les plus récents préconisent, dans le second degré, des dispositifs collectifs d'intégration fondés sur des regroupements complémentaires de la classe ordinaire de référence, et, dans le premier degré, une plus grande ouverture de la Clis, voire dans certaines conditions un fonctionnement comme dispositif d'appui à la scolarisation dans la classe ordinaire de référence ⁵. C'est un principe d'ordre pédagogique qui sous-tend cette mise à distance de la catégorisation médicale: l'appartenance à une même catégorie diagnostique ne garantit nullement que les enfants présentent des besoins éducatifs identiques.

C'est dans un tel contexte, où s'opère un renversement de perspective qui voit la classe ordinaire, lieu de diversité, devenir la **référence**, en lieu et place de la classe spéciale, adossée à la catégorie, que la circulaire du 31 janvier 2001 envisage, il est vrai pour une minorité d'enfants (1 %),

une scolarisation en Clis ou dans la classe d'un établissement spécialisé pour des enfants présentant des *formes sévères* de troubles spécifiques du langage oral ou écrit ⁶.

UN DÉTOUR PAR LA SUÈDE: LE DAMP (DÉFICIT ATTENTIONNEL, MOTEUR ET/OU PERCEPTIF)

L'exemple de la situation suédoise, telle que la décrivent Claes Nilholm et Christer Hakanson ⁷, montre que l'ambivalence du système scolaire au regard de l'éducation des enfants à besoins éducatifs particuliers, est loin d'être l'apanage de la France. Dès 1962, étaient engagées une série de réformes dans le but de rendre l'éducation plus *inclusive*, c'est-à-dire de résoudre la plupart des problèmes que pouvaient rencontrer les élèves sans les exclure de leur classe ordinaire. Dans les programmes de 1969, il était spécifié, pour la première fois, que les difficultés des élèves à l'école pouvaient être dues aux conditions d'enseignement, plutôt qu'inscrites dans les caractéristiques de l'enfant. Ainsi dans la terminologie des textes officiels a-t-on vu l'expression *enfants en difficulté* être remplacée par *enfants en situation de difficulté* et, par voie de conséquence, des mesures étaient recommandées en vue de l'aménagement de l'environnement et de la prévention. Malgré tout, encore aujourd'hui, il existe des formes d'organisation ségréguatives,

3. Commission de circonscription préélémentaire et élémentaire.

4. Circulaire 91-304 du 18 novembre 1991 portant *Scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire. Classes d'intégration scolaire (Clis)*.

5. Circulaire 2002-113, du 30 avril 2002: *La Clis constitue dans l'école un dispositif ouvert et non une classe fermée sur elle-même... Pour les élèves scolarisés en Clis 2, 3 et 4, il est indispensable, en particulier au cycle 3, qu'ils soient intégrés à une classe de référence.*

6. On constate le même type de phénomène dans le champ des troubles du comportement, puisque les instituts de rééducation, à l'inverse des autres établissements du secteur médico-éducatif, ont connu une forte croissance en nombre d'établissements (+ 19%) et en nombre de places entre 1988 et 1998 (cf. le dossier du n° 26 de *La nouvelle revue de l'AIS*).

7. «L'Éducation spéciale dans le contexte suédois: bilan et perspectives», *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 22, Suresnes, 2003.

telles que les *särskolan*, qui sont des sortes d'écoles spécialisées pour enfants présentant des incapacités d'apprentissage (par exemple pour des enfants auparavant catalogués dans le *retard mental*). Une étude récente⁸ sur l'état de la recherche en éducation spéciale en Suède a d'ailleurs mis en évidence la prééminence d'un modèle de catégorisation, défini comme une focalisation sur l'individualisation des difficultés, sur la recherche de solutions dans des savoirs experts, sur la compensation des déficits individuels, souvent à travers des pratiques ségrégatives. Ce *modèle de catégorisation* est à rattacher à ce que l'on appelle souvent une conception *médicale* ou *médico-psychologique* de l'éducation spéciale. Le *modèle de catégorisation* s'oppose au *modèle relationnel*, dans lequel les problèmes de l'éducation spéciale sont essentiellement liés aux contenus et aux conditions de l'éducation et de l'enseignement et où les différences individuelles appellent un effort d'adaptation de la part de l'école. Dans les dernières années, les textes officiels suédois ont adopté de plus en plus ce *modèle relationnel*. Il y a donc une très nette divergence entre la position idéologique officielle et la recherche, à laquelle s'ajoute le problème du décalage entre les réformes et les pratiques des écoles, qui continuent de se fonder sur l'idée que la difficulté scolaire est à rapporter aux caractéristiques des élèves. En toile de fond, il faut placer les violentes controverses de ces dernières années, largement médiatisées, entre les représentants de la communauté des chercheurs en neuropsychologie et les défenseurs d'approches plus *sociales* à

propos de l'usage de plus en plus fréquent de diagnostics médicaux. Il s'agissait notamment des enfants faisant l'objet d'un diagnostic de DAMP (Déficit attentionnel, moteur et/ou perceptif), diagnostic souvent posé dans le contexte suédois. Malgré tout, Emauelsson, Persson et Rosenqvist (2001) estiment que le modèle relationnel gagne du terrain, soutenu par la tendance générale à aborder les questions de l'enseignement et de l'apprentissage dans une perspective socioculturelle qui privilégie la communication et les relations plutôt que les individus.

ET RETOUR EN FRANCE...

Dans le contexte français, il a fallu un long cheminement au système éducatif pour prendre conscience de sa responsabilité de scolariser tous les élèves. Après la Seconde Guerre mondiale, se sont en effet trouvées réunies, du fait de l'inertie de l'enseignement public, les conditions de développement d'un système parallèle, dit *médico-éducatif*, de prise en charge de l'éducation des jeunes *handicapés*, grâce au financement de la Sécurité sociale. Des corpus de savoirs d'ordre médical, déjà disponibles ou en cours de constitution, ont dès lors fonctionné comme des références pour justifier, par la construction de catégories diagnostiques, la mise en œuvre de ce dualisme éducatif.

Parallèlement, l'approche psychopathologique de l'échec scolaire a contribué à médicaliser certaines difficultés d'apprentissage en les référant à un diagnostic de *débilité légère*, ce qui revenait en fait à apporter une caution médicale à des pratiques de marginalisation scolaire⁹.

8. I. Emanuelsson, B. Persson and J. Rosenqvist, *Forskning inom det specialpedagogiska området*, Skolverket, Stockholm, 2001.

9. Voir note page suivante.

Qu'il s'agisse de la difficulté d'apprentissage ou de handicaps plus lourds, liés à une déficience sensori-motrice ou mentale avérée¹⁰, c'est bien la logique d'une approche de type nosographique qui prévaut dans les faits et dans les pratiques, à partir du cloisonnement par type de déficience des établissements médico-éducatifs organisé par les décrets de 1988 et 1989 rénovant les *Annexes XXIV* au décret de 1956¹¹.

C'est cette même approche que l'on retrouve aujourd'hui dans le champ de la dyslexie et plus généralement dans celui des Troubles spécifiques du langage oral et écrit (TSL). La circulaire du 31 janvier 2002¹² commence en effet par reconnaître l'existence d'une déficience liée à un dysfonctionnement primaire du système neurologique central¹³ (c'est-à-dire d'origine constitutionnelle, et donc sans aucun lien ni avec l'environnement social et scolaire, ni avec une déficience mentale, sensorielle ou motrice, ni avec des perturbations acquises avant ou peu après la naissance ou avec des traumatismes postérieurs) avant d'aborder la question des parcours scolaires et des modalités de prise en charge. On se situe clairement dans une perspective où la réponse aux besoins éducatifs particuliers est subordonnée à la pose d'un diagnostic : *La qualité du repérage, du dépistage et*

du diagnostic [...] constitue une étape essentielle et déterminante pour définir les meilleures conditions d'une prise en charge individualisée.

Il ne s'agit pas ici de juger de la possibilité ou de la pertinence de diagnostics médicaux différents dans le domaine de la difficulté scolaire, mais simplement de cerner les implications respectives des deux approches psychopédagogique (à dominante situationnelle) et psychopathologique (à dominante nosographique). Selon que l'on adopte l'une ou l'autre perspective, la problématique s'infléchit en effet dans un sens ou dans un autre. Ainsi dans le premier cas sera-t-on conduit à considérer les difficultés d'apprentissage et les troubles cognitifs repérés (ou diagnostiqués) chez les élèves comme des conséquences, tandis que dans l'autre on y verra plutôt des causes.

MODÈLE BIO-MÉDICAL ET APPROCHE PÉDAGOGIQUE

Le cadre conceptuel et idéologique de la prise en compte de la dyslexie est donc posé : c'est bien une logique de type médical qui sous-tend le plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble du langage oral ou écrit mis en place par la circulaire du 31 janvier 2002. Comme le soulignent Hervé Cellier et Claudette

9. Pour Jacqueline Gateaux-Mennecier, la débilité légère est une véritable construction idéologique destinée à constituer le masque psychologique d'une réalité sociologique : la résistance ou la non adhésion aux normes culturelles de l'école (*La débilité légère, une construction idéologique*, Ed. du CNRS, Paris, Février 1990).

10. La réglementation française distingue les enfants en difficultés relevant de mesures d'adaptation (Rased, Segpa) de ceux dont la déficience justifie la mise en place d'un projet d'intégration scolaire (en classe ordinaire, Clis ou UPI).

11. Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

12. Circulaire n° 2002-024, portant *Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble du langage oral ou écrit*.

13. Le National Joint Committee On Learning Disabilities définit la dyslexie comme *un trouble intrinsèque à l'individu et présumé secondaire à un dysfonctionnement du système nerveux central*, « Learning disabilities : issues of definition », *Journal of Learning Disabilities*, n° 20, 1987, p. 107-108.

Lavallée¹⁴ le modèle d'action est celui du soin :

- le repérage est effectué par le maître de la classe, le Rased, les éducateurs de jeunes enfants en crèche, la PMI ;
- le dépistage est le travail des médecins de PMI et des médecins scolaires dans le cadre des bilans de santé (3-4 ans et 4-5ans) ;
- le diagnostic est à la charge des centres hospitaliers spécialisés et libéraux disposant d'équipes pluridisciplinaires habilitées à effectuer des diagnostics de dyslexie.

On retrouve là, transposé dans le champ pédagogique, le cheminement qui va du patient et de son entourage au praticien spécialiste en passant par le médecin généraliste. L'efficacité du traitement se trouvant par voie de conséquence subordonnée à la justesse du diagnostic. Mais peut-il en être de même quand l'action à mettre en œuvre est d'ordre pédagogique ? La circulaire du 10 février 2004¹⁵ qui encadre la mise en place des nouvelles formations du Capa-SH et du 2 CA-SH répond clairement à cette question : *Ce n'est pas en soi le diagnostic qui détermine le choix de l'aide, mais la nature des besoins de l'élève*. Ce sont donc deux logiques institutionnelles et scientifiques différentes qui sont en jeu : d'un côté, le modèle biomédical, de l'autre le modèle pédagogique. Le premier repose sur trois axes méthodologiques : la référence à la causalité, la centration sur l'individu, la recherche de l'étiologie. Il consiste à attribuer à la déficience les difficultés de la personne ; il entraîne à

postuler l'existence d'une déficience derrière une difficulté et voit dans la connaissance des causes la clé de la *guérison*. Le second se fonde sur le besoin éducatif tel qu'il se fait jour dans la situation d'apprentissage, interroge l'école sur sa capacité d'adaptation et s'attache à prendre en compte l'ensemble des paramètres cognitifs en jeu dans la situation et non pas, comme dans la rééducation, à extraire artificiellement une fonction déficiente en vue d'une procédure curative ou réparatrice.

La pathologisation des difficultés d'apprentissage et la subordination du pédagogique au biologique, renvoient à la question épistémologique des cadres théoriques ou idéologiques sur lesquels elles sont fondées. Il existe aujourd'hui un courant de la recherche cognitive¹⁶ qui, s'appuyant sur le modèle des sciences de la nature, postule que l'explication des conduites humaines doit être plutôt recherchée dans des déterminants biologiques que dans des déterminants environnementaux. Il n'est alors pas surprenant de voir apparaître l'hypothèse que l'altération ou la désorganisation d'une fonction¹⁷ au niveau neuro-anatomique puisse s'exprimer par des difficultés d'entrée dans l'écrit. Malgré tout, les excès dus, dans le passé, au mélange des genres peuvent nous éclairer aujourd'hui : en 1954, dans un ouvrage sur la question des *insuccès scolaires, diagnostics et traitements*, publié dans la collection « Que sais-je ? », A. Legall, inspecteur général de l'instruction, affirmait que l'absence des acquisitions de base,

14. *Difficultés de lecture, enseigner ou soigner ?*, Puf, coll. « Éducation et formation », 2004.

15. Circulaire n° 2004-026, annexe 1.

16. Pour Jacques Fijalkow, il s'agit d'un courant fort ancien en psychologie, le courant fonctionnaliste, qui se représente la vie mentale comme un ensemble de fonctions.

17. Formulation reprise dans *le Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage* présenté le 21 mars 2001 (Services de presse, www.sante.gouv.fr).

syllabation, numération, deux ans après l'âge normal, constitue chez un enfant un signe cardinal d'imbécillité ou de débilité¹⁸. N'est-ce pas l'illustration de la manière dont la logique médicale du signe, du symptôme et du syndrome peut se refermer comme un piège sur le pédagogue en le conduisant à se décentrer de sa mission pour rechercher l'agent pathogène supposé à l'origine du trouble ?

Quel est l'état actuel de la connaissance scientifique sur l'origine des déficits des dyslexiques ? Les chercheurs s'accordent sur le fait que cette origine n'est pas encore bien établie. Liliane Sprenger-Charolles estime que si plusieurs hypothèses explicatives ont été avancées, celles-ci sont loin d'être corroborées¹⁹. Pour André Inizan, l'idée déjà centenaire qu'une anomalie organique cérébrale puisse faire obstacle à l'apprentissage de la lecture reste une *causalité non confirmée*²⁰. Jean-Émile Gombert²¹ voudrait clore le débat sur l'étiologie et mettre un terme à ce qu'il appelle une *controverse passionnée* en réservant l'usage du terme dyslexie aux troubles de la lecture limités à la reconnaissance des mots écrits, pour lesquels il estime que *l'hypothèse de dysfonctionnements d'origine organique et peut-être héréditaire [...] semble être actuellement la mieux étayée*. Mais pour d'autres chercheurs, comme Jacques Fijalkow²², il s'agit moins d'une hypothèse de recherche que d'une

posture idéologique, voire d'un épisode de la lutte pour des parts de marché.

LA MÉDICALISATION DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE COMPORTE-T-ELLE DES RISQUES ?

Le risque du réductionnisme

Dans un article récent, Claire Meljac, Marie Kugler et Évelyne Lenoble²³ évoquent à propos de l'échec dans l'apprentissage lexicale le double risque du réductionnisme, *qu'il s'agisse d'une inféodation de ces troubles à des maladies neurologiques ou à des expressions d'un conflit interne dont seule la psychanalyse pourrait rendre compte*. Les auteurs soulignent l'importance d'un examen du trouble sous divers angles, dans sa genèse et *son expression actuelle*. Dans le même esprit, Hervé Cellier et Claudette Lavallée estiment réducteur d'attribuer à l'altération d'une fonction mentale isolée (l'analyse phonémique) la responsabilité de l'échec de l'apprentissage lexicale, car celui-ci relève d'un *ensemble complexe de fonctions mentales, de sollicitations diverses*. Ce n'est donc pas selon eux une rééducation destinée à restaurer l'opérationnalité de cette fonction qui pourra résoudre l'ensemble du problème.

L'apprentissage de la lecture est un processus d'une extrême complexité et qui ne peut sans simplification abusive être ramené à une seule activité de

18. Cité par Philippe Mazereau, *La déficience mentale chez l'enfant entre école et psychiatrie. Contribution à l'histoire sociale de l'éducation spéciale 1909-1989*, L'Harmattan, 2002.

19. Cf. « Apprentissage de la lecture et dyslexie : état des recherches », publié dans ce dossier.

20. André Inizan, *Commentaire pas à pas du rapport Ringard*, site internet d'A.Inizan.

21. « Mauvais lecteurs : plus de dissynoptiques que de dyslexiques », *Les troubles spécifiques du langage*, sous la direction de P. Couteret, Suresnes, Ed. du Cnefei, 2002, p. 21.

22. « Dyslexie : le retour », *Psychologie et Éducation*, n° 47, décembre 2001, p. 111-128 (p. 122 : *La cause étant entendue et la victoire acquise, le débat dans le monde médical est de savoir à qui revient ce marché*).

23. « Plans de recherche et plans d'action, quels rapports ? », *Psychologie et Éducation*, n° 47, décembre 2001, p. 59-76.

décodage : ce serait oublier que lire n'est pas décoder des mots mais comprendre des énoncés²⁴ et que l'appropriation de l'acte lexique implique l'entrée dans une culture de l'écrit. Les nouveaux programmes de l'école élémentaire l'affirment sans ambiguïté : *Apprendre à lire, c'est apprendre à mettre en jeu en même temps deux activités très différentes : celle qui conduit à identifier des mots écrits, celle qui conduit à en comprendre la signification dans le contexte verbal (textes) et non verbal (supports des textes, situation de communication) qui est le leur*²⁵. Or, le propre des méthodes rééducatives dans le champ de la dyslexie est précisément de se fonder sur une conception du savoir lire principalement axée sur la maîtrise de la voie sublexicale, c'est-à-dire du transcodage des graphèmes en phonèmes.

On voit quel pourrait être le danger en termes pédagogiques si les difficultés attribuées à une catégorie limitée d'enfants (sur des bases théoriques d'ailleurs essentiellement élaborées à partir de quelques cas cliniques) étaient étendues à un public plus large, notamment les 15 à 20 % de mauvais lecteurs que l'on s'accorde aujourd'hui à recenser parmi les élèves de 6^e.

Le risque de la stigmatisation

Il est loin d'être acquis que la reconnaissance d'un trouble spécifique du langage, par exemple un diagnostic de dyslexie, permette *a priori* de résoudre le problème posé. En revanche, on peut craindre un effet de marquage ou d'étiquetage dans une catégorie médicale.

Le risque de déresponsabilisation des enseignants

Les enseignants dans les classes desquels sont scolarisés des élèves en difficulté de lecture pourraient être amenés à considérer qu'ils relèvent d'une expertise non pédagogique et d'un traitement rééducatif d'ordre médical. Pourquoi alors ne pas déléguer la prise en charge de ces difficultés à des professionnels de santé, supposés mieux outillés en vue d'une *pédagogie* curative et réparatrice ?

Le risque de la ségrégation

Comme on l'a déjà évoqué plus haut, on peut être tenté de développer des classes spécialisées afin de faire bénéficier les enfants dyslexiques d'une prise en charge et d'un plateau technique adapté. Le problème est que, chaque fois que l'on a entrepris de scolariser à part une sous-population scolaire identifiée comme à *risques* dans des structures séparées, on n'a abouti qu'à creuser l'écart entre ces élèves et le reste de la population scolaire.

QU'APPORTENT AUX PÉDAGOGUES LES TRAVAUX SUR LA DYSLEXIE ?

Dispose-t-on d'une définition opérationnelle de la dyslexie ?

Dans un ouvrage récent²⁶, Liliane Sprenger-Charolles et Pascale Colé examinent les différentes définitions de la dyslexie existant actuellement. Celle de la Fédération mondiale de neurologie, dont J-E. Gombert²⁷ souhaiterait la systématisation, consiste à définir ce trouble par défaut

24. Les travaux de Gérard Chauveau ont clairement établi ce point.

25. Ministère de l'Éducation nationale, *Qu'apprend-on à l'école élémentaire ? Les nouveaux programmes*, CNDP-XO Ed., Paris, 2002.

26. *Lecture et dyslexie*, Dunod, Paris, 2003, p. 131-134.

27. *Op. cit.*

et de manière négative: *la dyslexie est un désordre manifesté par une difficulté sévère d'apprentissage de la lecture en dépit d'une intelligence normale, d'un enseignement conventionnel et d'opportunités socioculturelles adéquates. Elle est liée à un dysfonctionnement primaire du système neurologique central, probablement d'origine constitutionnelle.* Parce qu'elle est fondée sur l'élimination des causes potentielles d'échec, cette définition n'est pas opérationnelle d'un point de vue diagnostic: elle ne fournit pas en effet d'indices spécifiques d'identification de la dyslexie. C'est pourtant celle qui est citée dans la circulaire ²⁸ du 31 janvier 2002. Les praticiens, dans leur grande majorité, ont adopté une autre définition, qui prend en compte l'écart observé entre le niveau de lecture atteint par l'enfant et son niveau intellectuel. Ainsi les enfants pour lesquels le niveau de lecture est significativement inférieur au niveau attendu compte tenu de leur QI sont considérés comme manifestant des troubles spécifiques correspondant à une dyslexie. Le problème est qu'il n'y a pas de corrélation systématique entre le QI et le niveau de lecture et que de nombreuses données montrent que les déficits relevés dans les procédures d'identification des mots écrits sont de même nature chez les dyslexiques et chez les mauvais lecteurs tout-venant. Plus récemment, des définitions plus précises ont été avancées: ainsi, selon l'Observatoire national de la lecture (1998) est considéré comme dyslexique un mauvais lecteur *chez qui le déficit résulte, en partie en tout cas, d'une anomalie de la capacité d'identification des mots écrits (c'est-à-dire en dehors de tout contexte). L'origine de cette anomalie se trouve dans*

les structures cérébrales et cognitives qui sous-tendent cette capacité.

Deux années de retard est le critère le plus souvent retenu. Mais alors se pose un grave problème: comme l'apprentissage systématique de la lecture commence à 6 ans en France, on ne peut diagnostiquer la dyslexie d'un enfant qu'à partir de 8 ans. Cependant, les chercheurs sont aujourd'hui d'accord sur le fait que les prédicteurs les plus fiables de l'apprentissage de la lecture sont, d'une part, les compétences en analyse phonémique, d'autre part les capacités de dénomination rapide et, enfin, le niveau de connaissance des lettres. Mais les prédictions effectuées sur ces bases sont d'une fiabilité contrastée, car si les non-détections (de futures dyslexies) sont peu nombreuses, les fausses reconnaissances le sont beaucoup plus. Dans de telles conditions, on peut légitimement s'interroger sur les conséquences sur le développement psychologique d'un enfant pour lequel une prédiction erronée de dyslexie aurait entraîné le déclenchement d'un traitement rééducatif.

Une clarification du rôle de certains processus en jeu dans l'acquisition de la lecture

Le *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage* de mars 2001 précise que *la reconnaissance officielle d'un trouble spécifique du langage [...] ne représente pas l'adhésion passive à un courant de pensée ou de recherches plutôt qu'à un autre. Elle exprime la volonté d'agir, d'ouvrir des pistes de travail pour les professionnels...* L'objectif poursuivi est de proposer des solutions permettant de contribuer concrètement à une meilleure prévention des troubles du langage **quelle qu'en soit l'origine, un meilleur repérage**

28. *Op. cit.*

des troubles spécifiques, l'établissement d'un diagnostic plus rapide et plus sûr, une meilleure prise en charge des 4 à 5 % d'enfants concernés (1 % présentant des troubles sévères).

C'est certainement dans le domaine de la prévention des difficultés de lecture que les recherches entreprises peuvent être d'une grande utilité. D'abord parce qu'elles ont contribué à faire voler en éclat quelques préjugés pédagogiques solidement établis et ensuite parce qu'elles ont permis de mieux cerner les conditions à réunir pour qu'un apprenti lecteur devienne un lecteur expert. Parmi les idées reçues, celle que la lecture serait uniquement une activité visuelle, sans rapport avec la réalité phonologique de la langue, ne peut plus aujourd'hui être soutenue valablement²⁹. Pour les jeunes sourds, on commence à prendre conscience de la nécessité de prendre en charge dans l'enseignement bilingue (français-LSF) de la lecture le lien oral-écrit, sans nécessairement lui donner une importance prépondérante, mais en lui réservant suffisamment de place pour que les jeunes élèves puissent construire les représentations phonologiques nécessaires à l'analyse phonémique d'un signifiant vocal, dont la matérialité sonore est radicalement différente de la réalité gestuelle des signes de la LSF. Contrairement à une autre idée reçue, ce sont les élèves en difficulté dans l'apprentissage de la lecture qui recourent le plus au contexte pour identifier des mots qu'ils ne reconnaissent pas automatiquement, parce qu'ils n'en ont pas stocké mentalement l'image. C'est également une clarification des processus en jeu dans l'acquisition de

la lecture qui est apportée. On sait par exemple qu'il convient de ne pas sous-estimer l'importance des procédures sublexicales dans l'appropriation de l'acte lexique et que les représentations phonologiques sont activées en lecture silencieuse plus qu'on ne le pensait. Mais aussi que les compétences phonologiques, liées au développement d'une conscience métaphonologique, indispensables à la lecture, ne relèvent pas d'un entraînement mécanique ou d'un simple conditionnement, mais qu'elles engagent bien au contraire la capacité à abstraire des phonèmes, c'est-à-dire à construire des catégories mentales bien spécifiées pour chacune des unités de seconde articulation, ce qui est une activité de conceptualisation.

CONCLUSION

Les recherches sur la dyslexie s'inscrivent historiquement et épistémologiquement dans le courant des sciences de la nature, dont les modèles théoriques, largement inspirés des recherches menées aux États-Unis, conduisent à postuler que l'explication des conduites humaines doit être plutôt recherchée dans des déterminants biologiques que dans des déterminants environnementaux. Il n'est donc pas surprenant que l'approche médicale d'un problème dont les psychopédagogues pensaient s'être définitivement saisis soit de nouveau propulsée sur le devant de la scène. Jacques Fijalkow n'intitule-t-il pas l'un de ses derniers articles sur ce sujet : *La dyslexie : le retour ?*

Les effets pervers de ce retour en force en termes de simplification et de déplacement des problèmes ne sont pas négligeables sur le plan pédagogique ; ils peuvent freiner

29. Les hiéroglyphes de l'ancienne Égypte renvoyaient tantôt à une signification, tantôt à un son.

la mise à distance des catégorisations stigmatisantes et réductrices qui caractérise actuellement l'évolution dans le domaine des élèves à besoins éducatifs particuliers. Ils peuvent favoriser temporairement les activités d'automatisation par rapport à celles qui visent la compréhension, mais

au-delà des controverses, les enseignants sauront distinguer la différence entre une condition nécessaire et une condition suffisante et tirer le meilleur profit des résultats des recherches conduites parce qu'ils les auront resitués dans le contexte dont elles sont issues.