

# Vers un consensus international sur la dyslexie : définitions, évaluation et implications cliniques



par

**Julie Cattini,**

Logopède au Luxembourg

Collaboratrice à la Research Unit for a life Course perspective on Health & Education, ULiège, Belgique

## Remerciements

*Je tiens à adresser mes vifs remerciements à Guillaume Duboisdindien et Frédérique Miller pour leur relecture attentive.*

***“J’ai toujours su qu’elle était intelligente... mais je voyais bien qu’elle avait du mal à lire aussi bien que les autres.”***

Cette phrase revient souvent chez les parents que nous rencontrons et résume à elle seule le désarroi de nombreuses familles face aux difficultés persistantes en lecture. Mais que désigne-t-on vraiment par « dyslexie » aujourd’hui ? Ce terme, pourtant si fréquemment employé, est au cœur d’intenses débats scientifiques et cliniques. Entre polémiques sémantiques, enjeux d’équité dans l’accès au diagnostic et incertitudes sur les causes réelles, la communauté internationale s’est mobilisée pour faire le point. Un consensus inédit, fruit d’un travail rigoureux mené avec des experts européens, redéfinit les contours de la dyslexie, ses critères d’identification et ses implications pour la pratique logopédique. Cet article propose de vous en livrer les clés, pour éclairer nos choix d’évaluation et renforcer nos décisions cliniques à chaque étape du parcours de soin.

## Introduction

La dyslexie est un terme qui est entré dans le langage courant. Utilisé à l’école, dans les médias ou au sein des familles, il évoque spontanément des difficultés durables dans l’apprentissage de la lecture. Pourtant, derrière cette familiarité apparente, se cachent des débats complexes, tant dans le monde de la recherche que dans les milieux cliniques.

Depuis une dizaine d’années, la validité même du terme « dyslexie » en tant que catégorie diagnostique fait l’objet de vives discussions. Le *Dyslexia Debate*, lancé notamment par Elliott et Grigorenko (2014),

a joué un rôle central dans ce questionnement. Les auteurs y avancent que le terme « dyslexie » souffre d’un flou définitionnel persistant et ne renvoie pas à un profil clinique homogène. Selon eux, les enfants ainsi diagnostiqués ne se distinguent pas de manière fiable d’autres enfants en grande difficulté de lecture, et il n’existe pas, à ce jour, de méthode clinique suffisamment précise pour opérer une séparation nette entre les deux groupes. Cette remise en question, loin d’être purement théorique, a des implications directes sur les pratiques d’évaluation et sur l’équité d’accès au soutien.

Les auteurs soulignent également un risque majeur : celui de renforcer des inégalités sociales déjà présentes. Dans les faits, le diagnostic de dyslexie est plus fréquemment posé chez des enfants issus de milieux socio-économiques favorisés, notamment parce que leurs familles ont plus facilement accès à des bilans spécialisés. Cette situation pose question : si l’accès au diagnostic dépend des ressources familiales, le soutien ciblé qu’il permet d’obtenir risque lui aussi de devenir un privilège, plutôt qu’un droit fondé sur les besoins réels de l’enfant.

Par ailleurs, les approches pédagogiques efficaces doivent avant tout être fondées sur une analyse fine des profils cognitifs et des besoins spécifiques de chaque enfant, indépendamment d’un éventuel diagnostic. Aucune preuve ne montre qu’un groupe dit « dyslexique » devrait bénéficier d’une intervention fondamentalement différente de celle proposée à d’autres enfants en grande difficulté de lecture. Il serait même éthiquement discutable de réserver des aides spécifiques à un sous-groupe simplement parce qu’il porte une étiquette diagnostique.

Cette remise en question a progressivement trouvé un écho dans les grandes classifications internationales. Ni le DSM-5-TR (APA, 2023) ni la CIM-11 (OMS, 2022) n'emploient aujourd'hui le terme de « dyslexie ». Ils lui préfèrent des désignations plus larges, comme « trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture », centrées sur les difficultés observées plutôt que sur une cause unique supposée. Ainsi, l'identification d'un déficit phonologique, longtemps considéré comme un marqueur clé, n'est plus une condition pour poser un diagnostic. Ce glissement traduit une évolution des mentalités : en pratique clinique, il n'est ni possible ni pertinent de tracer une frontière nette entre les enfants dits « dyslexiques » et ceux qualifiés de « faibles lecteurs ». L'accent est désormais mis sur le retentissement fonctionnel des difficultés et sur la réponse aux besoins individuels, quel que soit le libellé diagnostique.

Ce vaste débat a nourri de nombreuses réflexions à l'échelle internationale. Très récemment, en 2025, un consensus fondé sur un processus Delphi a permis de proposer une clarification du terme « dyslexie » (Carroll et al., 2025), ainsi que des recommandations cliniques actualisées (Holden et al., 2025). Le présent article propose une synthèse accessible de ces travaux récents, disponible en libre accès, afin de mieux comprendre ce qu'implique aujourd'hui le terme « dyslexie ».

## Objectifs

Face à la diversité des points de vue et à l'évolution des cadres diagnostiques, l'objectif de cette initiative internationale était de dégager un consensus solide autour de cinq grands axes : clarifier la nature même de la dyslexie, mieux comprendre l'expérience vécue par les personnes concernées, préciser les raisons et le moment opportun pour évaluer, identifier les compétences pertinentes à examiner, et enfin, proposer des critères partagés pour guider l'identification clinique.

## Méthodologie

Le processus Delphi est une méthode de consultation structurée, souvent utilisée pour faire émerger un consensus dans des domaines complexes. Concrètement, un groupe d'experts est invité à donner son avis sur une série d'affirmations ou de propositions. Cette

consultation se déroule en plusieurs étapes, appelées « tours ». À chaque tour, les experts évaluent les propositions (par exemple, en indiquant leur degré d'accord) et peuvent formuler des commentaires. Ces réponses sont ensuite analysées de façon anonyme par une équipe de modération, qui ajuste ou reformule les propositions en fonction des retours. Un nouveau tour est alors lancé, permettant aux experts de réagir aux évolutions et d'affiner leur position. Ce processus est répété jusqu'à ce qu'un large accord soit atteint sur les propositions retenues. L'anonymat et l'itération sont les deux piliers de cette méthode, qui favorise une réflexion collective sans influence hiérarchique ou pression sociale. Ce type de démarche ne vous est peut-être pas inconnu : le consensus CATALISE en 2017, aujourd'hui intégré dans les pratiques logopédiques au sujet du Trouble Développementale de Langage, a lui aussi été construit selon la méthode Delphi. Le consensus présenté ici sur la dyslexie s'inscrit dans la même logique rigoureuse et collaborative.

### *Qui étaient les 58 experts ?*

Le panel comportait des professionnels du milieu académique (44%), des enseignants ou évaluateurs spécialisés (27%), des individus personnellement concernés par la dyslexie (20%) et des psychologues scolaires (9%). La très grande majorité des experts venaient d'Angleterre (73%) et, plus globalement, du continent européen (plus de 90%). La Belgique n'était pas représentée.

### *Comment s'est déroulé le processus de décision ?*

Le groupe de modération a regroupé 55 propositions. Ensuite, le panel d'experts a reçu le premier questionnaire en mai 2023 et a dû indiquer son degré d'accord avec chaque proposition. Chacun pouvait ajouter un commentaire pour affiner les propositions. Après la collecte des données, un rapport a été réalisé pour chaque membre du panel contenant les réponses quantitatives pour chaque proposition ainsi que les commentaires anonymisés.

Le panel d'experts a reçu ce second questionnaire pour un second tour.

Sur base des réponses obtenues, chaque proposition a été reformulée, fusionnée ou supprimée selon les besoins. Le seuil de consensus était fixé à un taux d'ac-

cord global (tout à fait d'accord ou plutôt d'accord) de 80 %. Au total, 42 propositions ont été acceptées pour cinq thèmes différents.

## Résultats

### Définition de la dyslexie

Sur base du consensus, la définition suivante peut être dégagée.

*La dyslexie est un trouble persistant du traitement de l'information écrite qui affecte l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, et ce malgré un enseignement adéquat et des opportunités d'apprentissage. Elle se manifeste par des performances faibles dans un ou plusieurs aspects de la littératie<sup>1</sup>, en décalage avec l'âge, le niveau scolaire attendu et/ou les autres compétences cognitives de l'individu.*

*Les marqueurs-clés de la dyslexie sont des difficultés de fluidité en lecture, en particulier une lenteur dans le décodage, ainsi que des difficultés en orthographe (eng., spelling), bien que les manifestations puissent varier selon les caractéristiques de la langue.*

*La dyslexie s'inscrit dans une trajectoire développementale influencée par une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux, et ses manifestations varient en intensité le long d'un continuum.*

*La difficulté cognitive sous-jacente la plus fréquemment observée, et étayée par un fort niveau de preuves scientifiques, concerne le traitement phonologique. Néanmoins, cette difficulté n'explique pas à elle seule toute la variabilité observée chez les personnes dyslexiques.*

La dyslexie peut également affecter l'acquisition d'autres compétences, telles que la compréhension en lecture ou l'apprentissage d'une langue seconde. Elle coexiste fréquemment avec d'autres troubles du neurodéveloppement, notamment le trouble développemental du langage (TDL), la dyscalculie, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou encore le trouble d'acquisition de la coordination.

<sup>1</sup> La littératie, ou lettrure, est l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités.

### L'étiologie de la dyslexie

Les recherches sur l'étiologie de la dyslexie convergent vers une vision multifactorielle. En effet, face à la grande variabilité interindividuelle des profils dyslexiques et à la fréquence élevée de troubles comorbides, il apparaît clairement que la dyslexie ne peut être attribuée à une cause unique, mais résulte d'une interaction complexe entre de multiples facteurs, à la fois cognitifs, biologiques et environnementaux.

Si le déficit phonologique est le trouble cognitif sous-jacent le plus souvent observé, des facteurs environnementaux tels que la prématurité, le niveau socio-économique ou un environnement familial peu stimulant sur le plan de la littératie constituent également des facteurs de risque (Hamilton et al., 2016 ; Peterson & Pennington, 2015).

À ce jour, un lien de nature causale entre la dyslexie et la conscience phonologique a été établi avec un haut niveau de preuve empirique. En revanche, la nature et la force des relations avec d'autres facteurs cognitifs (par exemple, la mémoire verbale à court terme, l'attention visuelle, l'empan visuo-attentionnel) restent des questions ouvertes.

La présence de facteurs de protection, tels qu'une intervention précoce ou de bonnes compétences langagières, peuvent également expliquer la variabilité des profils et l'évolution de la dyslexie tout au long de la vie.

Par ailleurs, les auteurs soulignent que la recherche des causes de la dyslexie relève principalement du champ scientifique, et non du cadre clinique. Autrement dit, il n'est pas nécessaire d'objectiver un déficit phonologique sous-jacent (ou autre déficit causal selon les modèles théoriques avancés) pour poser un diagnostic de dyslexie.



En d'autres termes, si un enfant de quatrième année primaire rencontre d'importantes difficultés en lecture et en orthographe mais présente des scores dans la norme au niveau des compétences phonologiques et/ou visuo-attentionnelles, le diagnostic de dyslexie ne doit pas être exclu.

## Les troubles comorbides

Comme mentionné plus haut, la dyslexie ne se présente que rarement seule. Elle coexiste fréquemment avec d'autres troubles du neurodéveloppement, comme le TDAH ou la dyscalculie, ainsi qu'avec des difficultés de santé mentale, notamment les troubles anxieux. Les études montrent que ces associations sont bien plus fréquentes que ce que le simple hasard pourrait expliquer, ce qui suggère que la comorbidité est davantage la norme que l'exception (Adlof & Hogan, 2018 ; Moll et al., 2020). Pour les logopèdes, cela implique de porter une attention particulière à la diversité des profils et à la complexité des parcours, afin d'adapter au mieux l'accompagnement proposé. Ainsi, la comorbidité entre la dyslexie et la dyscalculie est estimée entre 11 % et 70 %. Environ 30 à 50 % des enfants dyslexiques présentent des difficultés langagières suffisamment importantes pour répondre aux critères d'un TDL. La cooccurrence avec des troubles du comportement, notamment le TDAH et le trouble des conduites, est rapportée dans 20 % à 50 % des cas. Enfin, les troubles anxieux ou autres difficultés émotionnelles sont présents chez 9 % à 29 % des personnes présentant une dyslexie.

La présence de comorbidités peut aggraver l'impact fonctionnel de la dyslexie, en complexifiant le parcours scolaire, le développement du langage écrit et les stratégies d'adaptation. Par ailleurs, la dyslexie peut entraîner des difficultés secondaires en compréhension de lecture et réduire l'exposition aux contenus écrits, ce qui peut freiner l'acquisition du vocabulaire et des connaissances générales.

Lors de la consultation du panel, les liens entre dyslexie et trouble du développement intellectuel ont suscité de nombreux débats. Historiquement, la passation d'un test de QI était considérée comme une étape indispensable pour poser un diagnostic. Or, les données récentes remettent en question cette pratique. Trois points clés peuvent être retenus concernant cette association dans le consensus Delphi :

- un écart entre les compétences intellectuelles et les performances en littératie n'est pas une condition pertinente pour établir un diagnostic de dyslexie ;

- toutes les personnes présentant des difficultés en littératie devraient bénéficier des aides appropriées. Autrement dit, l'accès aux aménagements et aux interventions ne devrait pas dépendre d'un diagnostic strict de « dyslexie » ;
- attribuer un diagnostic de dyslexie à une personne présentant un trouble du développement intellectuel et des difficultés globales d'apprentissage pourrait conduire à une intervention inadaptée, insuffisamment ajustée aux besoins réels.

En résumé, si l'évaluation du fonctionnement intellectuel peut fournir des informations complémentaires, elle ne constitue en aucun cas une exigence pour poser un diagnostic de dyslexie.



Autrement dit, si un adolescent présentant un TDAH et/ou ses parents se plaignent de difficultés persistantes en orthographe, il est primordial de réaliser un bilan logopédique car la dyslexie est un trouble comorbide plus fréquent chez les personnes TDAH que dans la population générale.

## Les idées fausses

Enfin, les auteurs du consensus Delphi (Carroll et al., 2025) prennent le temps de clarifier certaines idées reçues encore persistantes autour de la dyslexie. En voici quelques-unes :

- la latéralité d'un individu ne doit pas être prise en compte pour le diagnostic de la dyslexie ;
- le stress visuel ou syndrome de *Meares-Irlen* constitue une condition indépendante de la dyslexie et doit donc être pris en charge séparément afin de ne pas exacerber les difficultés de lecture ;
- la dyslexie n'induit pas de meilleures compétences créatives ou visuo-spatiales. Comme tout individu, une personne dyslexique peut présenter des forces dans certains domaines, mais cela ne constitue pas une caractéristique intrinsèque du trouble.

## La détection précoce et la mise en place du soutien

Le panel d'experts ayant participé au consensus Delphi réaffirme la position défendue dans le *Dyslexia Debate* : tous les individus en difficulté d'apprentissage de la lecture doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement ciblé, quel que soit leur profil ou leur contexte socio-économique.

Dans cette logique, le diagnostic de « dyslexie » ne devrait pas être un préalable pour accéder à un soutien adapté. L'enjeu principal est d'identifier rapidement les enfants à risque de difficultés persistantes en lecture, afin de leur proposer une aide ciblée, sans attendre qu'un diagnostic complet soit posé. Celui-ci peut intervenir dans un second temps, notamment lorsque les progrès restent limités malgré les interventions déjà mises en place.



Si un enfant de deuxième primaire montre une lenteur marquée en lecture malgré un enseignement de qualité et un accompagnement renforcé, il n'est pas nécessaire d'attendre un bilan complet pour commencer à l'aider efficacement.

## L'évaluation de la persistance des difficultés

La définition consensuelle de la dyslexie issue de ce travail souligne l'importance de la persistance des difficultés comme critère diagnostique. Il est donc essentiel d'évaluer la réponse à l'intervention c'est-à-dire la manière dont la personne progresse (ou non) lorsqu'un soutien adapté est proposé.

Cela suppose un modèle d'évaluation dynamique dans lequel les interventions sont mises en place selon les besoins, et leur effet étroitement surveillé. Ce principe rejoint les modèles de soutien à paliers multiples (multi-tiered systems of support, MTSS), développés aux États-Unis dans les années 2000 et introduits en France en 2019. Ces modèles permettent d'ajuster progressivement l'intensité du soutien en fonction de l'évolution de l'élève (Desrochers et al., 2025).

Cependant, le panel d'experts rejette l'idée selon laquelle une amélioration significative consécutive à l'intervention suffirait à exclure un diagnostic de

dyslexie. Certains individus peuvent progresser, mais uniquement au prix d'un effort cognitif intense, révélateur de difficultés sous-jacentes persistantes.

Par ailleurs, aucun âge minimal strict ne doit être fixé pour poser un diagnostic. Si l'âge de 8 ou 9 ans est souvent évoqué comme moment propice en cas de détection précoce, des exceptions sont possibles, notamment chez les enfants présentant des troubles sévères. Chez les adolescents et les adultes, la persistance peut être documentée à partir de l'historique scolaire et des difficultés précoces, sans qu'une intervention récente soit nécessaire.



Par exemple, une élève de sixième primaire peut présenter une dyslexie, même si elle lit à voix haute avec fluidité. Cela peut se manifester par une fatigue rapide, quelques erreurs de décodage, et des difficultés à automatiser les mots-outils, ses résultats scolaires se maintenant grâce à un effort cognitif conséquent.

## L'évaluation diagnostique

L'évaluation diagnostique s'inscrit dans une démarche d'investigation fondée sur des hypothèses, à partir de sources d'informations multiples. Cette approche est conforme aux recommandations du DSM-5-TR (APA, 2023), qui préconise de croiser :

- une synthèse clinique des antécédents médicaux, familiaux, développementaux et pédagogiques ;
- une analyse des relevés de notes et des rapports pédagogiques ;
- une évaluation normée ou critériée logopédique et/ou psychoéducative.

L'évaluation vise à mettre en évidence des performances faibles en littératie, en décalage avec l'âge, la scolarité attendue et/ou les autres compétences cognitives. Les processus phonologiques (c'est-à-dire, la conscience phonologique, la vitesse de traitement des informations phonologiques et/ou la mémoire verbale à court terme) et les compétences orthographiques (c'est-à-dire, la capacité à former/reconnaître des lettres, des séquences de lettres et des représentations orthographiques) sont particulièrement utiles pour estimer le pronostic. Toutefois, il n'est pas

nécessaire de formuler une hypothèse étiologique sur l'origine des troubles. Les difficultés phonologiques ou orthographiques sont à considérer comme des facteurs aggravants, au même titre que d'autres facteurs de risque. Dans la pratique clinique, il est recommandé de s'éloigner d'une posture explicative causale pour se concentrer sur les facteurs ayant un impact fonctionnel.

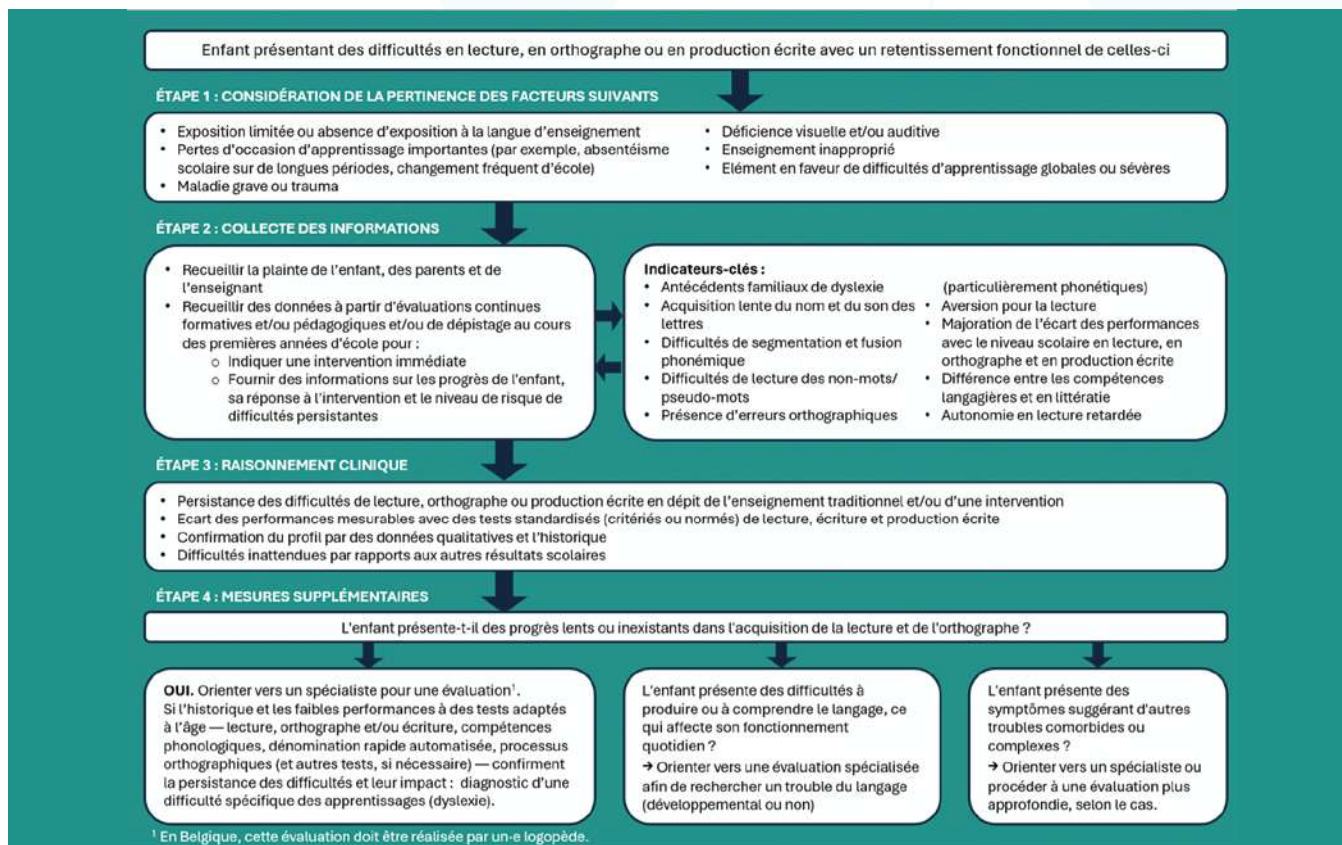
Enfin, le panel souligne que les tests standardisés apportent un cadre rigoureux et objectif, à condition d'être sélectionnés, administrés et interprétés de manière appropriée. Aucun score-seuil unique (par exemple, -1 écart-type) ne permet d'établir un diagnostic de dyslexie. Il est également jugé non pertinent d'opposer « dyslexiques » et « faibles lecteurs ».

Concernant l'évaluation multidisciplinaire, elle est utile en cas de profil complexe, mais elle n'est pas indispensable.

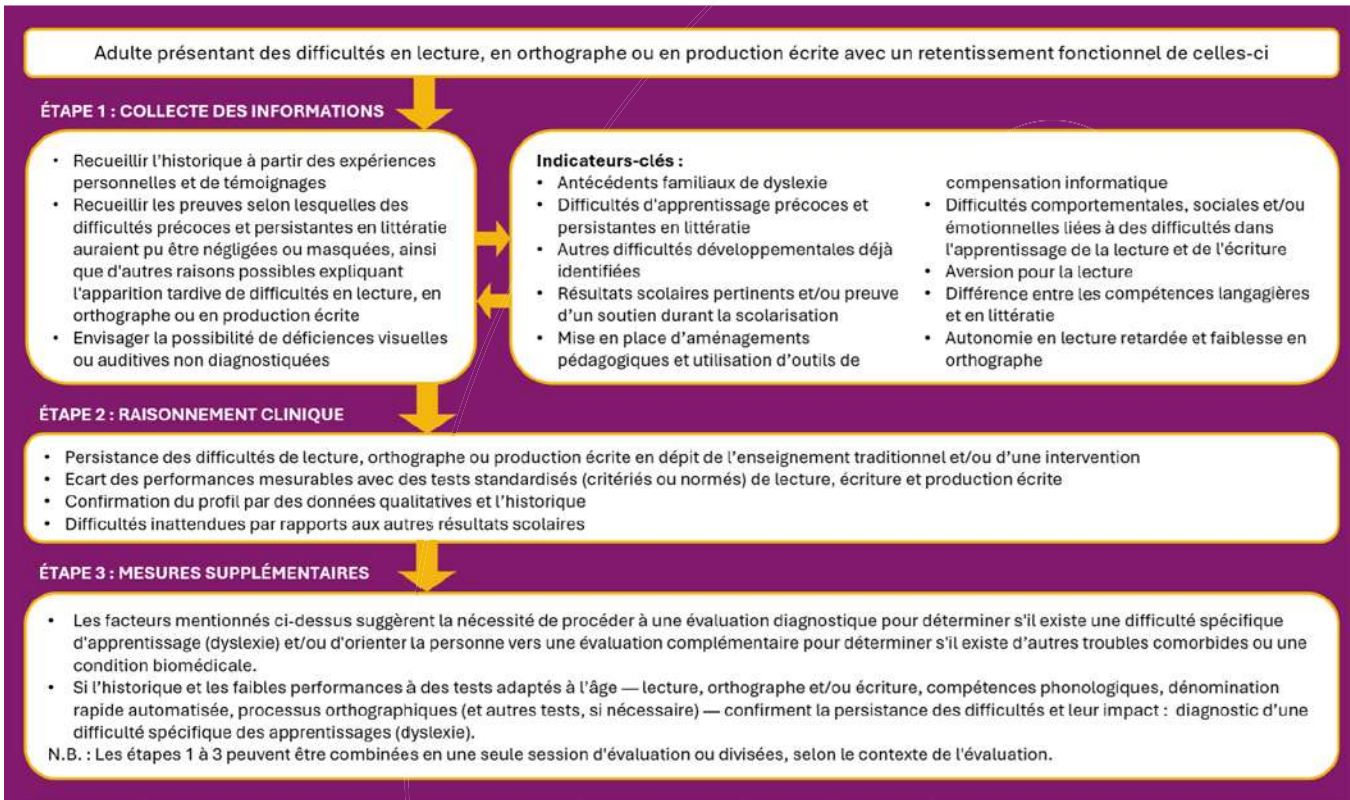
Face à un enfant dont les scores en lecture sont hétérogènes, mais dont l'historique scolaire révèle des difficultés anciennes et persistantes, c'est l'ensemble du parcours, et non un seuil chiffré isolé, qui doit guider la décision diagnostique.

## Un modèle pour planifier l'évaluation de la dyslexie

Pour conclure leur travail, les auteurs proposent deux modèles de raisonnement clinique, l'un pour l'enfant, l'autre pour l'adulte, qui permettent de guider l'identification de la dyslexie sur la base d'un ensemble de facteurs convergents. Ces modèles s'appuient sur les domaines clés du consensus Delphi et offrent une grille de lecture rapide et opérationnelle pour déterminer pourquoi, quand et quoi évaluer afin d'augmenter la probabilité d'une identification fiable du trouble.



Modèle d'évaluation de la dyslexie chez l'enfant



Modèle d'évaluation de la dyslexie chez l'adulte

## Conclusion

Ce consensus international s'inscrit dans la continuité des réflexions critiques autour de la définition et de l'évaluation de la dyslexie. Il visait à clarifier les fondements cliniques du diagnostic, en s'appuyant sur l'avis d'un large panel d'experts issus de différents horizons professionnels. Si aucune méthode universelle ne permet d'identifier de manière simple et définitive une personne dyslexique, cet effort collectif dégage des principes robustes et directement mobilisables dans la pratique logopédique, que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.

Globalement, les propositions validées s'alignent avec les cadres diagnostiques actuels comme celui du DSM-5-TR, tout en levant certaines ambiguïtés souvent rencontrées sur le terrain. Elles rappellent

notamment que l'évaluation multidisciplinaire n'est pas systématiquement requise, et que la recherche d'une cause unique, comme un déficit phonologique, ne doit pas guider la démarche clinique.

Ce consensus apporte ainsi des réponses concrètes aux critiques du *Dyslexia Debate*, en soulignant l'importance d'un raisonnement centré sur les besoins fonctionnels, et non sur des étiquettes figées ou des seuils chiffrés arbitraires. Bien qu'il subsiste des zones de débat, ce socle commun représente une avancée précieuse vers une évaluation plus équitable, plus cohérente et mieux adaptée à la diversité des profils.

Pour terminer et pour aider la pratique au regard de ce consensus, cinq points clés peuvent être dégagés selon l'acronyme P.A.S.S.E.

### **P — Persistance des difficultés**

C'est la durée et la résistance au soutien adapté qui orientent le diagnostic, plus qu'un score ponctuel.

### **A — Aide accessible sans étiquette**

Un enfant en difficulté doit bénéficier d'un accompagnement, même en l'absence de diagnostic formel.

### **S — Score ≠ seuil arbitraire**

Aucun seuil chiffré ne suffit : il faut croiser les observations cliniques, scolaires et développementales.

### **S — Sans recherche de cause unique**

Le raisonnement fonctionnel prime sur une explication causale : on identifie les besoins et les facteurs aggravants (≠ causaux)

### **E — Évaluation pluridisciplinaire adaptée**

Utile pour les profils complexes, mais non indispensable dans la majorité des situations.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Adlof, S. M., & Hogan, T. P. (2018). Understanding dyslexia in the context of Developmental Language Disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 49(4), 762–773. [https://doi.org/10.1044/2018\\_LSHSS-DYSLC-18-0049](https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-DYSLC-18-0049)

American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd., révision du texte)*. Elsevier Health Sciences France.

Carroll, J. M., Holden, C., Kirby, P., Thompson, P. A., & Snowling, M. J. (2025). Toward a consensus on dyslexia: findings from a Delphi study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(7), 1065–1076. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14123>

Conseil scientifique de l'éducation nationale (2025). *L'approche de la réponse à l'intervention appliquée à l'enseignement de la lecture et de l'écriture* (Synthèse n° 19). Réseau Canopé.

Elliott, J. G., & Grigorenko, E. L. (2014). *The Dyslexia Debate*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139017824>

Hamilton, L. G., Hayiou-Thomas, M. E., Hulme, C., & Snowling, M. J. (2016). The home literacy environment as a predictor of the early literacy development of children at family-risk of dyslexia. *Scientific Studies of Reading*, 20(5), 401–419. <https://doi.org/10.1080/1088438.2016.1213266>

Holden, C., Kirby, P., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Carroll, J. M. (2025). Towards a consensus for dyslexia practice: Findings of a delphi study on assessment and identification. *Dyslexia*, 31(1). <https://doi.org/10.1002/dys.1800>

Moll, K., Snowling, M. J., & Hulme, C. (2020). Introduction to the Special Issue "Comorbidities between reading disorders and other developmental disorders." *Scientific Studies of Reading*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/1088438.2019.1702045>

Organisation Mondiale de la Santé (2022). Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11). <https://icd.who.int/browse11>

Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 283–307. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112842>