

Troubles de l'apprentissage

Comment faire face

Dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, "troubles de l'attention", "haut potentiel"... À l'heure de la rentrée, focus sur ces nouveaux cauchemars des parents. Depuis le dépistage

des causes jusqu'aux solutions permettant une scolarité (presque) normale.

On en connaît tous dans son entourage plus ou moins proche. Le fils d'une connaissance diagnostiqué "trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)", une nièce qui serait "haut potentiel (HP)", une amie de ses enfants dyscalculique... Pour ceux qui ont moins de chance, il s'agit de leurs propres enfants. Des maux et des mots auxquels les générations plus anciennes étaient moins exposées. Parce que cela n'existait pas? Plutôt parce qu'ils sont mieux repérés: les connaissances et la prévention ont progressé, tandis que le grand public s'informe et les relaie de plus en plus, les parents en particulier. "*Les troubles sont sans doute mieux diagnostiqués*", avance Nathalie Saczuk, logopède spécialisée. Sauf que la Fédération Wallonie-Bruxelles ne dispose d'aucune statistique:

Texte:
**Véronique
Laurent**

les estimations fluctuent, et un consensus se dessine autour de 10 à 15 % de la population, tous troubles confondus. Quoi qu'il en soit, il n'existe aujourd'hui plus aucune classe où au moins un enfant ne souffre pas de troubles d'apprentissage.

C'est désormais leur médiatisation qui suscite les polémiques: les demandes d'aménagements scolaires qui explosent à l'approche des examens de fin d'année, par exemple, ou le débat très polarisé à propos de la prise de Ritaline dans le traitement des TDA/H, entre le refus total des uns et la croyance qu'elle garantit la guérison des autres. Guérison, le terme est mal choisi dans le cas des troubles de l'apprentissage. "Dys un jour, dys toujours", dit-on. Les troubles d'apprentissage sont dus à des dysfonctionnements neuronaux permanents. Qui n'ont rien à voir avec l'intelligence. Les sujets dys disposent d'un QI tout à fait normal. On les appelle parfois les troubles invisibles, parce qu'ils restent dans certains cas très difficiles à diagnostiquer.

camouflés par des processus de compensation mis en place au fil des années. Ou parce qu'ils sont imbriqués: environ 40 % des personnes atteintes présentent plus d'un trouble. Des troubles que les études de neuro-imagerie fonctionnelle ont permis de mieux détecter. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre ainsi que les personnes "dys" présentent des profils d'activation anormaux dans les régions du cerveau impliquées. C'est donc tout le travail des spécialistes de déterminer s'il s'agit, chez l'enfant, d'un passage à vide temporaire, ou si on parle réellement d'un trouble de l'apprentissage. De cibler ensuite la prise en charge, et de faciliter éventuellement la compensation en milieu scolaire au moyen d'outils informatiques. L'information doit continuer à circuler. Combien d'enfants découragés, de parents à bout, d'élèves mal orientés car pas ou mal diagnostiqués? Sauf que le dépistage, précisément, pose en soi son lot de questions. Où doit-il être effectué? Quand et par qui? Et en cas de troubles avérés, reste à déterminer le type de prise en charge. *"Il est hyper-important que le diagnostic soit fait par des professionnels, informés et compétents: neuropédiatre, neurologue, neuropsychologue"*, insiste Anne Demanet, secrétaire de l'Association belge pour enfants en difficulté d'apprentissage, l'APEDA. Le diagnostic passe, entre autres, par des bilans logopédique et neuropsychologique, qui permettent l'évaluation de l'ensemble des compétences pédagogiques, des outils d'apprentissages et des fonctions cognitives.

Des centres de référence, par exemple au sein de centres hospitaliers universitaires, existent - qu'il serait bon de faire agréer, une revendication de l'APEDA -, permettant une intervention pluridisciplinaire chez les patients présentant les cas les plus complexes. Qui les parents consultent-ils d'abord? Neuropédiatres, généralistes, logopèdes, centres PMS ou

PSE, éventuellement... Mais *"dans la formation théorique en logopédie, on n'aborde pas beaucoup la dyspraxie, par exemple. Dans la pratique, ce sont surtout les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les neuropsychologues qui s'en chargent"*, note Nathalie Saczuk, elle-même logopède spécialisée. *"Je me suis formée au fur et à mesure des années d'expérience, ou par des échanges avec des collègues et des formations."* De l'importance, encore une fois, de la circulation de l'information.

Ce sont donc les parents qui tirent la plupart du temps la sonnette d'alarme, mais parfois *"ils ont l'impression que leur enfant le fait exprès, ou qu'il s'agit de je-m'en-foutisme, parce que le trouble s'exprime de façon fluctuante, suivant l'état de l'enfant quand il revient à la maison. A-t-il eu une journée fatigante? Reçu beaucoup de devoirs à faire? Et quel est le seuil de tolérance des parents? Ces éléments sont à prendre en compte"*, remarque Sophie Ghariani, neurologue et neuropédiatre. Même si tout se passe à certains moments en apparence normalement, un enfant "dys" doit dépenser beaucoup plus d'énergie qu'un autre pour réaliser la même tâche.

À quel âge consulter?

Question centrale: s'agit-il d'un trouble, ou d'un retard passager (dû à de multiples facteurs: santé, situation familiale, environnement)? Le bilan s'inscrit dans une évaluation plus générale du développement de l'enfant. Et après? *"On stimule d'abord toutes les fonctions déficitaires pendant six mois environ, explique Nathalie Saczuk, et on voit si l'enfant progresse et rattrape les standards ou si au contraire il s'en éloigne."* Parfois, le trouble est évident. *"Mais un dyspraxique ne souffrira pas de difficultés purement scolaires, elles s'exprimeront par exemple par un graphisme hésitant. Une difficulté en lecture ne veut pas automatiquement dire dyslexie, mais peut-être trouble neuro-*

visuel, c'est-à-dire conséquence d'un autre trouble..."
Sophie Ghariani: "Huit fois sur dix, les parents demandent rendez-vous parce qu'ils pensent à des troubles de l'attention. Rien que sur les quatre derniers jours, les diagnostics ont été: retard de langage oral, dyscalculie et troubles orthographiques". La neurologue ajoute que "quand il y a un réel diagnostic TDA/H, on réfléchit ensemble. Et ça ne veut pas nécessairement dire Ritaline, même si ce médicament peut se montrer utile s'il est prescrit à bon escient".

Dès la maternelle, quand l'enfant affiche un retard sévère, prône Eleni Grammaticos, neurolinguiste à Érasme. "On commence alors une prise en charge, qui va de quelques mois à deux ans, voire plus. À partir de la première primaire, on laisse démarrer l'enfant. Si en décembre c'est laborieux, c'est la bonne période pour un bilan logopédique." Il ne s'agit pas encore de diagnostic. Pour la dyslexie, par exemple, les performances de lecture sont évaluées par rapport au niveau attendu compte tenu de l'âge de l'enfant, de son niveau intellectuel, et du fait qu'il reçoit un enseignement adapté à son âge. Son diagnostic ne peut être posé que si on constate un retard de 18 mois au moins entre l'âge réel et l'âge de lecture.

Il arrive aussi qu'un enfant ne ressente pas de difficulté majeure avant le secondaire, période où la charge de travail et les exigences scolaires augmentent. Période à laquelle, aussi, le suivi des parents se relâche. Le bilan cherche à déterminer les mécanismes qui sous-tendent les déficits observés afin de mettre en place des rééducations, parfois multidisciplinaires, "spécifiques et sans risquer d'épuiser l'enfant et la famille", précise le docteur Ghariani. Quand les difficultés s'avèrent trop lourdes, les outils de contournement interviennent. Il faut choisir le logiciel le plus adapté, apprendre aux enfants à l'utiliser, dans le but de les rendre autonomes. Plus le patient apprend à comprendre son trouble, mieux il s'en sort.

Eleni Grammaticos prend ainsi toujours contact avec l'école. "L'outil informatique ne peut pas devenir une source de stress pour l'enfant ou l'enseignant, ni alourdir son travail. Avec des explications, ça passe mieux. Certaines écoles refusent. Les parents doivent se battre. Les enfants avec des troubles attentionnels perdent, oublient leur ordinateur; il est important d'installer une approche collégiale, bienveillante." Au risque sinon que l'enfant perde le plaisir d'apprendre. ✱

Les maux reconnus

Troubles de la lecture: **dyslexie**

Difficultés spécifiques et persistantes d'apprentissage de la lecture: lente, hésitante, inversions de lettres (comme b et p), confusions de sons visuellement ou auditivement proches (p/d; p/b), difficultés de compréhension...

Troubles du développement du langage oral: **dysphasie**

Atteintes persistantes au bon fonctionnement du langage, de nature et d'intensité variables (grande diversité de manifestations), qui affectent la compréhension et/ou l'expression d'un message verbal.

Troubles spécifiques du développement moteur: **dyspraxie**

Altération du développement de la coordination. L'enfant n'acquiert pas l'habileté à l'âge approprié: maladresse, lenteur, imprécision dans la réalisation de tâches motrices. Dans les activités de la vie quotidienne (habillage, repas), les loisirs (sport, dessin, écriture...) et certaines compétences scolaires.

Troubles déficitaires de l'attention, avec ou sans hyperactivité: **TDA/H**

Trouble qui se caractérise par une tendance excessive à la distraction et des difficultés de concentration, parfois, mais pas toujours accompagné d'hyperactivité, d'impulsivité.

Troubles des activités numériques: **dyscalculie**

Mauvaise perception des nombres et des quantités, entraînant des difficultés inhabituelles lors de l'apprentissage des maths. Impossibilité à résoudre des calculs simples, impossibilité de comprendre qu'un nombre peut être plus grand qu'un autre, de faire la différence entre des quantités.

Troubles liés au **haut potentiel**

Structure cérébrale hypertrophiée pouvant rendre l'adaptation scolaire difficile, si les besoins spécifiques (mode de fonctionnement différent, importance de l'affectif) ne sont pas pris en compte. Les autres troubles ne sont pas épargnés aux HP.

Ordyslexie

Olivier a découvert la solution Ordyslexie: un cartable numérique composé d'un ordi tactile avec stylet, équipé du programme Microsoft One Note, un logiciel de prise de notes spécialement adapté à l'univers scolaire, d'un scanner, etc. En juin 2016, il part en Moselle avec ses fils chercher deux exemplaires (450 € pièce) et suivre une journée de formation.

La solution Ordyslexie a été mise au point par Denis Masson, papa d'un enfant dys. Il a reçu d'Air France 2.000 ordinateurs, dont l'association française FUSO assure la distribution. Olivier a mis en place une ASBL relais qui récoltera des fonds pour apporter un soutien aux enfants belges. Tous les ordis ont été distribués, mais des solutions se dégagent, et FUSO, avec le partenariat de Microsoft France, affine le logiciel et sa configuration.

fuso.bel@gmail.com, www.ordyslexie.fr

Pour les parents, un parcours du combattant

Olivier Simon et son épouse ont trois enfants. Deux sont dyslexiques avec troubles attentionnels. Comment vivent-ils leur scolarité? Avec quel impact sur les parents? - Texte: Véronique Laurent -

Vous avez du temps?, nous demande Olivier Simon, juste avant d'entamer l'interview. César, 13 ans, entre en ce début d'année scolaire en troisième secondaire. Son frère Eliott en première. Quant à Alowis, 7 ans tout juste, il serait HP. Tout va bien de ce côté-là, rigole le père. Il nous raconte d'abord le récit de la deuxième pri-

maire de son aîné, à Marche-en-Famenne. *"À un mois des examens, plus rien ne va, il perd la lecture, jusque-là déjà chaotique. Avec le directeur, on a mis en place un logiciel d'aide à la lecture. César a pu passer ses examens."*

grâce aux outils de compensation. *"À propos de l'apprentissage de la lecture, charge Olivier, la méthode globale est critiquable, d'autant plus dans le cas d'une dyslexie: l'enfant arrive très vite à saturation. La méthode syllabique est plus appropriée."* Les parents se rendent également compte du peu d'effet du suivi logopédique, basé sur des principes de rééducation généraux, et non adapté au trouble spécifique de César.

En troisième, suite à des bilans neuropsychologique et neuropédiatrique, à un bilan PMS et des bilans de logopédie et d'audiophonologie dressés par l'équipe pluridisciplinaire du CHU de Liège, les diagnostics sont posés: César possède un bon QI mais est dyslexique et présente un trouble déficitaire de l'attention (TDA). À la maison et en classe, un système informatique vient le soulager. *"On a eu la chance, continue Olivier, que l'école nous suive et investisse dans du matériel et un logiciel - aujourd'hui abandonné parce que trop complexe."*

Fin d'année, ça coince sérieusement. Le bilan PMS oriente César vers l'enseignement spécialisé. Sceptiques, Olivier et son épouse visitent toutefois plusieurs écoles de ce type. *"Chez nous, César va régresser une fois confronté à des enfants aux difficultés plus importantes", leur confirme-t-on. Mais l'enfant pourrait bénéficier d'une intégration. "Reconnu comme porteur d'un 'handicap' - une étape à accepter -, mais n'ayant pas vraiment sa place dans l'enseignement spécialisé, un enfant peut poursuivre dans le général, tout en recevant, pendant les heures scolaires, une aide d'un professeur spécialisé et d'une logopède."* Soit deux heures par semaine la première année, quatre à partir de la deuxième d'une aide ciblée, et bénéfique. *"Notre fils a donc disposé jusqu'en sixième de soutiens spécifiques et d'un matériel de compensation, bien accepté en classe, avec lequel il a pu évoluer, grâce à la collaboration de tous dans cette aventure. Il a réussi son CEB très honorablement, ce dont il était très fier."*

Passage en secondaire, nouvelle étape; il faut à nouveau trouver une école adaptée. *"On a ratissé large. César a intégré le collège Sainte-Croix de Hannut, et son internat."* Cet établissement a mis entre autres en place un Plan Individuel d'Apprentissage, remplaçant les cours à option. Soit quatre heures pour faire le point et renforcer les acquis. Ce qui donne, pour César, avec l'Intégration, huit heures de soutien par semaine. Les documents scolaires - et les corrigés - sont en outre systématiquement fournis en format numérique (pour éviter la double tâche écoute et prise de notes). Devoirs, exercices et interrogations sont enregistrés sur clés USB, les examens sont passés oralement, etc. Si César reçoit beaucoup d'aide, il travaille aussi plus que la moyenne.

Autre point crucial, la réceptivité des professeurs. Exemple? *"Celui d'anglais s'est rendu compte que César décrochait. Il a proposé un programme adapté, et de ne plus le coter afin de ne pas le stigmatiser."* Quant au CE1D qui évalue les compétences des élèves de deuxième secondaire, l'école a fait le choix de ne pas coter cet examen. Résultat: plus de 80 %.

Aujourd'hui? L'internat de Hannut a fermé ses portes faute de candidats. L'aîné d'Olivier intègre celui de Dinant, où le rejoindra son frère Eliott, souffrant des mêmes troubles, mais de façon un peu différente, précise leur papa. Il glisse également que son épouse a fait un petit burn-out, suite à l'investissement en temps et en énergie. Ses enfants lui semblent néanmoins épanouis, mais il continue à se poser des questions et constate combien le quotidien est difficile pour une famille ayant des enfants "différents" (dys, TDA, HP...). *"Il n'y a que des parents d'enfants différents qui peuvent le comprendre, et il est important de pouvoir partager." **

Mais que fait l'école?

Vivre son trouble à l'école, lieu où la différence n'a pas toujours sa place, n'est pas facile. Mais les choses bougent.

Morgane, dyscalculique, échoue de quelques dixièmes de point à l'épreuve de maths du CE1D. Verdict: redoublement. C'est son seul échec. Son prof et l'école sont pourtant au courant. Les parents de Morgane ont introduit un recours... Certaines directions et professeurs éprouvent encore des difficultés à entendre, comprendre, s'adapter à des enfants atteints de troubles. Souvent, la notion de justice est évoquée: ce ne serait pas équitable pour les autres élèves. Certains enseignants ne peuvent comprendre qu'un élève, à 15 ans, ne sache pas lire. Mais pourquoi ne pas lui permettre de compenser avec l'outil numérique? *"Il s'agit de faire la distinction entre égalité et équité"*, explique Anne Demanet de l'APEDA.

Les mauvais diagnostics ou la multiplication des profils HP provoquent l'exaspération des équipes éducatives. Mais ils desservent surtout les enfants réellement porteurs de troubles, qui ont leur place dans le général. L'enseignement spécialisé pour ces profils se termine avec les primaires. Ceux qui en sortent n'ont quasi d'autres choix que la filière professionnelle. Si elle correspond à leur projet d'avenir, pas de souci. Tant pis pour les autres?

Les mentalités évoluent, d'autres enseignants s'impliquent, avertissent les parents sans stigmatiser. Certaines écoles appliquent déjà le Pass Inclusion. La Flandre garde une longueur d'avance. À l'école Eurêka, par exemple, tous les outils, compensation et autres, sont mis à disposition des élèves. Et chez nos voisins du Nord, les bibliothèques et manuels scolaires existent déjà en version numérisée.

Tous les troubles nécessitent des aménagements scolaires, que les élèves doivent parfois mendier. *"La bonne nouvelle, c'est que ça bouge au niveau politique"*, explique la secrétaire bénévole, *"un décret devrait être bientôt adopté par la Fédération Wallonie-Bruxelles"*. Aucune école ne pourra désormais refuser ces aménagements raisonnables. Photocopies des cours pour ceux qui rencontrent des difficultés d'écriture, utilisation d'ordinateur pour écrire, reformulation des consignes en cas de trouble de la compréhension du langage, ou synthèse vocale pour dyslexiques... Les quatre ans de formation des enseignants devraient inclure les notions de processus cognitifs d'apprentissage (et au passage faire la part des choses entre méthodes globale et syllabique). Et rappeler que ces enfants ont besoin d'énormément de bienveillance. - V.L.

C'est de famille

En comparant, entre autres, des jumeaux homozygotes ("vrais jumeaux") et dizygotes ("faux jumeaux"), il a été clairement établi que la dyslexie développementale (non causée par une lésion accidentelle au cerveau) possédait une origine génétique. D'autant qu'il existe des "familles de dyslexiques" et que des anomalies cérébrales apparaissant lors du développement embryonnaire ont été mises en évidence chez les personnes souffrant de dyslexie.

Espoir belge pour les dyslexiques

Plus répandue qu'on ne le croit, la dyslexie agit comme une malédiction sur des enfants empêchés de s'épanouir intellectuellement. Mais des chercheurs de l'UCL sont sur la piste d'un test de diagnostic plus rapide. - Texte: Philippe Lambert

Dans les pays scolarisés, la dyslexie fait des ravages: plus de 5 à 10 % des enfants en souffrent. Au niveau du primaire, chaque classe compterait donc en moyenne au moins un écolier ou une écolière dyslexique. Et encore, cette froide statistique ne traduit-elle pas la difficulté particulière posée par ce trouble spécifique de l'apprentissage du langage écrit: il n'est pas aisément détectable. Aussi sa prise en charge est-elle souvent tardive.

Or, plus vite une thérapie est engagée, moins l'enfant risque d'être largué dans ses apprentissages scolaires et de ressentir ce sentiment d'échec qui peut le pousser à rejeter l'école, jusqu'à avoir peur

→ de s'y rendre. C'est que les difficultés de lecture de l'enfant dyslexique le handicapent non seulement dans l'acquisition de sa langue, mais également dans l'ensemble des matières scolaires associées à l'écrit: histoire, géographie, mathématiques... Pour ainsi dire toutes. Tout ce qui a trait à la lecture et l'écriture lui demande une grande réflexion, exige de lui plus de temps et de fatigue.

Des travaux récents de psychologues de l'Université de Louvain (UCL) pourraient cependant changer la donne et permettre un dépistage précoce de la dyslexie, dès l'âge de 5 ans. Un progrès majeur et peut-être enfin à la mesure de l'enjeu. Car la dyslexie va de pair avec un rythme de lecture ralenti, des imprécisions et des difficultés de compréhension. Au-delà du risque de décrochage scolaire, elle entraîne de graves répercussions sur le développement intellec-

tuel de l'enfant. En outre, elle peut entraîner une perte d'estime de soi, voire de la dépression, et une mauvaise insertion sociale, menant à son tour, à l'âge adulte, à un manque d'autonomie.

Une prétendue pathologie de la supériorité

Si un enfant dyslexique ne bénéficie pas d'une prise en charge adéquate, son quotient intellectuel verbal et, par ricochet, son développement intellectuel général évolueront défavorablement. Pour cette simple raison: une grande partie du vocabulaire s'acquiert par le biais de la lecture, support incontournable des notions complexes et de l'abstraction. De quoi tordre le cou à cette vieille idée selon laquelle la dyslexie serait une "pathologie de la supériorité". Postulat fondé erronément sur le fait que des personnages célèbres ont la réputation d'avoir été dyslexiques: Galilée, le sculpteur Auguste Rodin, Léonard de Vinci ou même Albert Einstein...

"On parle parfois d'enfants surdoués en mathématiques ou hyper-intelligents, souligne Martine Poncelet, du département de psychologie, cognition et comportement de l'Université de Liège. Cela relève du mythe, ils ne sont dans l'ensemble ni plus forts ni plus faibles que les autres. Par ailleurs, chez ceux qui, à la suite d'une rééducation efficace, ont surmonté leur handicap et réussi des études universitaires, on continue à observer des particularités dans le traitement des sons et la manière de lire. Par exemple, ils sont généralement plus lents dans cet exercice. Quant à l'orthographe, elle reste pour eux un point sensible, car elle va de pair avec l'obligation de se représenter toutes les lettres constitutives des mots."

Un bon lecteur lit environ cinq mots par seconde. Une lecture fluide, experte, est sous-tendue par des capacités cognitives bien définies. Au début de leur apprentissage de la lecture, les enfants se livrent à un véritable exercice de décodage qui leur

permet d'établir un lien entre les graphèmes, c'est-à-dire les unités de base du langage écrit ("a", "ou", "ph", etc.) et les phonèmes (sons) correspondants dans le langage oral. Cette procédure est censée permettre à l'enfant de lire tous les mots réguliers, où la correspondance entre les graphèmes et les phonèmes ne déroge pas aux règles générales qui lui ont été enseignées. En revanche, la lecture de mots irréguliers s'avérera légèrement plus laborieuse au début et entachée d'un nombre un peu plus important d'erreurs. Prenons le mot "femme", par exemple. La conversion des graphèmes en phonèmes ne donnant pas "fame", l'enfant aura tendance à dire "feme" ou "fème".

Le dyslexique est précisément en proie à un déficit du décodage, donc de cette aptitude à établir la correspondance entre graphèmes (lettres) et phonèmes (sons). Mais ce n'est pas tout. Il pâtit également d'une mauvaise "conscience phonologique": il ne parvient pas, ou beaucoup plus lentement qu'un enfant normal, à scinder les mots en leurs différentes parties, à les segmenter en syllabes et, plus encore, en phonèmes. Il aura ainsi peine à percevoir que "cahier" est composé de deux syllabes (ca-hier) et, surtout, de quatre phonèmes (k-a-i-é).

La rééducation de la dyslexie est généralement confiée à des logopèdes. Ils s'efforcent de développer chez l'enfant les représentations et la conscience phonologiques par des exercices d'écoute et de décomposition des mots. Cette approche, pourtant purement pragmatique, a montré son bien-fondé: une rééducation précoce améliore significativement les habiletés de lecture chez de nombreux enfants.

Vers des thérapies personnalisées?

Selon l'un des critères diagnostiques en vigueur, l'enfant doit présenter deux années de retard en lecture pour être considéré comme dyslexique. Théori-

quement, la mise en évidence du trouble ne peut donc s'opérer avant l'âge de 8 ans environ. Et les tests effectués sont fortement influencés par différents facteurs tels que la motivation, la compréhension des tâches, etc., eux-mêmes conditionnés par l'environnement littéraire et le statut socio-économique de l'enfant. Leur fiabilité n'est donc pas absolue.

Bref, l'écheveau n'est pas simple à démêler entre les simples mauvais lecteurs et les dyslexiques. Peut-on contourner l'écueil, espérer détecter plus précocement et plus précisément la dyslexie afin d'initier plus tôt une prise en charge, qui serait dès lors plus efficace? Sous la direction du professeur Bruno Rossion et d'Aliette Lochy, des travaux récents réalisés à l'Institut de psychologie et de neurosciences de l'Université catholique de Louvain (UCL) le laissent augurer.

Au moyen d'une technique baptisée "stimulation visuelle périodique rapide" (FPVS), adaptée à l'étude de la lecture, les chercheurs ont pu montrer que la région occipito-temporale gauche du cerveau s'activait préférentiellement à la vue de lettres ou de mots projetés périodiquement sur un écran parmi de "faux mots", tels que "tenteluche", ou parmi des séquences de "fausses lettres", en l'occurrence des symboles divers non repris dans l'alphabet. Qui plus est, l'amplitude du signal enregistré par électroencéphalographie a dévoilé que plus un enfant connaissait de lettres, plus la région occipito-temporale gauche de son cerveau était activée. Ce constat ouvre de larges perspectives. Raison pour laquelle les chercheurs de l'UCL ont lancé en 2015 un programme de recherche sur l'apport de la technique FPVS dans la dyslexie. Des écoliers seront suivis de la première à la troisième primaire, moment où le diagnostic de dyslexie est généralement posé.

Si les espoirs initiaux se confirment, la FPVS pourrait constituer un outil aisément utilisable et peu coûteux de détection précoce de la dyslexie et d'évaluation de l'efficacité des méthodes mises en oeuvre pour sa prise en charge. Il suffirait théoriquement de "regarder" comment répond le cerveau du jeune enfant à la vue de lettres ou de mots. La méthode, qui ne nécessite la réalisation d'aucune tâche par l'enfant - des électrodes sont simplement posées sur son crâne -, pourrait également être à l'origine de thérapies personnalisées mieux adaptées à chaque cas. ✱