

DIFFICULTÉS EN LECTURE ET DYSLEXIE : COMMENT INTERVENIR AVANT MÊME UN DIAGNOSTIC ?

Franck Ramus

Association Française des Acteurs de l'Éducation | « Administration & Éducation »

2018/1 N° 157 | pages 109 à 117

ISSN 0222-674X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-administration-et-education-2018-1-page-109.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association Française des Acteurs de l'Éducation.

© Association Française des Acteurs de l'Éducation. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Difficultés en lecture et dyslexie: comment intervenir avant même un diagnostic ?

Franck RAMUS

Cet article aborde les différentes causes des difficultés d'apprentissage de la lecture, et approfondit l'une d'entre elles: la dyslexie développementale. Il détaille ensuite l'approche «réponse à l'intervention» qui fournit une stratégie globale permettant de détecter et de remédier aux difficultés de lecture, quelles qu'en soient les causes, en fournissant une réponse graduée aux besoins particuliers de certains élèves. Il conclut en explicitant les conditions sous lesquelles une telle approche pourrait être adaptée en France.

D'après les statistiques de l'Éducation Nationale, environ 18-20 % des élèves sortent de l'école élémentaire avec de faibles capacités de compréhension de texte. De plus, les différentes études sont unanimes pour constater que la situation a empiré, partant de 11-15 % à la fin des années 90 (Cnesco, 2016). La situation est suffisamment alarmante pour que la passivité ne soit plus de mise, et justifie des actions énergiques. Mais lesquelles? Dans cet article, je vais exposer, le modèle appelé «réponse à l'intervention», un modèle qui a fait ses preuves et qui combine judicieusement évaluations des acquis des élèves et interventions pédagogiques.

Pour commencer, lorsque l'on parle d'élèves en difficulté de lecture, de qui parle-t-on? Il s'agit évidemment d'une population très diverse. La lecture est une activité complexe qui nécessite la coordination de multiples capacités sensorielles et cognitives ainsi qu'un apprentissage spécifique. De même que dans une voiture la rupture de nombreuses pièces différentes peut empêcher celle-ci de rouler, dans la lecture, de nombreuses causes peuvent nuire à un apprentissage correct. Parmi elles, on peut en identifier un certain nombre organiques évidentes: déficience intellectuelle, surdité, cécité et autres troubles visuels non corrigés, ainsi qu'un certain nombre de causes environnementales tout aussi évidentes: environnement langagier défaillant, environnement

socioculturel défavorable, enseignement de la lecture absent ou inefficace, etc. La difficulté d'apprentissage de la lecture est donc un phénomène multifactoriel. Le fait remarquable sur lequel s'accordent toutes les recherches scientifiques sur l'apprentissage de la lecture, c'est que même après avoir pris en compte les causes « évidentes » précédemment citées, il y a encore un certain nombre d'enfants (on les estime à 5 %) qui ont des difficultés à apprendre à lire, malgré une intelligence et une perception normales et un environnement relativement normal. Ce sont les enfants que l'on appelle dyslexiques. 5 % sur 20 %, ce ne sont évidemment pas la majorité des élèves en difficulté de lecture. Malgré tout, ils en constituent une part non négligeable, par conséquent on ne peut pas non plus les ignorer, comme cela a été fait dans le passé. Dans un premier temps, je propose donc d'expliquer ce que la recherche scientifique nous permet de comprendre de la dyslexie. Puis je reviendrai à l'ensemble des difficultés de lecture pour aborder ce que l'on peut faire pour l'ensemble des faibles en lecture, dyslexiques ou pas.

Qu'est-ce que la dyslexie ? Résumé des travaux scientifiques

La définition de la dyslexie n'a rien d'arbitraire. Elle est codifiée depuis longtemps dans les deux grandes classifications médicales internationales : la *Classification internationale des maladies* (CIM-10), produite par l'*Organisation mondiale de la santé*, et le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM5) de l'*Association américaine de psychiatrie*. Selon la première, la dyslexie (sous le nom de « trouble spécifique de la lecture ») est « une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate ». Le second, bien qu'il ait récemment regroupé les troubles de la lecture, de l'orthographe et de l'arithmétique dans la catégorie commune des troubles spécifiques des apprentissages, permet toujours de les distinguer par des labels spécifiques, et insiste tout comme la CIM sur le fait que « les troubles d'apprentissage ne sont pas mieux expliqués par des déficiences intellectuelles, des déficits d'acuité visuelle ou auditive non corrigés, d'autres troubles mentaux ou neurologiques, des désavantages psychosociaux, une maîtrise insuffisante de la langue de scolarisation, ou un enseignement inadéquat ». Pour la plupart des spécialistes du domaine, ces définitions capturent correctement ce qui fait l'essence même de la dyslexie, à savoir qu'il s'agit d'un trouble spécifique, c'est-à-dire affectant une ou plusieurs fonctions cognitives particulières (mais pas toutes), et ne pouvant être expliqué en totalité par des facteurs plus généraux. C'est ainsi que la « dyslexie développementale » est synonyme de « trouble spécifique de (l'acquisition de) la lecture ».

Les causes de la dyslexie peuvent se comprendre à de multiples niveaux de description : en premier lieu au niveau cognitif, c'est-à-dire en termes de traitement de l'information impliqué dans les apprentissages ; en second lieu au niveau cérébral, puisque le cerveau est l'organe qui réalise les traitements cognitifs ; en troisième lieu, au niveau génétique, puisque le génome contient les instructions qui construisent le cerveau de l'individu et le font fonctionner

tout au long de sa vie. Les causes de la dyslexie se comprennent aussi au niveau de l'environnement, dont certains facteurs peuvent interagir avec les facteurs génétiques, cérébraux et cognitifs pour affecter également la probabilité de devenir dyslexique et les manifestations de la dyslexie. Dans ce texte, j'expliquerai les aspects cognitifs, qui sont les plus pertinents pour les enseignants.

L'apprentissage de la lecture consiste à mettre en correspondance des symboles visuels (les lettres et les mots écrits) avec des représentations langagières phonologiques (la forme sonore des mots) et sémantiques (leur sens). Il n'est donc pas étonnant que les deux principales hypothèses cognitives sur la dyslexie consistent à situer le déficit soit au niveau du langage oral (phonologique), soit au niveau visuel. L'hypothèse la mieux établie consiste à considérer que les enfants dyslexiques souffrent d'un déficit du système de représentation mentale et de traitement cognitif des sons de la parole, ce qui nuit à l'apprentissage des correspondances graphèmes/phonèmes et à leur manipulation en temps réel au cours de la lecture (Sprenger-Charolles & Colé, 2013). Cette hypothèse d'un déficit phonologique vient de l'observation selon laquelle les enfants dyslexiques éprouvent de grandes difficultés dans un certain nombre de capacités phonologiques impliquant la représentation mentale des sons et de la parole et leur manipulation.

Il s'agit en premier lieu de la conscience phonologique. Cette notion se définit par la capacité d'un individu à réaliser qu'en deçà du mot, la parole se décompose en sous-unités (syllabes et phonèmes) qui forment une combinatoire. La conscience phonologique émerge vers l'âge de 5 ou 6 ans sur la base d'une sensibilité phonologique acquise antérieurement. C'est seulement au moment où ce prérequis cognitif est en place qu'il est possible d'espérer enseigner la lecture à un enfant. L'une des hypothèses fortes de la théorie phonologique est que le déficit de la conscience phonologique constitue le principal problème des enfants dyslexiques. Le déficit est mis en évidence dans des tâches nécessitant une sensibilité phonologique (implicite), telles que la détection orale d'intrus sur les rimes ou allitérations (ex : route, goutte et barre). En effet, un enfant est capable de détecter l'intrus avant même de maîtriser explicitement la notion de rimes. Des tâches plus complexes sont proposées aux enfants plus âgés et de fait plus agiles avec leur conscience phonologique, telles que les contrepèteries. Il s'agit par exemple de proposer, toujours à l'oral, deux mots aux enfants et de leur demander d'échanger leurs sons initiaux (banane – ficelle > fanane – bicelle).

Les enfants dyslexiques rencontrent également de grandes difficultés dans la mémoire verbale à court terme. Cela se manifeste par exemple dans la capacité à mémoriser brièvement et à répéter une série de chiffres, ce qui nécessite le maintien temporaire des représentations phonologiques des chiffres afin de pouvoir les restituer. Un autre exercice peut constituer à répéter des non-mots et des séquences de non-mots.

Les enfants dyslexiques sont également plus lents dans les tâches de dénomination rapide, qui consistent à présenter 50 images d'objets les unes à la suite des autres en demandant à l'enfant de les nommer. Il s'agit là de récupérer la forme phonologique du mot dans la mémoire à long terme, et d'en planifier rapidement l'articulation.

Bien sûr, il se pourrait que les faibles performances des enfants dyslexiques dans ces capacités phonologiques soient tout autant la conséquence que la

cause du mauvais apprentissage de la lecture. En effet, il a été montré qu'apprendre explicitement les liens graphèmes-phonèmes renforce la conscience phonémique (Morais, Bertelson, Cary, & Alegria, 1986). Un enfant qui, pour quelque raison que ce soit, n'apprend pas bien à lire, aura (par manque d'entraînement) une conscience phonologique plus faible qu'un enfant du même âge qui lit bien. C'est pour cela que l'on compare généralement les enfants dyslexiques non seulement avec des enfants du même âge, mais également avec des enfants de même niveau de lecture (donc plus jeunes). On observe malgré tout que les enfants dyslexiques ont des capacités phonologiques inférieures à des enfants de même niveau de lecture. Le déficit phonologique n'est donc pas seulement une conséquence du mauvais apprentissage : il préexiste à l'apprentissage de la lecture chez les enfants qui vont devenir dyslexiques, comme l'ont démontré des études longitudinales suivant les enfants depuis la maternelle, voire depuis la naissance (Gallagher, Frith, & Snowling, 2000 ; van Alphen *et al.*, 2004).

Notons enfin que ce déficit de conscience phonologique, qui affecte avant tout la maîtrise des relations graphèmes-phonèmes, et donc la voie phonologique (lettre à lettre) de la lecture, affecte également, de manière secondaire, la voie orthographique directe (reconnaissance de la forme visuelle du mot). En effet, c'est à force de lire fréquemment des mots que l'enfant va progressivement les mémoriser dans son lexique orthographique, et donc devenir capable de les reconnaître directement. On voit donc qu'un déficit spécifiquement phonologique affecte nécessairement le développement de l'ensemble du système cognitif de la lecture.

Par ailleurs, l'idée selon laquelle un déficit visuel subtil¹ pourrait entraver l'apprentissage de la lecture est très ancienne (Morgan, 1896 ; Orton, 1937) et parfaitement plausible. Néanmoins les données empiriques divergent. À ce jour, il semble plausible qu'une minorité d'enfants dyslexiques souffrent de troubles de type visuel plutôt que phonologique. Il pourrait même y avoir plusieurs types de troubles visuels selon les enfants. Néanmoins la nature des troubles reste mal comprise et le pouvoir explicatif des hypothèses visuelles n'est pas encore bien établi. Gardons donc à l'esprit que les déficits cognitifs peuvent varier selon les enfants, et que tous les enfants dyslexiques n'ont pas nécessairement un déficit phonologique.

Le déficit phonologique et les autres déficits cognitifs potentiellement sous-jacents à la dyslexie ont, eux aussi, nécessairement des causes. Les causes immédiates se situent au niveau cérébral, et sont de mieux en mieux comprises. Les causes cérébrales ont elles-mêmes des causes génétiques, qui interagissent avec des facteurs environnementaux. Le lecteur intéressé pourra se reporter à mes autres articles sur le sujet (Ramus, 2010, 2012, 2016b).

Malentendus et explications

Un des grands malentendus autour de la dyslexie est qu'il s'agirait de « la médicalisation d'un problème pédagogique » (Fijalkow, 2000). Comme je

1. Il ne pourrait être que subtil puisque la définition de la dyslexie exclut les principaux troubles ophtalmologiques non corrigés.

J'ai expliqué, et comme la définition même de la dyslexie l'impose, celle-ci n'est pas un problème dont les causes primaires sont de nature pédagogique (même si l'enseignement de la lecture, selon qu'il est plus ou moins adapté, peut bien sûr moduler les manifestations de la dyslexie). De plus, on entend souvent dire que le diagnostic de dyslexie serait fatalement néfaste à l'enfant, qui serait nécessairement « étiqueté », stigmatisé, exclu, alors que ses enseignants et ses parents seraient déresponsabilisés (Fijalkow, 2001). Mais aucun fait n'est jamais apporté à l'appui de cette hypothèse. En l'occurrence, ce qui stigmatise et qui exclut, ce n'est pas tant le diagnostic de dyslexie, c'est l'échec scolaire qui découle du sous-diagnostic ou du retard au diagnostic (fréquents en France), c'est l'insuffisante prise en compte des problèmes spécifiques de ces enfants qui de ce fait ne bénéficient pas de la prise en charge qui leur serait la plus adaptée.

La « déresponsabilisation » associée au diagnostic, si elle semble parfois bien réelle, n'en est en aucune façon une conséquence nécessaire. Elle résulte avant tout d'une erreur de raisonnement qui consiste à penser que, si les causes d'une situation sont comprises, et si l'on ne peut agir sur ces causes, alors on ne peut rien faire pour modifier la situation. Rien n'est plus faux. Remarquons pour commencer que les causes génétiques n'ont pas le monopole de la « déresponsabilisation ». Bien des enseignants, constatant les désavantages socioculturels qui pèsent sur les résultats de leurs élèves, en déduisent aussi à tort qu'ils ne peuvent rien y faire. Mais ni les facteurs génétiques, ni les facteurs sociaux ne sont totalement déterministes. L'enseignant ne peut certes, rien changer au passé de l'enfant, mais il intervient dans son présent et peut donc influencer son futur. Le destin de l'enfant n'est gravé ni dans ses gènes, ni dans son milieu familial ou social. L'enseignant travaille nécessairement sur la base des influences génétiques et environnementales qui ont construit l'enfant et qui contraignent son développement, mais son intervention se superpose aux influences antérieures. Il a le pouvoir de faire progresser tous les enfants, et de modifier des trajectoires d'apprentissage, au moins dans une certaine mesure.

Enfin, remarquons que la supposée « médicalisation » est essentiellement un chiffon rouge. En effet, le fait que la dyslexie fasse l'objet d'un diagnostic médical ne préjuge en rien de la meilleure manière de la prendre en charge. En l'occurrence, il n'existe aucun médicament pour la dyslexie, et l'implication de professionnels médicaux ou paramédicaux n'a rien de systématique ni d'exclusif. C'est sur la base de leur efficacité dûment évaluée que les interventions pour la dyslexie doivent être jugées. Et comme nous allons le voir dans la dernière partie, les prises en charge qui ont fait leurs preuves sont de nature pédagogique. À l'inverse, certaines interventions de nature médicale à la mode n'ont fourni aucune preuve de leur bien-fondé ni de leur efficacité (Ramus, 2016a).

Au-delà de la dyslexie : l'approche « réponse à l'intervention »

L'approche qui a été mise au point progressivement au cours des dernières décennies par des collègues américains (notamment Torgesen *et al.*, 2001) a prouvé son efficacité dans des études d'évaluation rigoureuses, et a des

qualités importantes qui méritent d'être reconnues et dont on pourrait s'inspirer. En premier lieu, elle rejette le diagnostic par l'échec (système surnommé *wait to fail* – attendre l'échec). S'il faut attendre un diagnostic formel de dyslexie (impossible avant la fin du CE1) pour aider un enfant en difficulté, on intervient inmanquablement trop tard : l'enfant est en difficulté depuis au moins deux ans, il a accumulé un retard difficile à rattraper, à la fois en lecture et dans d'autres apprentissages, et en conséquence, les relations peuvent s'être dégradées avec l'enseignant, ses parents, et ses camarades. Si l'on veut vraiment aider les enfants dyslexiques, il faut commencer à le faire avant qu'ils ne soient en situation d'échec généralisé, et par conséquent avant un véritable diagnostic. C'est cette constatation qui a conduit les chercheurs à proposer des interventions pédagogiques précoces à tous les faibles lecteurs, quelles que soient les causes supposées de leurs difficultés. Cette démarche permet non seulement de mieux venir en aide aux enfants dyslexiques, mais aussi d'aider tous les autres qui sont en difficulté. D'une approche « attendre l'échec », on passe à une approche dite « réponse à l'intervention » : au lieu d'allouer les aides en fonctions de catégories diagnostiques, on les alloue en fonction des besoins, puis on évalue les résultats (la réponse aux interventions), et en fonction des résultats on décide de la suite à donner à la prise en charge. Une telle approche est de toute évidence la plus pragmatique et la plus rationnelle, et permet surtout d'intervenir immédiatement, dès que les premières difficultés se manifestent, d'arrêter d'intervenir lorsque ce n'est plus nécessaire, et de renforcer ou de modifier l'intervention lorsque c'est nécessaire.

L'approche « réponse à l'intervention » se décline typiquement en trois stades. Le premier stade est simplement l'enseignement de la lecture dispensé à tous les enfants, qui doit être fondé sur des données probantes, c'est-à-dire sur des méthodes qui ont prouvé leur efficacité. Ainsi qu'on le sait avec certitude depuis les méta-analyses du *National reading panel* (*National institute of child health and human development, 2000*; *Observatoire national de la lecture, 2005*; Ramus *et al.*, 2006) et les travaux francophones équivalents (Goïgoux, 2015) ; il s'agit des méthodes dites phoniques, qui reposent sur l'enseignement systématique de toutes les correspondances graphèmes-phonèmes. Ce n'est qu'à cette première condition que l'on peut espérer prévenir au maximum les difficultés de lecture.

Le deuxième stade prescrit que les enseignants doivent repérer le plus tôt possible (dès le milieu du CP) les enfants en difficulté de lecture, sans diagnostic et sans préjuger d'aucune cause. Autrement dit, on traite de manière indiscriminée les enfants qui deviendront dyslexiques, ceux qui ont un trouble du langage, ceux qui ont un retard passager, ceux qui ont une déficience intellectuelle, ceux qui sont défavorisés d'un point de vue socio-culturel, etc. Quelle qu'en soit la raison, s'ils n'ont pas bien profité de l'enseignement de la lecture en classe entière, on doit leur proposer un autre enseignement, plus adapté à leurs besoins. Les interventions qui ont fait la preuve d'une certaine efficacité sont celles qui contiennent les mêmes ingrédients que les méthodes phoniques de lecture (entraînement de la conscience phonologique, exercices de discrimination, d'analyse et de synthèse, enseignement des relations graphèmes-phonèmes), mais qui les mettent en œuvre d'une manière plus intensive, plus explicite et plus systématique que les méthodes généralistes de lecture, et ce en petits groupes d'enfants à besoins similaires. Ces interventions

permettent à environ 50 % de ces enfants de rattraper leur retard en lecture et le niveau moyen de la classe².

Reste un petit nombre d'enfants, qui malgré un enseignement généraliste de qualité (stade 1) et une intervention pédagogique ciblée (stade 2), n'atteignent toujours pas des compétences en lecture suffisantes (on est alors à la fin du CP ou au début du CE1). Ils entrent alors dans le 3^e stade, sur lequel les avis sont plus partagés que sur les deux premiers. La plupart des auteurs recommandent simplement de poursuivre le même type d'intervention qu'au stade 2, faute de l'absence de preuve expérimentale solide qu'une approche alternative aurait plus d'efficacité. Il est néanmoins naturel de penser que c'est à ce stade que les interventions doivent plus s'individualiser, sur la base d'un bilan plus précis des difficultés de lecture de l'enfant. Le soutien des enseignants spécialisés devrait alors être utile.

Pour les élèves qui ne progressent pas suffisamment au cours du stade 3 (milieu du CE1), il est légitime d'aller au-delà du tout pédagogique, et d'orienter vers des bilans médicaux, neuropsychologiques, orthophoniques, ophtalmologiques, psychiatriques, psychomoteurs qui déboucheront (ou pas) sur un diagnostic (vers la fin du CE1). L'enfant accèdera alors éventuellement à d'autres types de prises en charge, qui ne sont plus du ressort exclusif du système éducatif. Ce qui ne libère en rien l'enseignant de ses obligations de fournir un enseignement adapté aux besoins particuliers de l'élève, adaptation qui sera d'autant plus pertinente qu'elle sera établie en concertation avec les professionnels de santé qui s'occupent également de l'enfant. Enfin, rappelons que dès le stade 2, et aussi longtemps que nécessaire durant la scolarité de l'élève, il est impératif de mettre en place des aménagements appropriés, condition nécessaire pour éviter que l'enfant ne passe d'une difficulté spécifique à la lecture à un échec scolaire généralisé. Les différents dispositifs de plan personnalisé existent pour cela, notamment le plan d'accompagnement personnalisé, qui pourrait être mis en œuvre avant même un diagnostic médical, et donc être utilisé dans l'esprit de l'approche « réponse à l'intervention ».

En mettant le système éducatif face à ses responsabilités et en lui faisant porter clairement la charge de la réponse à la difficulté scolaire, au moins en première et en deuxième intention, sans pour autant le laisser en roue libre grâce à une méthodologie très structurée, cette approche a aussi l'intérêt non négligeable de différer le recours aux professionnels de santé tant que la situation ne le justifie pas. Ce qui permet notamment d'éviter, comme c'est trop souvent le cas actuellement, d'engorger l'emploi du temps des orthophonistes avec des enfants qui ont juste besoin qu'on leur enseigne la lecture d'une manière un peu plus intensive.

-
2. Il existe une littérature très importante à ce sujet et une description détaillée des pratiques pédagogiques et des outils impliqués nécessiterait un article entier. On pourra se reporter aux sites du programme PARLER : <http://std.editions-cigale.com/programme-parler>, du programme Parler Bambin : <http://www.parlerbambin.fr/>, et à celui du laboratoire Cognisciences : http://www.cognisciences.com/rubrique.php3?id_rubrique=3.

Conclusions

On voit donc qu'il y a continuité totale entre la simple difficulté d'apprentissage de la lecture, et la dyslexie développementale, trouble dûment répertorié dans les classifications médicales internationales. De plus, le mieux que l'on puisse faire pour la dyslexie est de la traiter, en première intention, par les mêmes interventions pédagogiques que celles destinées à tous les faibles lecteurs. Un diagnostic fiable ne peut être établi et n'est pas nécessaire avant la fin du CE1. En revanche, il n'est pas souhaitable de retarder la démarche diagnostique bien au-delà, lorsque les difficultés de lecture persistent malgré les interventions pédagogiques adaptées.

À quelles conditions la France pourrait-elle prendre en charge efficacement tous les élèves en difficulté de lecture, selon l'approche déclinée ci-dessus ? Les principales conditions me semblent être les suivantes :

1. Afin d'assurer le stade 1, les programmes doivent définir de manière beaucoup plus explicite les objectifs à atteindre pour l'enseignement de la lecture au CP et au CE1. Les programmes de 2006 (Bulletin officiel n° 13 du 31 mars 2006) avaient fait un effort dans cette direction, mais ils ont vite été remplacés par d'autres programmes fixant des objectifs beaucoup plus vagues à une lointaine échéance. Il en résulte que les pratiques enseignantes au CP sont très hétérogènes, et induisent des résultats tout aussi hétérogènes, comme l'a montré l'étude récente « Lire et écrire » (Goigoux, 2015).
2. Des évaluations précises et normées en milieu de CP et en début de CE1 sont nécessaires pour permettre aux enseignants de détecter les élèves nécessitant une intervention ciblée de stade 2, puis de stade 3. Dans ce but, les évaluations informelles des enseignants sont insuffisantes, car elles permettent au mieux de situer l'élève au sein de sa classe ou de son école. Il importe que l'enseignant puisse situer chaque élève relativement à des normes nationales, de manière à ce que la notion de « difficulté » soit la même partout et que les mêmes opportunités soient offertes sur tout le territoire. Seules des évaluations nationales sont en mesure de produire de telles normes.
3. Les enseignants de CP et de CE1 doivent être formés et outillés pour être en mesure de mener à bien l'enseignement de la lecture selon les prescriptions du stade 1, et les interventions de stade 2 et de stade 3. La nécessité d'une formation adéquate concerne aussi les enseignants spécialisés (appelés à intervenir au stade 3), ainsi que les psychologues scolaires.

C'est à ces conditions que l'on pourrait espérer ramener le taux d'échec de l'enseignement de la lecture bien en-deçà du taux actuel catastrophique de 20 %.

Franck RAMUS

*Laboratoire de Sciences Cognitives et Psycholinguistique
EHESS, CNRS, ENS, PSL Research University*

Références

- Cnesco (2016), Les compétences des élèves français en lecture et compréhension : Un complément à l'article de Daussin *et al.* (2011). Paris: Cnesco.
- Fijalkow J. (2000), Vers une France dyslexique. *Les Actes de Lecture*, 69, 35-38.
- Gallagher, A., Frith, U., & Snowling, M. (2000), Precursors of literacy delay among children at genetic risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 203-213.
- Goigoux R. (2015), Lire et écrire : Étude de l'influence des pratiques d'enseignement de la lecture et de l'écriture sur la qualité des premiers apprentissages. Lyon : Institut Français de l'Éducation.
- Morais J., Bertelson P., Cary L. & Alegria J. (1986), Literacy training and speech segmentation. *Cognition*, 24, 45-64.
- National Institute of Child Health and Human Development. (2000), Report of the National Reading Panel. Teaching children to read : an evidence-based assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading instruction : Reports of the subgroups (NIH Publication No. 00-4754). Washington, DC : U.S. Government Printing Office.
- Observatoire National de la Lecture (2005), L'apprentissage de la lecture à l'école primaire. Paris: MENESR.
- Ramus F. (2010), Génétique de la dyslexie développementale. In S. Chokron & J.-F. Démonet (Éd.), *Approche neuropsychologique des troubles des apprentissages* (p. 67-90). Marseille : Solal.
- Ramus F. (2012), Les troubles spécifiques de la lecture. *L'information grammaticale*, 133, 34-40.
- Ramus F. (2016a), Le point sur l'approche posturologique pour la dyslexie [Blog]. Consulté à l'adresse <http://www.scilog.fr/ramus-meninges/le-point-sur-lapproche-posturologique-pour-la-dyslexie/>
- Ramus F. (2016b), Neuroanatomie de la dyslexie développementale. In *Les entretiens d'orthophonie*. Paris. Consulté à l'adresse http://www.lscp.net/persons/ramus/docs/ORT_09_ramus.pdf
- Ramus F., Casalis S., Colé P., Content A., Démonet J. F., Demont E. & Ziegler J. (2006), Un point de vue scientifique sur l'enseignement de la lecture. *Le Monde de l'Éducation*, Mars 2006. Consulté à l'adresse <http://www.lscp.net/persons/ramus/lecture/index.html>
- Sprenger-Charolles L. & Colé P. (2013), *Lecture et dyslexie : Approche cognitive (2^e)*. Paris: Dunod.
- Torgesen J. K., Alexander A. W., Wagner R. K., Rashotte C. A., Voeller K. K. S. & Conway T. (2001), Intensive remedial instruction for children with severe learning disabilities: Immediate and long-term outcomes from two instructional approaches. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 33-58.
- van Alphen P., de Bree E., Gerrits E., de Jong J., Wilsenach C. & Wijnen F. (2004), Early language development in children with a genetic risk of dyslexia. *Dyslexia*, 10, 265-288.