



## REGARD PÉDOPSYCHIATRIQUE SUR LE DIAGNOSTIC DE DYSPHASIE

[Nathalie Bock](#), [Geneviève Serre-Pradère](#), [Laurence Robel](#), [Thierry Baubet](#)

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2017/1 Vol. 60 | pages 167 à 196

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130788256

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2017-1-page-167.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. 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.

# REGARD PÉDOPSYCHIATRIQUE SUR LE DIAGNOSTIC DE DYSPHASIE

NATHAËLLE BOCK<sup>1</sup>, GENEVIÈVE SERRE-PRADÈRE<sup>2</sup>,  
LAURENCE ROBEL<sup>3</sup>, THIERRY BAUBET<sup>4</sup>

REGARD PÉDOPSYCHIATRIQUE SUR LE DIAGNOSTIC DE DYSPHASIE

*La dysphasie est un trouble sévère et persistant du développement du langage oral. Classiquement, l'atteinte du développement du langage est dite « spécifique », c'est à dire ne relevant pas d'une cause cliniquement identifiable. Devant la complexité du diagnostic de dysphasie, il nous a paru nécessaire de dresser un état des lieux synthétique de l'état des recherches dans le domaine à partir d'une revue de la littérature. Dans une seconde partie, nous formalisons certains de nos questionnements autour de ce diagnostic et de la notion de spécificité, nés de la confrontation entre notre expérience clinique et les points saillants des recherches actuelles. Au vu de leur pratique clinique, et étayés de leurs recherches, les auteurs plaident pour l'impérative nécessité d'une évaluation pédopsychiatrique chez tous les enfants chez lesquels une dysphasie est suspectée ou diagnostiquée.*

**Mots-clés :** dysphasie, langage, enfant, spécificité, comorbidités.

A VIEWPOINT FROM CHILD PSYCHIATRY ABOUT THE DIAGNOSIS OF DYSPHASIA

*Dysphasia is a severe and persistent disorder of oral language development. Usually, the effect on language development is said to be « specific », that is, something not traceable to an identifiable clinical cause. Because of the complexity of diagnosing dysphasia, we have felt it necessary first, to make a synthetic compendium of the state of research in the domain based on a review of the literature. In the second part of the article, we will formalize some of our questions concerning the diagnosis and the notion of specificity, born of the confrontation between our clinical experience and the salient points of current research. On the basis of this clinical practice and with the support of the aforementioned research, the authors plead for the necessity of a psychiatric evaluation of all children in whom dysphasia is suspected or diagnosed.*

**Keywords:** dysphasia, language, child, specificity, comorbidities.

MIRADA PEDO-PSIQUIÁTRICA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DISFASIA

*La disfasia es un trastorno severo y persistente del desarrollo del lenguaje oral. El trastorno del desarrollo del lenguaje se denomina clásicamente “específico” es decir que no procede de una causa que se pueda identificar clínicamente. Ante la*

1. Pédopsychiatre – Hôpital Sainte Marie (Privas).

2. Pédopsychiatre – Praticien hospitalier en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 13, AP-HP, Hôpital Avicenne (Bobigny).

3. Pédopsychiatre – Praticien hospitalier – Hôpital Necker (Paris).

4. Psychiatre – Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CESP, Inserm 1178, Université Paris 13, AP-HP, Hôpital Avicenne (Bobigny).

*complejidad del diagnóstico de disfasia, se hace evidente que es necesario realizar una síntesis del estado actual de las investigaciones recogidas en la literatura actual. Posteriormente explicitamos el estado de nuestros interrogantes sobre dicho diagnóstico y sobre la noción de lo específico que aparece al confrontar nuestra experiencia clínica y los puntos significativos de las investigaciones actuales. De cara a la práctica clínica y basado en sus investigaciones, los autores sostienen que es necesario hacer una evaluación pedo-psiquiátrica a todos los niños en los que se sospecha una disfasia.*

**Palabras clave:** *disfasia, lenguaje, niño, especificidad, co-morbidez.*

La dysphasie est une catégorie nosographique qui désigne un trouble du langage oral sévère et persistant, comportant des troubles touchant la compréhension et l'expression orales, ou parfois exclusivement l'expression. Classiquement, l'atteinte du développement du langage est dite « spécifique », c'est à dire ne relevant pas d'une cause cliniquement identifiable, qu'il s'agisse d'un trouble envahissant du développement (où l'on considère que le déficit langagier présent est la conséquence des difficultés existantes dans la relation à l'autre et d'une atteinte de la communication au sens large ainsi que de la stabilité des représentations psychiques), d'un déficit auditif, d'une carence éducative massive, d'un retard intellectuel, d'une lésion cérébrale acquise ou encore d'une malformation des organes phonatoires.

La littérature francophone (en France, en Belgique, en Suisse et au Québec) retient aujourd'hui de façon assez consensuelle le terme de dysphasie. Celui-ci ne correspond pas de façon tout à fait exacte aux termes les plus couramment employés dans les pays anglo-saxons de *Specific language impairment*, ou de *Developmental language disorder*, qui désignent des troubles du langage non nécessairement persistants (pouvant donc être diagnostiqués chez des enfants d'âge préscolaire) ne s'intégrant pas dans un contexte développemental plus largement altéré. Le terme de *Developmental dysphasia* est parfois employé, mais de façon plus anecdotique.

Le terme de dysphasie est apparu dans le paysage de la pédopsychiatrie française dans les années 1960 avec Julian de Ajurriaguerra (1963). Sa définition a largement varié jusqu'à nos jours, et reste différente selon les classifications (CIM-10<sup>5</sup>, CFTMEA<sup>6</sup>, DSM-V<sup>7</sup>) et entre les pays (aire francophone et anglo-saxonne), nous y reviendrons.

Depuis les années 2000 en France, les politiques de Santé publique ont placé au devant de la scène les troubles du langage oral en favorisant la création sur l'ensemble du territoire des « Centres référents sur les troubles du langage ». Ces Centres d'évaluation diagnostique se sont développés sous l'impulsion de services de pédiatrie, de neuropédiatrie, ou de pédopsychiatrie.

Par ailleurs, depuis les années 1960, les publications de recherche sont extrêmement nombreuses sur le sujet de la dysphasie, émanant de divers

5. CIM-10 : Classification internationale des maladies (10ème édition), (OMS).

6. CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, (Misès, dir.).

7. DSM-V : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ème édition), (APA).

champs professionnels : orthophonie, neurologie, neuropsychologie, mais aussi psychopathologie.

Plusieurs des auteurs du présent article exercent au sein du Centre référent des troubles du langage et des apprentissages qui est intégré dans le service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne, en Seine-Saint-Denis. Depuis la création de ce Centre en 2001, la complexité du diagnostic de dysphasie ne cesse de se déployer et de questionner l'équipe au quotidien, au fil des rencontres avec les enfants présentant des troubles sévères du langage oral. Aussi, il nous a paru nécessaire de dresser un état des lieux synthétique de l'état des recherches dans le domaine à partir d'une revue de la littérature. Dans une seconde partie, nous formalisons certains de nos questionnements autour de ce diagnostic, nés de la confrontation entre notre expérience clinique et les points saillants des recherches actuelles.

## DÉFINITION, PRÉVALENCE, DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

### DÉFINITION DES DYSPHASIES

Aujourd'hui, la plupart des chercheurs s'accordent à parler *des* dysphasies, et non plus de *la* dysphasie. En effet, les recherches cliniques et épidémiologiques ont permis d'individualiser des profils cliniques très différents parmi les enfants qualifiés de dysphasiques dans les publications couvrant les années 1960 à 2000. À présent, qu'il s'agisse de la littérature anglo-saxonne ou de la littérature francophone, on distingue **trois grandes catégories de dysphasies** : la **dyspraxie verbale** (où c'est essentiellement la **programmation motrice de la parole** qui est touchée, avec pour conséquences des **difficultés de réalisation articulatoire**), les **troubles de la pragmatique langagière** (cette dernière étant définie comme les **aspects du langage ayant trait à son usage social à visée de communication**), et la **dysphasie linguistique** (Chevrie-Muller, 2012 ; De Guibert 2011 ; Bishop, 2004). Dans le cas de la dysphasie linguistique, la difficulté réside dans la **non-maîtrise du code** linguistique.

Au sein de la dysphasie linguistique, différentes formes cliniques sont individualisées, selon les composantes langagières principalement touchées (composantes phonologique, lexicale, syntaxique, et de la compréhension). Les formes cliniques proposées dans la littérature scientifique sont assez consensuelles, malgré certaines différences subtiles selon les auteurs.

Un des premiers et célèbre essai de regroupement syndromique des troubles spécifiques du langage oral est celui d'Isabelle Rapin et de Doris Allen en **1988** aux États-Unis. Elles distinguent six profils de troubles langagiers : le syndrome phonologico-syntaxique et l'agnosie auditivo-verbale (troubles mixtes expressifs et réceptifs), le trouble de programmation phonologique et la dyspraxie verbale (troubles portant exclusivement sur l'expression), le syndrome lexico-syntaxique et le syndrome sémantique pragmatique (troubles portant sur des fonctions cognitives centrales de haut niveau) (Allen et al., 1988).

Dans la littérature francophone sur la dysphasie, Christophe-Loïc Gérard (France) retient cinq sous-types qui recoupent ceux de Rapin et Allen (à l'exclusion de la dyspraxie verbale qu'il n'inclut pas dans le champ des dysphasies) (Gérard, 2003). Francine Lussier et Janine Flessas (Québec) s'appuient aussi sur la classification princeps en six sous-types (2009), de même que Christelle Maillart et Marie-Anne Schelstraete (Belgique) (2012).

Parmi ces sous-groupes, quatre entrent donc dans la catégorie de la dysphasie linguistique : le syndrome phonologico-syntaxique, l'agnosie auditivo-verbale, le trouble de programmation phonologique et le syndrome lexico-syntaxique.

Cependant, une prudence est nécessaire dans le recours qui est fait à la définition de ces formes cliniques. En effet, *il ne semble pas exister de stabilité dans le temps de ces sous-groupes chez un enfant donné*. En témoigne une étude de chercheurs anglais qui ont tenté d'établir des formes cliniques au sein des troubles spécifiques du langage oral (TSLO) sur la base de procédés statistiques. Réalisée sur une cohorte de 242 enfants de sept ans présentant un TSLO, l'étude comporte la passation de six tests de langage. Les six tests comprennent : l'articulation, la production lexicale, les capacités grammaticales, la narration, les compétences dans les nombres, la lecture de mot. À partir de cette analyse statistique, les auteurs voient se détacher cinq sous-types de TSLO qui recoupent globalement la classification clinique de Rapin et Allen (1988) citée plus haut. Seul le sous-type « agnosie auditivo-verbale » n'apparaît pas car les auteurs ne le considèrent pas comme un TSLO (Conti-Ramsden et Crutchley, 1997). Le *résultat* très intéressant obtenu lors du suivi à un an de cette cohorte (les enfants étaient suivis dans l'intervalle) est la non-permanence du sous-type de TSLO pour un enfant donné : ainsi, *45 % des enfants étaient passés d'un groupe à un autre en un an*. Les auteurs soulignent les aspects dynamiques des troubles langagiers développementaux (Conti-Ramsden et Botting, 1999).

Le recours au *diagnostic* d'une forme clinique de dysphasie doit donc être utilisé plutôt comme le *reflet de la maturation du langage de l'enfant à un instant donné*, pouvant indiquer des axes pour la rééducation orthophonique, que comme une représentation définitive de ses difficultés langagières.

La question du critère d'âge pour le diagnostic de dysphasie n'est en revanche pas consensuelle. Les classifications internationales (CIM-10, DSM-V) ne mentionnent pas de critère d'âge pour le diagnostic. Cependant, le DSM-V précise que les différences interindividuelles dans les compétences langagières deviennent plus stables, plus exactes et hautement prédictives de l'évolution ultérieure à partir de l'âge de quatre ans. On ne retrouve donc pas de distinction entre dysphasie et retard de langage dans les pays anglo-saxons. En lien avec le critère de persistance du trouble, plusieurs chercheurs francophones estiment, eux, légitime de poser le diagnostic de dysphasie à partir de cinq ou six ans (Leclercq et Leroy in Maillart et Schelstraete, 2012 ; CFTMEA, 2010 ; Lussier et Flessas, 2009 ; Billard, 2007 ; Piérart, 2004).

Les critères d'exclusion du diagnostic de dysphasie ne sont pas non plus superposables selon les classifications. Sur le plan pédopsychiatrique, les classifications indiquent les pathologies devant faire écarter le diagnostic

de dysphasie et constituant un diagnostic différentiel : pour la CFTMEA, il s'agit des troubles psychotiques tandis que la CIM-10 n'indique aucun trouble pédopsychiatrique comme diagnostic différentiel. Le DSM IV-TR indiquait les troubles du spectre autistique et les troubles envahissants du développement comme diagnostics différentiels, ce qui n'est plus le cas dans le DSM V qui mentionne les troubles du spectre autistique comme une comorbidité possible aux troubles du langage. En France, il est par ailleurs admis que des comorbidités psychiatriques sont possibles et fréquentes dans la dysphasie : angoisse et difficultés de séparation, dépression, fragilités narcissiques, troubles praxiques, déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité (Cohen et al., 2004). En France toujours, on peut relever que dans les travaux initiaux d'Ajuriaguerra sur la dysphasie, la psychose ne constitue pas un diagnostic d'élimination (Ajuriaguerra et al., 1963 ; Ajuriaguerra et al., 1965). C'est à partir de 1980 qu'Ajuriaguerra exclut les troubles du langage des enfants psychotiques du diagnostic de dysphasie dans la deuxième édition de son *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Ajuriaguerra, 1980).

L'existence d'une atteinte neurologique élimine le diagnostic de dysphasie dans la définition de la CIM-10 et de la CFTMEA. Cependant, certains auteurs distinguent dysphasie développementale (correspondant à la définition donnée plus haut) de la dysphasie lésionnelle, lorsque l'atteinte langagière est associée à un contexte d'infirmité motrice cérébrale, de trauma crânien, de tumeur, ou encore d'accident vasculaire cérébral précoce (Mazeau, 2005).

Aujourd'hui encore, au sein même de la France, la conception de la dysphasie n'est pas consensuelle et ce diagnostic soulève de nombreux débats.

## PRÉVALENCE

Les définitions (notamment les seuils de performance langagière) et les classifications nosographiques des troubles du langage de l'enfant ayant évolué dans les dernières décennies, il est difficile de trouver des données concordantes sur la prévalence de ces troubles.

Concernant les retards de parole et de langage, catégorie nosographique nettement plus large et moins spécifique que la dysphasie, notamment en terme d'âge des enfants concernés, une revue systématique des études portant sur leur prévalence chez l'enfant entre deux et sept ans, réalisée en 1998 par des Britanniques, conclut à une valeur médiane de 5.95% entre toutes ces études. « Les troubles du langage (proprement dits) [c'est-à-dire à l'exclusion des troubles de parole, touchant exclusivement la phonétique et la phonologie] concerneraient entre 8 et 19% des enfants de deux ans, entre 2,1 et 10,4% des enfants de cinq ans, et entre 2 et 8% de ceux de sept ans » (Law et al., 1998, cités par Dellatolas et Peralta, 2007).

Concernant les troubles spécifiques du langage, une étude menée en Floride en 2002 par Stanton-Chapman et al. sur 244 619 enfants relève une prévalence de 2,4% à l'âge de six-sept ans (*ibid.*). Une autre étude de 1997 par Tomblin et al. rapporte une prévalence de 7,4% chez des enfants de cinq-six ans (*ibid.*).

Dans le *Manuel statistique et diagnostique*, DSM-IV-TR, la prévalence retenue pour les troubles du langage de type expressif à l'âge scolaire était de 3 à 7%. Pour les troubles du langage de type mixte réceptif-expressif, elle était de 3% pour les enfants d'âge scolaire. Dans ces chiffres sont inclus les troubles du langage acquis, d'origine neurologique (American Psychiatric Association, 2000). Concernant les données françaises sur la dysphasie, les chiffres de prévalence annoncés dans la littérature sont davantage le fruit d'estimation que de recherches épidémiologiques rigoureuses à grande échelle. Catherine Billard avance en 1996 un chiffre de prévalence inférieur à 1% (Billard et al., 1996), et C.-L. Gérard propose le chiffre de 1% (Gérard, 1985). Ces chiffres ont conduit les pouvoirs publics français à compter la dysphasie au rang de « véritable problème de santé publique » (Ringard, 2000).

La littérature retrouve généralement une prévalence plus forte chez les garçons que chez les filles. Gérard retient un sex ratio de trois à quatre garçons pour une fille pour les enfants présentant des troubles du langage oral (Gérard, 1993b).

#### DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Les modalités de diagnostic auxquelles nous avons recours au sein du Centre du langage reposent sur un **trépied** : entretiens **pédopsychiatriques** d'évaluation clinique, bilan **orthophonique** de langage oral et écrit selon l'âge de l'enfant et bilan **psychologique** (avec réalisation d'épreuves intellectuelles et projectives). À ce trépied peuvent s'ajouter, selon les circonstances, une demande d'avis **neuropédiatrique**, un examen **ORL** ou un bilan **psychomoteur**. Le travail de lien avec les éventuels soignants déjà engagés dans des prises en charge avec l'enfant est systématique, il est fait également avec **l'école**, par le biais d'une conversation téléphonique ou plus souvent d'un questionnaire d'appréciation rempli par l'enseignant.

Les entretiens **pédopsychiatriques** permettent de recueillir des éléments d'anamnèse auprès des parents sur l'histoire développementale de l'enfant, ses antécédents, et sur la biographie familiale. Ils visent à **favoriser l'expression** par l'enfant de ses préoccupations, ses éventuelles angoisses, son état thymique. Avec les enfants **les plus jeunes**, le recours au **dessin** et au **jeu symbolique** est un moyen privilégié pour favoriser cette expression. Les entretiens recherchent d'éventuelles comorbidités pédopsychiatriques et permettent d'éliminer la présence d'un trouble envahissant du développement (trouble du spectre autistique, psychose infantile ou dysharmonie psychotique).

Sur le **plan orthophonique**, les marqueurs de déviance fréquemment cités sont les suivants :

- **Trouble phonologique** (se traduisant par des difficultés de discriminations phonémiques, de conscience phonologique, et une instabilité des productions phonémiques **rendant parfois le langage inintelligible**) ;
- **Trouble de l'évocation lexicale** (se traduisant par des persévérations verbales, des paraphrasies phonémiques ou sémantique, des périphrases) ;



- Trouble de l'encodage syntaxique (se traduisant par une dyssyntaxie, voire un agrammatisme) ;
- Trouble de la compréhension verbale ;
- Hypospontanéité verbale ;
- Trouble de l'informativité (malgré une bonne motivation à la communication) ;
- Dissociation automatico-volontaire (présence de productions verbales spontanées que l'enfant est incapable de reproduire en situation dirigée) (Soares-Boucaud et al., 2009).

En fonction des formes cliniques de dysphasie, les habiletés langagières touchées seront différentes. Ces marqueurs ne sont pas pathognomoniques chez l'enfant jeune, ils se retrouvent également dans les retards simples de langage. En effet, on retrouve à travers la littérature deux conceptions psycholinguistiques différentes du trouble dysphasique : s'agit-il d'un « développement en délai » du langage, ou bien d'une « construction langagière différente » (Piérart, 2004) ? La réponse à cette question n'est pas consensuelle à travers la revue des différentes recherches menées (Parisse et Maillart, 2004). Il semble toutefois que chez les jeunes enfants avec trouble du développement du langage (avant six ans), la chronologie linguistique soit globalement respectée en pathologie, tout en étant décalée dans le temps (*ibid.* ; Jakubowicz, 2003), d'où la difficulté à poser le diagnostic de dysphasie avant six ans. Sur le plan morphosyntaxique, les marqueurs de déviations apparaissent chez des enfants plus âgés, qui produisent davantage d'énoncés ou des énoncés plus longs. Vers cinq-six ans, on passe progressivement « d'un agrammatisme initial principalement caractérisé par des omissions (*fil le mange*) à des productions dyssyntaxiques reflétant certaines erreurs atypiques (*la fille i mange un glace*) » (*ibid.*). Les principales faiblesses langagières retrouvées chez les enfants dysphasiques sur le plan morphosyntaxique sont la faiblesse de la morphologie verbale : difficulté de production de formes verbales composées (exemple : le passé composé) avec omission de l'auxiliaire, les erreurs de genre et la faiblesse de production des pronoms clitiques objets (exemple : je la regarde) qui implique une grande complexité morphosyntaxique du fait de sa position préverbale (*ibid.*).

Le bilan psychologique cognitif évalue au minimum les compétences intellectuelles non verbales de l'enfant, afin d'éliminer un déficit. Les tests utilisés sont habituellement le WISC-IV<sup>8</sup>, le WNV<sup>9</sup>, ou plus rarement le K-ABC<sup>10</sup>. La limite habituellement retenue pour parler d'une insuffisance intellectuelle qui exclut le diagnostic de dysphasie est autour de 80-85 de quotient intellectuel non verbal (Rapin et al., 2003). Lorsque les domaines langagiers et non langagiers sont évalués conjointement, il est habituel de retrouver un écart important entre les scores verbaux et non verbaux au

8. Wechsler D. (2005), *WISC-IV, Echelle d'intelligence pour enfants*, Paris, ECPA, 2014, 4<sup>e</sup> éd.

9. Wechsler D., Naglieri J. (2009), *WNV : Echelle non verbale d'intelligence de Wechsler*, Paris, ECPA.

10. Kaufman A.S., Kaufman N.L. (1983), *K-ABC : Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant*, ECPA, 1993, 1<sup>ère</sup> éd.



profit de ces derniers. Le bilan psychologique recherchera également des troubles cognitifs associés comme :

- Un trouble de la perception auditive se traduisant par des difficultés de traitement du signal sonore ;
- Des difficultés d'abstraction ;
- Des difficultés de catégorisation et de généralisation ;
- Un trouble de la séquentialisation, s'accompagnant souvent d'un trouble de la perception du temps et du repérage temporel ;
- Des troubles des fonctions exécutives, et de l'attention ;
- Voire des difficultés de perception spatiale (Lussier et Flessas, 2009).

Un bilan psychomoteur pourra compléter ces évaluations à la recherche de troubles praxiques.

## AUX ORIGINES DE LA DYSPHASIE : PERSPECTIVES CROISÉES

### REGARDS NEUROBIOLOGIQUES, MORPHOLOGIQUES ET FONCTIONNELS

#### *Éléments électroencéphalographiques*

La recherche sur les troubles spécifiques du langage oral s'est intéressée aux liens qui pouvaient exister entre ceux-ci et des anomalies paroxystiques retrouvées par l'électroencéphalogramme (EEG).

En effet, en 1957 a été décrit un syndrome nommé syndrome de Landau-Kleffner, consistant en une régression du langage oral apparaissant entre l'âge de trois à sept ans, touchant les versants expressif et réceptif du langage, associée à une épilepsie. Cette forme d'épilepsie a la particularité de présenter peu ou pas de crises, et des anomalies paroxystiques continues à l'EEG augmentées par le sommeil. Les troubles du langage dans ce syndrome sont aujourd'hui considérés comme une conséquence des anomalies paroxystiques, car ils suivent l'évolution de celles-ci (dans l'évolution de la maladie, le trouble du langage peut s'amender parallèlement à la régression des anomalies paroxystiques).

Depuis les années 1980, à partir de quelques cas cliniques d'enfants présentant un trouble du langage, des chercheurs ont émis l'hypothèse que le syndrome de Landau-Kleffner pourrait être considéré comme une forme tardive de la pathologie des troubles spécifiques du langage oral (survenant, elle, dès les stades initiaux de développement du langage). Plusieurs études se sont de ce fait intéressées à la recherche d'anomalies paroxystiques électroencéphalographiques dans les troubles spécifiques du langage oral. En 2010, C. Billard et al. ont fait une revue de la littérature sur ce sujet, associée à une étude prospective sur vingt-quatre enfants présentant un trouble spécifique du langage oral, afin d'envisager si les caractéristiques électroencéphalographiques du syndrome de Landau-Kleffner pouvaient être étendues aux troubles spécifiques du langage.

Cette revue de la littérature (intéressant sept études réalisées de 1982 à 2009) fait ressortir des résultats concordants quant au fait que les

anomalies paroxystiques sont plus fréquentes chez les enfants avec trouble spécifique du langage oral (TSLO). Ces anomalies paroxystiques sont très variables tant en terme de fréquence (13 à 94% des enfants avec un TSLO selon les études), d'aspect et de localisation (elles ne touchent pas de façon spécifique les aires du langage). Les résultats de la plupart des études ne conduisent pas à relier ces anomalies paroxystiques à un profil particulier de trouble du langage (type expressif ou réceptif). Par ailleurs, les anomalies paroxystiques ne semblent pas avoir un lien de cause à effet avec le trouble du langage. En effet, la présence ou non de ces anomalies n'influe pas sur l'évolution du trouble du langage, et lorsqu'elles sont présentes, leur évolution n'est pas parallèle à celle du langage. Cela diffère de ce qui est observé dans le syndrome de Landau-Kleffner ou dans une autre maladie épileptique comme l'épilepsie à paroxysme rolandique, où des décharges paroxystiques particulièrement diffuses et fréquentes peuvent avoir un effet délétère sur le développement du langage.

Une étude rétrospective réalisée au Centre référent des troubles du langage et des apprentissages de l'hôpital Necker en 2012, chez 35 enfants âgés de cinq ans en moyenne présentant un trouble spécifique du langage oral, retrouve une proportion de 49% des enfants présentant des anomalies paroxystiques à l'EEG de sommeil. Ces anomalies sont essentiellement à type de pointes d'allure biphasique, principalement dans l'hémisphère gauche. Les auteurs retrouvent une association accrue avec un retard significatif dans l'acquisition de la marche et de la propreté chez les enfants présentant ces anomalies paroxystiques, ainsi qu'une tendance (non significative) à un taux plus élevé d'anomalies psychomotrices non spécifiques chez ces mêmes enfants. Ils font l'hypothèse que les troubles spécifiques du langage oral et des apprentissages « seraient des expressions variables de mêmes dysfonctionnements cérébraux sous-jacents, dysfonctionnements diffus, distribués et non localisés », qui pourraient témoigner de troubles de la migration neuronale ou de perturbations anatomiques cérébrales (Lévy-Rueff et al., 2012).

Ces différentes données confirment l'hétérogénéité des dysphasies, elles excluent de considérer tous les troubles spécifiques du langage comme une conséquence exclusive des anomalies paroxystiques, puisque que plus de la moitié des enfants n'en présentent pas.

En pratique clinique, la pertinence d'un EEG dans le bilan systématique d'une dysphasie n'est pas tranchée (Lévy-Rueff et al., 2012 ; Billard et al., 2010). En revanche, en cas de fluctuation ou de stagnation du trouble du langage, la pratique d'un EEG est nécessaire. On préférera un EEG de sommeil réalisé pendant une sieste après privation de sommeil (plus sensible qu'un EEG standard en situation d'éveil, et plus simple de réalisation qu'un EEG des 24 heures). L'EEG est également indiqué en cas d'antécédent personnel d'épilepsie ou de convulsion fébrile, et d'antécédent familiaux de troubles cognitifs ou d'épilepsie (Billard et al., 2010).

### *Données morphoanatomiques*

Diverses études ont suggéré l'existence d'anomalies morphométriques des hémisphères cérébraux chez les enfants présentant des troubles du langage. Cependant, ces résultats sont très discutables : toutes les études ne

sont pas concordantes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces divergences. D'une part, les populations d'étude ne sont pas toujours bien décrites et ne sont pas homogènes d'une étude à l'autre : le type de trouble du langage présenté n'est pas toujours précisé ; ou bien il l'est à partir de classifications qui ne sont pas superposables ; le fait qu'il s'agisse d'un trouble spécifique ou non n'est pas toujours mentionné ; de lourdes comorbidités sont parfois acceptées dans les populations d'études et celles-ci ne sont pas toujours mentionnées. D'autre part, les techniques de mesures ne sont pas toutes identiques, et la définition anatomique des structures mesurées n'est ni constante, ni même clairement identifiée, ce qui a induit des variations dans les mesures et des résultats non concordants (en ce qui concerne le planum temporale par exemple, l'extension pariétale est inconstamment prise en compte dans les mesures).

Deux articles effectuent des revues de la littérature ce sujet. Claude Chevie-Muller a relevé dix études de morphologie des structures cérébrales réalisées en IRM, menées de 1991 à 2005, dans des populations d'enfants présentant des troubles spécifiques du langage. Une des anomalies morphoanatomiques fréquemment relevée est l'asymétrie inverse ou la symétrie des plana temporalia (structure corticale faisant partie de l'aire de Wernicke située sur le lobe temporal, plus précisément enfouie dans la scissure sylvienne, avec une extension pariétale). En effet, en population générale, on constate une asymétrie du planum temporale, celui de gauche étant plus développé que le droit. Cependant, cette asymétrie que l'on dira typique n'est présente que dans 60 à 83% de la population générale. Certaines études concernant les enfants dysphasiques suggèrent que les plana temporalia sont symétriques chez ces enfants, ou que l'asymétrie est inverse (le droit serait plus volumineux que le gauche), mais d'autres relèvent l'asymétrie typique également en population d'enfant dysphasiques (Chevie-Muller, 2007). C. de Guibert et al. font le même constat à partir de leur revue de la littérature incluant trois études supplémentaires à celles relevées par C. Chevie-Muller (de Guibert et al., 2011).

Il est donc difficile de tirer des conclusions définitives de ces différentes études.

### *Données en imagerie fonctionnelle*

Les données d'imagerie fonctionnelle (PET-scan et IRM fonctionnelle) sont encore rares (de Guibert et al., 2011). Une étude française récente rassemble une population de taille intéressante (21 enfants dysphasiques âgés de 7 à 18 ans, avec un groupe contrôle de 18 enfants) présentant des critères cliniques également pertinents, de par leur relative homogénéité (enfants présentant exclusivement une dysphasie linguistique diagnostiquée au sein d'un Centre référent du langage). Cette étude montre un déficit de latéralisation fonctionnelle gauche de l'ensemble des régions corticales essentielles du langage (gyrus frontal inférieur opercularis et triangularis, gyrus temporal supérieur et gyrus supramarginal) lors d'une série de quatre tâches langagières ne faisant pas appel à des procédés métalinguistiques, ni à la lecture, ni à des compétences exécutives élevées, et nécessitant un recours limité aux processus attentionnels (*ibid.*).

*Données génétiques*

En ce qui concerne le domaine de la **génétique**, là encore, aucune donnée expérimentale ne se dégage avec certitude quant à l'implication d'un ou plusieurs gènes particuliers dans l'étiologie des troubles spécifiques du langage oral. Les recherches les plus avancées concernent des troubles du langage qui ne relèvent pas de ce qu'il est convenu d'appeler ici dysphasie linguistique, mais de troubles du langage oral sévères associés à d'autres troubles (Doyen, 2007).

Cependant, à partir de la revue de la littérature effectuée par Karin Stromswold (2001), les études de jumeaux et une étude longitudinale d'adoption semblent effectivement indiquer une **participation génétique possible** dans la genèse d'une partie de ces troubles. Sa méta-analyse regroupe cinq études de jumeaux réalisées de 1992 à 1998, et totalise deux cent soixante-six paires de jumeaux monozygotes et cent soixante et une paires de jumeaux dizygotes. Elle retrouve un taux de concordance moyen de **trouble du langage** de 84,4% chez les jumeaux **monozygotes** et de 52,1% chez les jumeaux **dizygotes** (Stromswold, 2001). L'étude longitudinale d'adoption présentée compare 156 enfants : 16 enfants adoptés dont les parents biologiques présentent un trouble du langage, 19 enfants adoptés dont les parents adoptifs présentent un trouble du langage, 31 enfants non adoptés dont les parents présentent un trouble du langage et 90 enfants adoptés et non adoptés dont les parents n'ont pas d'antécédent de trouble du langage. L'étude retrouve que **25% des enfants dont un parent biologique présente un antécédent de trouble du langage présentent eux-mêmes un trouble du langage**, tandis que seulement **9% des enfants qui n'ont pas ces antécédents familiaux (famille biologique) présentent un trouble du langage** (Felsenfeld et Plomin, 1997, cités par Stromswold, 2001).

Ces résultats sont à prendre avec beaucoup de **précaution** compte tenu des limites déjà indiquées plus haut quant à l'homogénéité des populations prises en compte dans cette méta-analyse, de la définition du trouble du langage considéré, de l'existence ou non d'un contrôle de comorbidités, etc.

Comme on peut le voir, la concordance de symptomatologie chez les **jumeaux monozygotes n'est pas de 100%**, excluant une étiologie génétique pure. Cependant, la nette différence des taux de concordance chez les jumeaux mono- et dizygotes permet d'inférer une **participation du patrimoine génétique** dans la genèse du trouble du langage.

Les études de génétique moléculaire **n'ont pas permis d'identifier un ou des gènes cibles** impliqué(s) dans les troubles spécifiques du langage oral, mais une région du bras long du **chromosome 7** régulant une transmission complexe, **probablement en interaction avec des facteurs environnementaux** (Chevrie-Muller, 2007 ; Newbury, 2002 ; Uzé et Bonneau, 2004).

## REGARD LINGUISTIQUE

L'approche linguistique consiste à analyser les caractéristiques du langage des enfants dysphasiques, dans les registres phonologique, lexical,

morphologique et syntaxique. L'ambition à partir de ces observations est de proposer un modèle explicatif des troubles langagiers en définissant les compétences qui font défaut et sont responsables d'un développement du langage avec retard ou présentant certaines déviances. De très nombreuses études et publications ont eu lieu dans cette perspective. Un exposé et une discussion de ces travaux foisonnants dépassent de loin la portée de notre travail. Pour une revue de la littérature des théories linguistiques explicatives de la dysphasie, on pourra se référer au travail d'Anne-Lise Leclercq et Sandrine Leroy (2012), ou encore de Claude Chevré-Muller (2007). Ces différentes théories font encore l'objet de nombreux débats et aucune ne permet de donner une vision cohérente et globale des différents aspects des difficultés des enfants dysphasiques.

Différentes hypothèses sont discutées :

- Certaines mettent en avant le déficit phonologique qui viendrait entraver le développement des autres aspects langagiers ;
- D'autres (comme l'hypothèse dite « de surface ») combinent les dimensions morphologiques et phonologiques, suggérant une difficulté de perception des morphèmes peu saillants ;
- D'autres encore suggèrent un déficit spécifiquement grammatical, incluant des difficultés de production de morphèmes ainsi que des difficultés syntaxiques, touchant à l'ordre des mots.

Dans cette dernière lignée, Celia Jakubowicz propose l'idée selon laquelle les déficits langagiers observés chez les enfants dysphasiques francophones ne dépendraient pas d'une catégorie fonctionnelle morphologique particulière (par exemple le temps, comme cela a été suggéré pour les enfants dysphasiques anglais qui ont tendance à utiliser les verbes à l'infinitif sans les conjuguer), mais de la complexité du calcul syntaxique ou morphologique impliqué. La complexité est ici caractérisée « en termes de nombre et de nature des opérations syntaxiques ou morphologiques devant être effectuées ». Par exemple : un temps composé est plus complexe qu'un temps simple ; le déplacement d'un pronom clitique accusatif avant le verbe, soit hors de la position canonique postverbale qui est celle des accusatifs (je *lui* parle), est complexe. « Les morphèmes comportant un calcul moins complexe seraient acquis avant ceux qui comportent un calcul plus complexe » (Jakubowicz, 2003). On peut dire que cet auteur déplace la notion de déviance depuis les capacités linguistiques d'acquisition des morphèmes grammaticaux vers la capacité de traitement cognitif, avec la notion de complexité et de coût cognitif des opérations grammaticales.

## REGARD NEUROPSYCHOLOGIQUE

D'autres pistes de recherche s'appuient sur l'idée que le langage ne fait pas recours de façon exclusive à des processus cognitifs spécifiquement langagiers, et que la dysphasie pourrait traduire des déficits de traitement cognitif plus généraux, cela ouvrant des pistes pour comprendre certaines comorbidités de la dysphasie régulièrement observées.

L'existence d'un déficit de la mémoire procédurale a été proposée (mémoire implicite, s'établissant de manière automatique). Un tel déficit

permettrait de rendre compte des difficultés rencontrées dans l'assimilation des règles morphologiques et syntaxiques, du phénomène de manque du mot, mais aussi de troubles non langagiers comme les troubles praxiques, temporels ou mnésiques (Ullman et Pierpont, 2005, cités par Leclercq et Leroy, 2012).

D'autres modes de traitement cognitifs généraux ont été mis en cause, comme des temps de traitement ralentis, des déficits d'inhibition, d'attention, de gestion de double tâche, ou de mémoire de travail.

Partant de l'hypothèse que le système de traitement de l'information cognitive chez un individu « dispose, dans un fonctionnement normal, de ressources cognitives limitées qui peuvent être mises au service de diverses activités », certains auteurs ont proposé l'existence d'une limitation des capacités de traitement chez les enfants dysphasiques (Chevrier-Muller, 2007). La limitation de ces capacités de traitement permettrait là encore d'expliquer les déficits langagiers et non langagiers des enfants dysphasiques.

Comme le soulignent Spaulding et al. dans leur article de 2008, diverses études suggèrent une prévalence accrue de troubles de l'attention chez les enfants présentant un trouble du langage. Ils ont mené une étude chez des enfants d'âge préscolaire présentant un retard de langage et ont montré que ceux-ci avaient effectivement de plus faibles performances que ceux du groupe contrôle en matière d'attention, mais essentiellement pour les tâches incluant une modalité auditive (verbale ou non).

#### REGARD PSYCHODYNAMIQUE

Dans le paradigme psychodynamique, parler n'est pas considéré avant tout sous l'angle d'une faculté cognitive, mais plutôt comme le produit du développement affectif, avec l'acquisition progressive du sens d'un autre bien distinct de soi, puis de l'intersubjectivité. Le développement du langage est envisagé comme un processus psychique qui signe un changement dans l'expérience qu'a l'enfant de lui-même, des autres et du monde en général. Le recours au langage marque l'investissement par l'enfant de la communication, témoigne des liens intersubjectifs qu'il établit avec autrui, et constitue un reflet de la construction de ses représentations psychiques.

Bon nombre de pédopsychiatres et psychologues cliniciens mettent en avant les liens forts qui existent entre l'accès au langage de l'enfant et la problématique de la séparation-individuation. Pouvoir se différencier du premier objet est nécessaire pour accéder au langage, l'enfant doit accepter qu'il n'est pas dans la fusion, la connivence muette et parfaite. Le langage ne peut advenir que là où il y a différenciation entre deux sujets. Et dans le même temps, les paroles adressées et échangées viennent retisser un lien avec l'objet, colmater la faille interindividuelle. Ce double mouvement est bien décrit par Bernard Golse : « Le dilemme tragique du langage tient en ceci qu'il signe la séparation par le fait même qu'il joue comme lien. Quoi que l'on dise, même (et surtout ?) si l'on parle de réunion, le langage vaut comme constat d'un écart intersubjectif » (Golse, 2001).



Le langage est donc très lié au processus de différenciation, mais il a aussi rapport avec la séparation. Certains auteurs ont évoqué l'acte de parole comme une dénégation de la perte d'objet primaire (Kristeva, citée par Golse, 2001), puisque le fait d'évoquer l'objet absent en le nommant est une façon de le « récupérer dans le langage » (*ibid.*). La parole « permet que l'absence ne soit pas mortifère, [elle] ouvre sur la séparation et l'autonomie » (Guérin, 2006).

D'un autre point de vue, Daniel Stern évoque comment le langage est à l'origine d'un clivage de soi : « Il enfonce un coin entre deux formes simultanées d'expérience interpersonnelle : telle qu'elle est vécue et telle qu'elle est représentée verbalement » (Stern, 1985), mais aussi comment il « déplace le lien interpersonnel vers un niveau abstrait et impersonnel, intrinsèque au langage, loin du niveau immédiat et personnel intrinsèque aux autres domaines de lien interpersonnel » (*ibid.*). Dans le lien intersubjectif, le langage a donc une double valence : il crée une nouvelle façon d'« être avec » l'autre et en même temps il vient perturber les anciens modes d'être-en-relation, plus immédiats et sensoriels. Stern va jusqu'à parler du « langage en tant que difficulté pour l'intégration de l'expérience de soi et des expériences de soi-avec-l'autre » (*ibid.*). Nouveau paradoxe : le langage fragmente et unit à la fois. Il fragmente l'expérience transmodale qu'a le petit enfant du monde qui l'environne, s'introduit entre le vécu et le représenté, et dans le même temps offre un puissant moyen d'union à l'autre individu et plus largement à sa communauté culturelle.

Comme on le voit, parler ne peut pas être considéré uniquement sous l'angle instrumental de la production de phonèmes, de mots et de structures morphosyntaxiques. C'est un acte aux dimensions psychoaffectives multiples, qui contient de nombreux paradoxes, et se trouve donc imprégné de conflits intrapsychiques.

De nombreux auteurs établissent un lien entre les difficultés d'accès au langage constatées chez certains enfants et les difficultés de séparation qu'ils présentent (Guérin, 2006 ; Welniarz, 2001a ; Joubert, 1998 ; Lauth et Ferrari, 1993 ; Quéré, 1984). Il n'est bien évidemment pas question de réduire la dysphasie à une origine psychologique marquée par des difficultés de séparation, mais plutôt de prendre en compte cette dimension dans la genèse complexe et multifactorielle du trouble.

Les angoisses de séparation peuvent traduire « un achoppement particulier du processus de séparation-individuation (Mahler, 1980) dans lequel le retard de langage marque l'impossibilité où se trouve l'enfant d'accéder à une autonomie psychique à peu près constituée » (Joubert, 1998). L'enfant est aux prises avec des angoisses archaïques d'abandon et de perte d'objet, la différenciation ne peut pas être élaborée et le langage tarde à se mettre en place. « [Le] besoin [de ces enfants] de maintenir à toute force l'illusion d'un contrôle omnipotent sur leur mère s'accompagne d'une absence d'investissement du langage au profit d'une relation purement motrice et affective avec elle. » L'absence d'investissement du langage est « signe du refus de l'existence de la mère comme possiblement séparée de celle de l'enfant » (Joubert, 1998).

## DISCUSSION AUTOUR DE LA NOTION DE SPÉCIFICITÉ D'UN TROUBLE INSTRUMENTAL DU LANGAGE ORAL

Historiquement assez limpide, la notion de spécificité de la dysphasie constitue de plus en plus une question épineuse à mesure que les recherches progressent. Nous passerons par une analyse des nombreuses comorbidités observées chez les enfants dysphasiques, et par l'examen du concept de « spécificité relative » pour discuter cette question de la spécificité de l'atteinte du langage oral dans la dysphasie.

### LA FRÉQUENCE DES COMORBIDITÉS

L'expérience clinique du travail en Centre du langage met en évidence les **intrications extrêmement fréquentes de la dysphasie avec des difficultés d'ordre psychoaffectif : angoisses et difficultés de séparation, dépression, fragilités narcissiques..**

Le manuel diagnostique du DSM recommande d'avoir recours à la **notion de comorbidité, c'est à dire de pathologie associée**. Certaines études sur les **troubles du développement du langage** apportent des données épidémiologiques sur ces comorbidités, qui sont effectivement très fréquentes. Dans la littérature, elles consistent principalement en déficits attentionnels avec ou sans hyperactivité, en troubles anxiodépressifs, en fragilités narcissiques et en troubles praxiques.

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, David Cohen et al. citent une étude de Cantwell et Baker en 1991. Ceux-ci ont évalué une cohorte de **six cents enfants** suivis pour troubles du langage : parmi eux, **50% présentent une comorbidité psychiatrique (en particulier des troubles anxiodépressifs et une hyperactivité)**. Cette comorbidité augmente à **80% dans les formes sévères de type dysphasique**. La moitié de la cohorte sera revue quatre ans plus tard : **la comorbidité atteint alors 60%, probablement du fait de la persistance et de la durée des troubles du langage**. Par ailleurs, Cohen et al. citent une autre étude de 1993 réalisée chez des enfants suivis en pédopsychiatrie, dans laquelle la prévalence des troubles du langage est de 53% (Cohen et al., 2004). Enfin, une étude menée au Royaume-Uni chez des adolescents de quinze ans d'âge moyen présentant des troubles spécifiques du langage (TSL), retrouve une prévalence significativement plus élevée d'anxiété et de dépression que dans la population témoin (Conti-Ramsden et Botting, 2008).

Avec le référentiel de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) utilisé au Centre du langage d'Avicenne, il apparaît que les pathologies limites sont la comorbidité la plus fréquente. Elles peuvent apparaître sous différentes formes : dysharmonie évolutive, pathologie limite avec prédominance de troubles de la personnalité ou dépression liée à une pathologie limite. Cela fait sens sur le plan psychopathologique, puisque les problématiques de séparation et d'abandon qui sont centrales dans les pathologies limites sont au cœur de l'acquisition du langage (Golse, 2001). Ce lien entre dysphasie et pathologie limite est largement reconnu dans la littérature française (Lauth et Ferrari, 1993 ; Dupuis et al., 1996 ; Taly, 2014).

En ce qui concerne les troubles **praxiques**, une revue de la littérature de 2001 sur les comorbidités entre troubles spécifiques du langage (*specific language impairment*) et dyspraxies (*developmental coordination disorder*) retrouve des **prévalences de dyspraxies de 40% à 90% selon les études dans la population d'enfants dysphasiques** (Hill, 2001). On peut noter que dans les cinq études retenues pour ces chiffres, toutes concernent des enfants de plus de cinq ans qui correspondent donc à la population repérée en France sous le diagnostic de dysphasie. Il est intéressant de comparer ces chiffres à la prévalence des **dyspraxies retenue habituellement en population générale, qui est de 5 à 6% en France** (Soares-Boucaud et al., 2009). Par ailleurs, l'auteur indique qu'il y a peu d'arguments pour penser que les difficultés motrices seraient caractéristiques d'un sous-type particulier de trouble du langage (Hill, 2001). Au niveau qualitatif, les **enfants avec trouble du langage présentent des difficultés importantes au niveau de la motricité fine, de la motricité globale, et des praxies** (*ibid.*). La comparaison qualitative des difficultés motrices des enfants présentant un trouble spécifique du langage et de celles des enfants présentant une dyspraxie montre des similitudes, renvoyant à des compétences motrices d'enfants plus jeunes (Hill et al., 1998).

Dans le regard du pédopsychiatre, la notion de comorbidité ne manque pas de questionner. En effet, pour reprendre la remarque de Bertrand Welniarz, on peut se demander de quel point de vue se placer, « **quel trouble occupe la place principale et lequel intervient comme comorbidité** » (Welniarz, 2001a). En matière de trouble du langage et de trouble psychiatrique notamment, est-ce la spécialité du clinicien (neuropédiatre ou pédopsychiatre), son domaine particulier de compétence qui doit en décider ? Welniarz estime effectivement que les « **divergences cliniques entre pédopsychiatres et neuropsychologues semblent plutôt liées à l'appréciation de l'importance respective des troubles considérés comme primitifs ou secondaires** » (Welniarz, 2001b). Le **risque**, lorsqu'on analyse les difficultés d'un enfant comme une série de comorbidités, est celui d'un **morcellement de la vision de l'enfant et de sa prise en charge thérapeutique**. Ainsi, il n'est pas rare que des enfants cumulent des diagnostics « **multi-dys** » : dysphasie, dyspraxie, dysgraphie et dyscalculie. À chaque « dys » sa rééducation, et la prise en charge psychothérapeutique n'a parfois plus sa légitimité, ou toutefois **l'emploi du temps chargé de l'enfant n'en laisse pas le temps**.

Bernard Golse souligne que « le phénomène de la comorbidité ne peut absolument pas être lu dans une perspective exclusivement génétique, à la recherche d'un substratum génétique qui expliquerait conjointement les différents registres symptomatologiques » (Golse, 2003). Il en appelle à la réintroduction de l'axe psychopathologique dans la mesure, comme le pense René Diatkine, où les difficultés langagières et non langagières sont « **des projections dans différents plans d'une même difficulté globale d'organisation [psychopathologique]** » (Diatkine et Waeyenberghe, 1990). Ainsi, nombre de pédopsychiatres plaident pour une articulation entre les différents symptômes présentés par l'enfant, articulation sous l'égide d'une organisation psychopathologique donnée et de modalités défensives, plutôt que sous celle d'un substratum génétique.

Dans le contexte de la dysphasie, la notion de comorbidité vient interroger à un autre niveau. En effet, comment les concepts de spécificité et de comorbidité peuvent-ils s'articuler ? Les diagnostics de comorbidité ne viennent-ils pas annuler la notion de trouble spécifique ? Si les comorbidités deviennent la règle dans les pathologies dites spécifiques, quel sens cela a-t-il de conserver une vision isolée des troubles ? Peut-être cela peut-il servir à envisager une prise en charge thérapeutique diversifiée. Mais il ne faudrait pas que la psychothérapie soit la laissée-pour-compte de ces prises en charge.

Des chercheurs, notamment anglo-saxons, relèvent également ce point épineux. Dans l'article déjà cité intitulé *Nature non-spécifique des troubles spécifiques du langage*, la britannique Elisabeth L. Hill suggère que les enfants présentant des troubles du langage (*SLI : specific language impairment*) sont confrontés à des difficultés d'ordres multiples, dont font partie notamment les troubles de coordination. Elle estime donc que ces troubles (langage, motricité) sont des « symptômes » plus que des « troubles spécifiques » et que la concomitance de ces symptômes est la règle plus que l'exception. Elle leur suppose une origine commune, dont l'expression symptomatique dépendra de divers facteurs tels que le moment et la gravité des perturbations du développement cérébral (Hill, 2001).

#### CONCEPT DE DYSPHASIE RELATIVE

Différents cliniciens et chercheurs provenant d'horizons théoriques divers questionnent la pertinence du caractère absolu des diagnostics différentiels comme critères d'exclusion du diagnostic de dysphasie. Selon ces auteurs, il ne serait pas légitime d'écarter a priori le diagnostic de dysphasie chez un enfant à partir du moment où il présente une lésion cérébrale, un retard mental, une surdité, voire un trouble envahissant du développement.

Marc Monfort et Adoración Juárez Sánchez notamment discutent cette question. Ils notent que l'observation d'un nombre suffisant d'enfants déficients moyens ou légers, d'enfants sourds ou porteurs d'une infirmité motrice cérébrale (IMC) permet de « se rendre compte que certains d'entre eux présentent des difficultés d'acquisition du langage bien supérieures à celles de leurs condisciples qui présentent la même dyscapacité et ont reçu le même type d'éducation et d'aide spécialisée » (Monfort et Juárez Sánchez, 2001). Par ailleurs, même si l'étiologie de la dysphasie n'est pas connue positivement, les auteurs relèvent qu'il est difficile de concevoir que cette étiologie, ou ce concours d'étiologies, ne puissent pas être présents chez des enfants possédant par ailleurs une IMC, une déficience mentale, ou une surdité dont l'origine est elle-même connue ou non. Pour ces auteurs, la présence de ces diagnostics ne devrait pas écarter a priori celui de dysphasie, il faut arriver à déterminer si le trouble du langage peut être expliqué par les troubles associés ou non.

Chez les anglo-saxons, des auteurs discutent également la question des diagnostics d'exclusion, certains depuis longtemps (Benton en 1964 ou Rapin et al. en 2003). Nous envisagerons maintenant successivement les différents diagnostics différentiels.

### *Lésion cérébrale*

Michèle Mazeau, médecin en rééducation de neurologie infantile, avec une formation en neuropsychologie, propose de parler de dysphasie pour des enfants présentant une IMC. Certains de ces enfants, « intelligents, ni sourds ni suspects de troubles envahissant du développement [...] » présentent des anomalies graves, persistantes et spécifiques de l'acquisition du langage, des déviations et une symptomatologie clinique en tout point comparables à ceux des dysphasiques « classiques » (Mazeau, 1997). Il faudrait donc parler de dysphasie lésionnelle, par opposition aux dysphasies développementales, où toute lésion cérébrale est écartée. On peut noter que sa position se rapproche, à une nuance près, de celle qui était retenue par les auteurs du DSM-IV-TR, qui incluaient dans les dysphasies : les pathologies développementales (les plus fréquentes) et les pathologies lésionnelles.

Par ailleurs, Rapin et al. font remarquer que l'exclusion des lésions cérébrales pour autoriser un diagnostic de dysphasie est ambiguë du fait de la **puissance limitée des examens de neuroimagerie**. Bon nombre d'atteintes cérébrales structurales ne sont pas visibles dans ces examens (Rapin et al., 2003).

### *Retard intellectuel*

En 1964, Arthur L. Benton met en garde contre des diagnostics de dysphasie (*developmental aphasia*) trop vite écartés et mis sur le compte d'un retard mental global (Benton, 1964).

Christophe-Loïc Gérard note que dans les retards de langage rencontrés chez les enfants présentant un retard mental, on ne retrouve pas de corrélation entre le quotient intellectuel (QI) et les performances linguistiques. En effet, les anomalies structurales touchant le cerveau et associées à des déficits intellectuels sont variables d'un sujet à l'autre. Il maintient cependant comme nécessaire de considérer le retard intellectuel comme facteur d'exclusion de la dysphasie, ce qu'il justifie par le fait que les programmes rééducatifs pour le langage n'ont pas apporté de résultats significatifs lorsqu'ils ont été évalués dans les troubles du langage associés à un retard mental (Gérard, 1993a). Cela est sujet à discussion : d'une part, les programmes rééducatifs ne sont pas toujours efficaces dans les cas de dysphasies ; d'autre part, des études ont montré que ni les caractéristiques des troubles, ni l'efficacité des rééducations du langage ne distinguaient les enfants présentant un trouble sévère du langage avec un QI entre 70 et 85 et ceux présentant un trouble spécifique du langage avec un QI supérieur à 85 (Parisse et Maillart, 2009). Par ailleurs, Parisse et Maillart discutent le fait que les « capacités intellectuelles » évaluées par le QI sont variables selon l'âge et le moment de passation des tests. **Il peut arriver que si le trouble du langage, considéré comme spécifique, persiste, il devienne de plus en plus difficile d'obtenir des QI normaux aux tests. Il n'est pas inhabituel d'observer des détériorations du QI dans ces cas-là, y compris du QI non-verbal, au point que si ce dernier test de QI était pris en compte pour une évaluation diagnostique de TSL, celui-ci ne pourrait être retenu (*ibid.*). À partir d'un certain âge, un QI non verbal abaissé ne devrait pas constituer un facteur d'élimination du diagnostic de dysphasie.**

Michèle Mazeau soumet aussi la possibilité d'employer le diagnostic de dysphasie chez des enfants présentant un retard intellectuel, en proposant le terme de « dysphasie relative ». En effet, si « certains enfants ont des compétences langagières globalement concordantes avec l'ensemble de leurs performances aux tests non langagiers », d'autres « présentent un déficit langagier beaucoup plus sévère, sur les plans quantitatif et qualitatif, que celui qui serait attendu du seul fait de leur déficience intellectuelle » (Mazeau, 1997). On peut dire que chez ces enfants, l'âge mental est inférieur à l'âge réel (c'est à dire que les résultats aux épreuves intellectuelles correspondent à ceux d'enfants plus jeunes), mais que l'âge langagier est également bien inférieur à l'âge mental. Outre la considération de l'âge langagier, cet auteur pense que la présence de déviations dans le langage est également un élément à prendre en compte pour poser le diagnostic de dysphasie relative. Une raison de la coexistence d'une dysphasie et d'un retard intellectuel pourrait être, d'après l'auteur, la présence d'une étiologie commune aux deux troubles. Monfort et Juárez Sánchez partagent cette position. Ils précisent : « L'identification d'une dysphasie chez un enfant déficient mental sera évidemment plus longue à faire puisque la différence entre le niveau général de développement et le niveau de langage mettra plus de temps à se manifester et sera moins claire » (Monfort et Juárez Sánchez, 2001).

### *Hypoacousie - Surdité*

En ce qui concerne les déficits auditifs, il est reconnu qu'une hypoacousie légère (déficit entre 20 et 40 dB) ne cause pas de perturbation significative du langage ni des relations sociales (Manrique et Huarte, 2007).

Arthur L. Benton relève l'existence d'enfants sourds qui ont des difficultés de compréhension et d'expression bien supérieures à celles que l'on pourrait attendre, compte tenu du degré du déficit auditif. Il envisage la possibilité d'un mélange de facteurs pour expliquer les troubles du langage : le déficit auditif, mais également une part instrumentale et une part liée à l'investissement du langage par l'enfant. Il imagine en effet, comme dans le retard mental, que la « structure motivationnelle » de l'enfant vis-à-vis du langage a pu être affectée par l'expérience. L'auteur en donne deux exemples : une communication non récompensée à la hauteur des efforts faits, ou encore des expériences où l'échec présente des bénéfices secondaires (Benton, 1964).

Récemment, des diagnostics de dysphasie commencent à être posés chez des enfants sourds, y compris lorsque la surdité est profonde. Les critères diagnostiques sont repérés en langue des signes (confusion entre signes se basant sur des kin mes semblables) et en langue orale (troubles praxiques de la parole, troubles de l'évocation, troubles de la grammaire et de la syntaxe) (Pi art, 2008).

### *Troubles envahissants du développement*

Les diagnostics d'exclusion constitués par les troubles envahissants du développement sont peut-être ceux qui sont le plus débattus. Tout d'abord, précisons que sous le terme de « trouble envahissant du développement »,



nous regroupons différents tableaux cliniques, qui vont des troubles du spectre autistique aux psychoses infantiles et aux dysharmonies multiples et complexes du développement de la CFTMEA.

De nombreux cliniciens ont noté l'absence de frontière nette entre les troubles du langage chez les enfants psychotiques et chez les enfants non psychotiques (Boublil et Contejean, 1994 ; Diatkine, 1985 ; Houzel, 1984). Corrélativement, certains enfants ayant reçu un diagnostic de dysphasie seraient évalués par un pédopsychiatre comme ayant une psychose infantile (Houzel, 1984). Certains cliniciens proposent de parler de dysphasie psychotique (Welniarz, 2001a ; Quéré, 1984 ; Houzel, 1984).

Récemment, une étude menée dans une population de 23 enfants ayant reçu un diagnostic de dysphasie dans un centre du langage a étudié le fonctionnement psychique de ces enfants à partir de plusieurs tests projectifs : Rorschach, CAT ou TAT, et Scéno-test (n'impliquant pas le recours à l'expression verbale). Les résultats retrouvent une majorité d'organisation limite (11/23), mais un nombre non négligeable d'enfants relèvent d'une organisation psychotique de la personnalité (7/23), les autres étant évalués dans un registre de fonctionnement névrotique (5/23). Notons qu'il ne s'agit pas là d'un diagnostic pédopsychiatrique, mais de l'analyse du discours et du jeu produits au cours de tests projectifs. Cependant, ces résultats amènent l'auteur à soutenir le caractère transnosographique de la dysphasie dans le champ de la psychopathologie infantile (Taly, 2014).

Chez les chercheurs, Rapin a parlé dans un premier temps de trouble développemental du langage chez les enfants autistes (Rapin et Allen, 1988) avant de les exclure de sa classification des *specific language disorders* (Allen et al., 1988). A. Van Hout intègre les troubles de langage des enfants autistes à sa classification des dysphasies (Van Hout, 1989, citée par Welniarz, 2001a). Des études montrent qu'à l'âge préscolaire, les troubles du langage sont qualitativement similaires chez les enfants dysphasiques et chez les enfants autistes, à l'exception des troubles expressifs purs qu'on ne retrouve pas chez les enfants autistes (Tuchman et al., 1991). Notons aussi l'option prise par les auteurs du DSMV : l'autisme redevient une comorbidité possible des troubles du langage. Ceux-ci sont inclus dans la catégorie des troubles de la communication, elle-même située dans l'ensemble des troubles neurodéveloppementaux. La notion de spécificité n'apparaît pas (même si elle reste largement utilisée dans des publications scientifiques nord-américaines) (American Psychiatric Association, 2013). En revanche, une étude menée sur des enfants plus âgés (onze ans environ) conclut qu'il n'existe pas de sous-groupe présentant un trouble spécifique du langage oral dans une population d'enfants autistes (Whitehouse et al., 2008).

D'autres auteurs proposent l'idée de formes de passages entre certains types d'autisme et les dysphasies (Gérard, 1993a), avec la notion de continuum entre ces symptomatologies (Leyfer et al., 2008). Ce continuum s'illustre avec le plus de force dans le syndrome sémantique-pragmatique (SSP), sous-groupe des dysphasies. Sa place charnière entre dysphasie et autisme a été discutée. Laurence Beaud et Clément de Guibert font une revue de la littérature très complète sur le sujet (2009). Le SSP est « caractérisé par une altération du contenu et de l'usage du langage avec, par rapport aux autres troubles langagiers, une préservation de la forme langagière

(phonologie et syntaxe) » (Beaud et de Guibert, 2009). Il a été considéré par certains comme une forme de dysphasie, par d'autres comme la manifestation d'un trouble autistique, ou encore comme une forme spécifique de passage entre les deux. Cependant, le SSP présente des perturbations pragmatiques aussi bien verbales que non verbales, dont certaines sont distinctes de l'autisme. Les auteurs concluent à l'appartenance du SSP à la catégorie des dysharmonies psychotiques, dans une forme peu sévère (absence de préoccupations liées à la fragmentation ou à la limite floue entre réel et imaginaire) (*ibid.*).

#### RELATIVITÉ DU CONCEPT DE SPÉCIFICITÉ ET DE TROUBLE INSTRUMENTAL DU LANGAGE ORAL

Deux notions sont associées à la dysphasie : celle de trouble spécifique et celle de trouble instrumental. Ces deux notions se rejoignent.

La notion de trouble « instrumental » fait appel à l'idée que certaines capacités humaines, comme le langage, peuvent être conçues comme des instruments, des outils dont la base physiologique est neuronale et occupe une place indépendante au niveau cérébral par rapport à celle d'autres outils (les praxies, la lecture...). Le terme d'« instrument » insiste sur la matérialité du système qui permet le langage (dans cet exemple). Le trouble instrumental implique une dysfonction de l'instrument par agénésie ou du fait d'erreurs survenues dans sa construction, cela à un niveau génétique. La place laissée aux facteurs environnementaux est minime. Il n'est pas envisagé l'existence d'un « instrument » potentiellement compétent mais qui dysfonctionnerait pour des raisons dynamiques touchant à la fonction de l'instrument (la communication, le savoir).

La notion de spécificité, quant à elle, a plusieurs connotations. Tout d'abord, parler d'un trouble « spécifique » indique que la symptomatologie se résume à l'atteinte d'une fonctionnalité cognitive unique (par exemple le langage). Dans la définition de Georges Dellatolas, un trouble spécifique implique qu'il est *non symptomatique*, *idiopathique* et *non épigénique*. Il est non symptomatique, c'est à dire qu'il n'est pas la conséquence d'un autre trouble déjà connu (déficit sensoriel, trouble envahissant du développement...). Il est idiopathique, c'est à dire qu'il repose sur un dysfonctionnement cérébral sans cause décelable. Et il est non épigénique, c'est à dire qu'il n'est pas attribuable à des particularités de l'environnement : on est là dans un modèle totalement inné (Dellatolas et Peralta, 2007).

Les différents points que nous avons abordés jusqu'à présent permettent de discuter la question de la spécificité.

Tout d'abord, d'un point de vue épidémiologique, la très grande fréquence des comorbidités remet en cause la notion de spécificité en tant qu'atteinte élective d'une fonction instrumentale. Comme on l'a vu, l'atteinte du langage est fréquemment associée à d'autres atteintes : motricité, attention, fonctions exécutives, difficultés psychologiques dans la construction de la personnalité.

Par ailleurs, plusieurs études tendent à montrer que les troubles du langage dits spécifiques ne relèvent pas tous d'un même et unique processus pathologique. Il y aurait des chemins multiples conduisant à l'acquisition

du langage : lorsque l'un est condamné, un autre peut être trouvé, et lorsque plusieurs de ces chemins sont bloqués, alors l'apprentissage du langage pourrait se trouver compromis (Parisse et Maillart, 2009).

Sur la question de la non-épigenèse d'un trouble développemental spécifique, Annette Karmiloff-Smith apporte des perspectives intéressantes. Elle insiste sur le rôle déterminant du développement en lui-même dans la genèse d'un trouble « spécifique » dans l'enfance, au-delà des gènes et d'une épigenèse préprogrammée. Elle propose une voie médiane entre les nativistes qui considèrent qu'il existe un ensemble de gènes dont l'épigenèse est prédéterminée pour constituer des modules spécifiques de certains domaines (comme la syntaxe, la morphologie...), et les empiristes pour lesquels la plupart des structures nécessaires à la construction du langage trouvent leur matière directement dans l'environnement social et physique. La perspective neuroconstructiviste reconnaît les contraintes innées biologiques, mais les considère globales et moins liées à des domaines spécifiques définis. C'est le développement en lui-même qui modèle le phénotype final. Il y aurait un déficit génétique peu spécifique au départ qui, du fait des conditions particulières de l'environnement rencontrées au cours du développement, tendrait à se porter davantage au détriment du langage oral, mais pourrait également toucher d'autres domaines. Il n'y aurait pas un « gène du langage », ou un « gène de la parole » qui serait atteint (Karmiloff-Smith, 1998).

À l'extrême, certains chercheurs inscrivent les troubles spécifiques du langage dans un continuum entre le normal et le pathologique. En effet, plusieurs faits sont constatés. L'évaluation qualitative des troubles du langage, quelle que soit leur origine, ne montre pas toujours de différence selon que ces troubles relèvent d'une dysphasie, sont associés à des maladies génétiques (trisomie 21, syndrome de Williams), à des lésions cérébrales (Bates, 2004) ou à des troubles envahissants du développement (Tuchman et al., 1991). Le concept de dysphasie relative est issu de ces observations. Certaines formes cliniques comme le syndrome sémantique-pragmatique apparaissent intermédiaires entre la dysphasie et un trouble envahissant du développement de type « dysharmonie psychotique ».

Ainsi, il paraît à certains intéressant de considérer la dysphasie de façon souple, dans un continuum avec d'autres pathologies et avec la distribution variable des aptitudes au langage rencontrée dans la population générale. C'est l'avis de Dorothy V.M. Bishop qui conclut que les troubles spécifiques du langage n'ont pas de caractéristiques pathognomoniques et sont en fait définis par des valeurs-seuil arbitraires fixées au sein du continuum des habiletés dans le recours au langage (Bishop, 2009). Robert Plomin et al. suggèrent de même qu'il n'existe pas de réelle discontinuité dans ces capacités. Les troubles du développement du langage sans dommage neurologique avéré pourraient être conçus comme la limite inférieure d'un continuum dans les aptitudes langagières (Plomin et al., 2002).

Il s'agit là de visions de chercheurs amenant à remettre en cause la notion de spécificité. De nombreux cliniciens, partant d'un champ d'observation différent, aboutissent à une position similaire et insistent sur l'importance de considérer le développement de l'enfant dans son ensemble. L'enfant en développement est engagé dans un processus global. Le langage apparaît

à une période précoce du développement. Il semble évident que l'atteinte d'une telle fonction, avec ses caractéristiques de communication et d'élaboration de la pensée, ne peut pas rester sans effet dans la vie psychoaffective. Si l'on peut penser qu'il existe bien à l'origine certaines fragilités constitutionnelles (probablement peu spécifiques), un trouble qui se porte sur le langage à une période aussi précoce ne peut rester longtemps « spécifique » à une faculté langagière, tant le langage est intriqué dans l'ensemble des lignes de développement. Philippe Mazet et Didier Houzel affirment que « dans une perspective dynamique du développement psychique de l'enfant, le domaine des fonctions instrumentales, c'est à dire des modes de maîtrise du milieu, des moyens utilisés par un sujet pour se connaître, connaître le monde extérieur, agir sur lui, ne peut être dissocié de la vie affective » (Mazet et Houzel, 1979, cités par Chagnon, 2009). Welniarz estime aussi qu'un enfant « simplement dysphasique » présentant d'importants troubles du langage sans perturbations psychoaffectives profondes est une « construction intellectuelle » (Welniarz, 2001a).

En pédopsychiatrie, on peut considérer la nosographie dans son ensemble comme une construction « culturelle » (Hocquart, 2001 ; Mille, 2001). La seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle a vu grandir un intérêt puissant pour l'étude de l'appareil du langage et de son développement. L'étude de ses troubles s'est notamment inscrite dans ce champ de recherche : des chercheurs y ont vu une source d'apport scientifique important. Ils ont probablement été tentés de considérer que les atteintes précoces du langage étaient exclusivement relatives à des dysfonctions d'« un appareil de langage ». Nous avons vu que les choses sont bien plus complexes.

### *Pour une vision descriptive de la dysphasie*

Jean-Yves Chagnon considère que la « déferlante du spécifique » « repose sur une confusion épistémologique majeure concernant l'objet d'étude et la question de l'étiologie, confusion qui [lui] paraît néfaste à la prise en charge de l'enfant qui se doit de respecter celui-ci dans toutes ses composantes ». Les situations de ces enfants en difficulté grave avec le langage doivent « se lire selon une double approche psychopathologique et cognitive, développementale ou neurologique, ce qui n'implique aucunement l'enfermement dans une étiologie étroite et dans le débat psychogénèse/organogénèse » (Chagnon, 2009).

Il y a en effet confusion épistémologique dans le statut de la dysphasie. S'agit-t-il d'un syndrome, c'est à dire d'un regroupement de symptômes ? Ou bien s'agit-il d'une pathologie à laquelle on attribue une origine étiologique, même si tous s'accordent à dire qu'elle reste à découvrir ? Michel Boulil et Yves Contejean pointent bien ce « glissement nosographique qui vise à ériger ce symptôme [la dysphasie] en véritable entité clinique venant masquer parfois la globalité des troubles » (Boulil et Contejean, 1994). Des auteurs anglo-saxons comme Roberto F. Tuchman et al. rejoignent ce point de vue : « Ni l'autisme ni la dysphasie ne sont des entités pathologiques à part entière [*single disease*] ». L'un et l'autre sont des regroupements syndromiques dont les étiologies sont multiples et le degré de sévérité variable (Tuchman et al., 1991).

Catherine Dupuis et al. exposent clairement la question : « L'exclusion du diagnostic de dysphasie dans le cas de troubles envahissants du développement, de carences affectives graves ou de lésions cérébrales, dépend pour l'essentiel du statut donné à la dysphasie. Si elle n'est qu'un syndrome, rien ne s'oppose, d'un point de vue théorique, à ce qu'elle soit liée à une pathologie psychiatrique ou neurologique. Si, au contraire, la dysphasie de l'enfant est considérée comme une entité nosologique, il paraît nécessaire de continuer à réfléchir sur ses limites. » (Dupuis et al., 1996).

Il semble prudent, compte tenu de l'état actuel des connaissances, de conserver à la dysphasie un statut syndromique, tout en relevant la valeur descriptive d'une telle entité. C'était déjà la position prônée par René Diatkine en 1990, qui définit les dysphasies comme l'ensemble des troubles sévères de l'apparition ou de l'organisation du langage de l'enfant, « sans qu'interviennent dans ce groupement des hypothèses étiologiques et pathogéniques ». « Les] limites du champ des dysphasies sont descriptives et ne permettent pas d'établir d'opposition pertinente avec des processus pathologiques différents. [...] Malgré la spécificité du désordre [...], on retrouve les mêmes surdéterminations que dans le reste du champ de la psychiatrie de l'enfant » (Diatkine et Waeyenbergh, 1990).

Cela rejoint l'idée de considérer la dysphasie d'un point de vue transnosographique au sein de la psychopathologie infantile. En dehors des troubles du spectre autistique qu'il nous semble prudent de continuer à considérer comme un diagnostic différentiel de la dysphasie, rien ne devrait empêcher de poser le diagnostic de syndrome dysphasique chez des enfants présentant des psychoses infantiles ou des dysharmonies psychotiques. À condition bien entendu de ne pas négliger le diagnostic de ces problématiques ni leur prise en charge thérapeutique.

#### *Pour une vision subjective de la dysphasie*

Il semble important d'être attentif au risque de morcellement que pourrait constituer le fait de trop axer la perception clinique d'un enfant sur ses difficultés de langage. Si un tableau clinique traduit la défaillance d'une fonction et rien d'autre, si l'origine des troubles ne se trouve que dans les gènes de l'enfant, la perception qu'on a de celui-ci se base sur une vision segmentée de ses aptitudes. Cette position empêche l'enfant d'être vraiment sujet et potentiellement acteur, avec son entourage, d'une évolution dans l'appropriation de l'outil langagier. C'est ce que Didier Houzel nomme « l'illusion instrumentaliste » (Houzel, 1984). Michèle Grosclaude, psychologue, développe ce point de vue : « Le trouble instrumental a une fonction à l'insu du sujet, donc inconsciente, et qui ne se confond pas avec le trouble lui-même. Elle peut peser sur lui, le figer de façon qu'il se maintienne et résiste à la rééducation et du même coup se révèle. C'est déjà dire qu'il a un sens, non pas en tant que symbole, mais en tant qu'il signifie, dans un monde de sens et de langage. Parler de fonction amène à envisager une dynamique et une économie du symptôme gêneur, d'autant plus qu'en apparence, l'enfant et son entourage manifestent la demande de s'en débarrasser. Dans la mesure où le trouble, quelle que soit son origine, fût-elle organique, est supposé avoir une fonction, véhiculer une vérité

inconsciente propre à la parole de l'enfant, elle-même reprise de et par sa famille, la démarche ne se situe pas dans une perspective étiologique » (Grosclaude, 1979).

La dysphasie semble se constituer au carrefour d'origines multiples, endogènes et environnementales, inextricablement mêlées. L'achoppement du langage rencontre par ailleurs un certain « accueil » dans l'environnement familial, affecte les relations familiales et en est affecté en retour, y compris même, peut-on imaginer, sur le plan neuropsychologique.

## CONCLUSION

Au terme de cette revue de la littérature, les dysphasies apparaissent comme des entités pathologiques dont il reste beaucoup à apprendre, en terme d'étiopathogénie, de mécanismes morbides, d'évolution. Il nous paraît judicieux de leur conserver un statut de syndrome plutôt que d'entité pathologique non questionnée dont la définition serait définitivement fixée et les déterminants étiopathogéniques positivement connus. Nous penchons également pour une considération transnosographique de la dysphasie au sein de la psychopathologie infantile (tout en conservant les troubles du spectre autistique comme un diagnostic différentiel).

Nous avons vu combien les entités nosographiques étaient variables et culturellement déterminées. Cela ne doit pas pour autant annuler leur valeur. « Nous vivons dans un monde classifié, que l'on pourrait déconstruire pour s'amuser, mais nous aurons besoin de ces structures pour penser, en attendant qu'elles soient modifiées, non pas par déconstruction, mais par construction, par création » (Hacking, 2001).

Venons-en maintenant à la notion de spécificité du trouble du langage oral dans la clinique de l'enfant en développement. On ne peut nier que certains enfants présentent dans leur développement des troubles particulièrement marqués au niveau du langage, que ce soit en terme d'expression ou de compréhension, tandis que les autres lignes de développement ne sont apparemment pas touchées, ou de façon mineure. Cela correspond souvent aux observations des parents qui viennent consulter dans des structures telles que les Centres du langage. Dans la période de création des concepts d'audimutité, de dysphasie, ou de trouble spécifique du langage, il s'agissait d'attirer l'attention sur les troubles du langage des enfants, comme une dimension à laquelle il était particulièrement important de s'intéresser pour proposer à des enfants normalement intelligents et ayant une bonne aptitude à la communication, mais en difficulté dans les échanges avec autrui et dans les apprentissages, une aide et notamment un soin par une rééducation orthophonique. Pour attirer l'attention sur ce champ particulier du développement et son altération potentielle, il était important de distinguer l'atteinte de la fonction langage de celle de la fonction auditive par exemple, ou de la fonction intellectuelle. Depuis, le caractère systématique et absolu des diagnostics différentiels comme facteurs d'élimination de la dysphasie est questionné, que ce soit pour la surdité, le retard intellectuel, les lésions cérébrales, ou les troubles envahissants du développement.



Par la suite, certains glissements de sens sont apparus. Certains cliniciens et chercheurs, se plaçant dans une perspective totalement innéiste, se sont mis à considérer qu'un trouble spécifique du langage n'était pas épigénétique, c'est à dire qu'il n'était en aucune façon attribuable à des particularités de l'environnement. Répétons-le, l'élaboration du langage de l'enfant s'appuie constamment sur autrui, dans un processus de co-construction. Il paraît absurde d'imaginer qu'un trouble du langage puisse être totalement indépendant de l'histoire de vie de l'enfant, de ses expériences interactives – a fortiori lorsque l'on connaît l'importance des facteurs d'environnement dans l'expression des gènes. Par ailleurs, le risque du recours à la notion de spécificité est d'oublier que la dysphasie entraîne une autre manière d'« être au monde » pour l'enfant. Le développement particulier de son langage retentit de façon globale sur son vécu. Sa perception du monde, sa pensée, son rapport à autrui, la représentation qu'il a de lui-même en sont affectés. Cela est approché dans la recherche scientifique par le recours à la notion de comorbidités, dont nous avons vu combien elles étaient fréquentes chez les enfants dysphasiques. Il est nécessaire de garder présent à l'esprit que la spécificité de la dysphasie n'est que relative. L'enfant est une personne en construction dont on ne peut morceler les compétences. Toutes les lignes de son développement (langage, cognition, compétences sociales, développements psychomoteur et psychoaffectif) sont reliées entre elles. Même si la dysphasie comporte des facteurs de susceptibilité génétique, influencés par l'environnement au sens large, un trouble affectant le langage à une période aussi précoce de la vie ne peut pas rester longtemps « spécifique » à une faculté langagière.

Il nous paraît indispensable qu'un diagnostic aussi précis que possible soit établi chez un enfant porteur de troubles du langage oral sévère pour lequel on suspecte une dysphasie. Les aspects linguistiques et cognitifs sont essentiels à analyser pour ne pas négliger de piste pour une rééducation efficace. Cependant, nous insistons également pour l'impérative nécessité d'une évaluation pédopsychiatrique chez tous les enfants chez lesquels une dysphasie est suspectée ou diagnostiquée. Il reste nécessaire de reconnaître la place de la subjectivité de l'enfant aux prises avec un trouble dit « instrumental », et de prendre la mesure de la psychopathologie qui vient si souvent se nouer avec et autour du trouble du langage.

## RÉFÉRENCES

- Ajuriaguerra J. de (1980), « Organisation et désorganisation du langage chez l'enfant », in Ajuriaguerra J. de (1980) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, 1<sup>ère</sup> éd. 1970, Paris, Masson et Cie, pp. 333-377.
- Ajuriaguerra J. de, Guignard F., Jaeggi A., Kocher F., Maquard M., Paunier A., Quinodoz D., Siotis E. (1963), « Organisation psychologique et troubles du développement du langage : étude d'un groupe d'enfants dysphasiques », in Ajuriaguerra J. de, et al. (1963) *Problèmes de psycholinguistique*, Paris, Puf, pp. 109-140.
- Ajuriaguerra J. de, Jaeggi A., Guignard F., Kocher F., Maquard M., Roth S., Schmid E. (1965), « Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1965, vol. 8, n° 2, pp. 391-452.

- Allen D. A., Rapin I., Wiznitzer M. (1988), « Communication disorders of pre-school children: the physician's responsibility », *Developmental and behavioral pediatrics*, juin 1988, vol. 9, n° 3, pp. 164-170.
- American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte révisé*, Paris, Masson, 2004 (traduction française).
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> ed. (DSM V)*, Arlington, VA, APA.
- Bates E. A. (2004), « Explaining and interpreting deficits in language development across clinical groups: Where do we go from here? », *Brain and Language*, février 2004, vol. 88, n° 2, pp. 248-253.
- Beaud L., Guibert C. de (2009), « Le syndrome sémantique-pragmatique : dysphasie, autisme ou “dysharmonie psychotique” ? », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2009, vol. 52, n° 1, pp. 89-130.
- Benton A.L. (1964), « Developmental aphasia and brain damage », *Cortex*, 1964, vol. 1, n° 1, pp. 40-52.
- Billard C. (2007), « Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – EMC, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-201-D-10, Paris, Elsevier Masson SAS.
- Billard C., Duvelloy-Hommet C., Becque B. de, Gillet P. (1996), « Les dysphasies de développement », *Archives de Pédiatrie*, juin 1996, vol. 3, n° 6, pp. 580-587.
- Billard C., Hassairi I., Delteil F. (2010), « Troubles spécifiques du langage oral et électroencéphalogramme : quelles indications ? Quelle interprétation ? À propos d'une cohorte de 24 enfants », *Archives de pédiatrie*, avril 2010, vol. 17, n° 4, pp. 350-358.
- Bishop D.V.M. (2004), « Specific language impairment: diagnostic dilemmas », in Verhoeven et von Balkom (eds) (2004) *Classification of developmental language disorders: theoretical issue and clinical justification*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, US, pp. 309-326.
- Bishop D.V.M. (2009), « Gene, cognition and communication: Insights from neurodevelopmental disorders », *Annals of the New York Academy Sciences*, 2009, n° 1156, pp. 1-18.
- Boublil M., Contejean Y. (1994), « La dysphasie en question », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1994, vol. 42, n° 11-12, pp. 777-782.
- Chagnon J.-Y. (2009), « La clinique des troubles instrumentaux aujourd'hui au regard du cas de Mélodie », *Le Carnet PSY*, 2009, n°138, pp. 31-39.
- Chevrie-Muller C. (2007), « Troubles spécifiques du développement du langage. “Dysphasies de développement” », in Chevrie-Muller C., Narbona J. (dir.) (2007) *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques*. 3e éd. Paris, Masson, pp. 361-419.
- Chevrie-Muller C. (2012), « Préface », in Maillart C., Schelstraete M.-A. (dir.) (2012), *Les dysphasies – De l'évaluation à la rééducation*, Issy Les Moulineaux, Elsevier Masson, pp. VII-XII.
- Cohen D., Lanthier-Gazzano O., Chauvin D., Angeard-Durand N., Bénézio R., Leblond N., Plaza M., Mazet P. (2004), « La place du psychiatre dans la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant et l'adolescent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 52, n° 7, pp. 442-447.
- Conti-Ramsden G., Crutchley A. (1997), « The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with SLI », *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, août 1997, vol. 40, n° 4, pp. 765-777.
- Conti-Ramsden G., Botting N. (1999), « Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations », *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, octobre 1999, vol. 42, pp. 1195-1204.
- Conti-Ramsden G., Botting N. (2008), « Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI) », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, vol. 49, n° 5, pp. 516-525.

- Dellatolas G., Peralta F. (2007), « Épidémiologie des troubles du langage oral et écrit de l'enfant », in Chevrie-Muller C., Narbona J. (dir.) (2007) *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques*. 3e éd. Paris, Masson, pp. 283-297.
- Diatkine R. (1985), « Les troubles de la parole et du langage » in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. (dir.) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t. 2, 2è éd. « Quadrige », septembre 2004, Paris, Puf, pp. 1599-1634.
- Diatkine R., Waeyenberghe M. van (1990), « Dysphasies », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1990, vol. 33, n° 1, pp. 37-91.
- Doyen A.-L. (2007), « Génétique et troubles spécifiques du langage oral et écrit », in Chevrie-Muller C., Narbona J. (dir.) (2007) *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques*. 3e éd. Paris, Masson, pp. 271-281.
- Dupuis C., Boidein F., Phillips N., Dellatolas G. (1996), « Dysphasie et troubles associés chez l'enfant. Étude de 41 enfants d'un centre d'éducation spécialisé », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996, vol. 44, n° 9-10, pp. 476-488.
- Gérard C.-L. (1985), « La contribution de la neuropsychologie », in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. (dir.) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t. 1, 2è éd. « Quadrige », septembre 2004, Paris, Puf, pp. 115-125.
- Gérard C.-L. (1993a), *L'enfant dysphasique*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Gérard C.-L. (1993b), « Troubles du langage dans son développement – Approche neuropsychologique », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – EMC, Pédiatrie, 4-101-H-10, Psychiatrie 37-200-E-35*, Paris, Elsevier Masson SAS.
- Gérard C.-L. (2003), « Place des syndromes dysphasiques parmi les troubles du développement du langage chez l'enfant » in Gérard C.-L. et Brun V. (2003) *Les dysphasies*, Paris, Masson.
- Golse B. (2001), « De la différenciation à la séparation : It's a long way to go! », *Revue française de psychanalyse*, 2001, vol. 65, n° 2, pp. 369-380.
- Golse B. (2003), « La naissance et l'organisation de la pensée », in Geissmann C., Houzel D. (dir.) (2003) *Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard compact, pp. 187-197.
- Grosclaude M. (1979), « La fonction des troubles instrumentaux de la communication écrite et orale dans la problématique d'enfants en difficulté scolaire », *Enfance*, 1979, vol. 32, n° 34, pp. 207-225.
- Guérin G. (2006), « Penser le langage, penser la séparation », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, vol. 64, n° 2, pp. 25-32.
- Guibert C. de, Maumet C., Jannin P., Ferré J.C., Tréguier C., Barillot C., Le Rumeur E., Allaire C., Bariben A. (2011), « Abnormal functional lateralization and activity of language brain areas in typical specific language impairment (developmental dysphasia) », *Brain*, 134, 3044-3058.
- Hacking I. (2001), *Leçon inaugurale à la chaire de philosophie et histoire des concepts scientifiques du Collège de France*, 11/01/2001, Site Web du Collège de France, [en ligne], disponible sur Internet <<http://www.college-de-france.fr>>.
- Hill E.L., Bishop D.V.M., Nimmo-Smith I. (1998), « Representational gestures in developmental coordination disorder and specific language impairment: Error-types and the reliability of ratings », *Human movement science*, 1998, vol. 17, pp. 655-678.
- Hill E.L. (2001), « Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments », *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2001, vol. 36, n° 2, pp. 149-171.
- Hocquard D. (2001), « La subjectivité dans l'objectivité scientifique des classifications », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, vol. 43, n° 1, pp. 19-26.
- Houzel D. (1984), « Genèse et psychopathologie du langage chez l'enfant – Introduction », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1984, vol. 32, n° 10-11, pp. 477-491.

- Jakubowicz C. (2003), « Hypothèses psycholinguistiques sur la nature du déficit dysphasique », in Gérard C.-L., Brun V. (dir.) (2003), *Les dysphasies*, Paris, Masson, pp. 23-70.
- Joubert M. (1998), « Retard de langage et difficultés de séparation chez le jeune enfant : implications théoriques et techniques », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1998, vol. 41, n° 2, pp. 475-510.
- Karmiloff-Smith A. (1998), « Development itself is the key to understanding developmental disorders », *Trends in Cognitive Sciences*, Octobre 1998, vol. 2, n° 10, pp. 389-398.
- Lauth B., Ferrari P. (1993), « Dysphasie et psychopathologie », *Revue internationale de pédiatrie*, mars 1993, n° 232, pp. 24-29.
- Leclecq A.-L. et Leroy S. (2012) « Introduction générale à la dysphasie : caractéristiques linguistiques et approches théoriques », in Maillart C. Schelstraete M.-A. (dir.) (2012) *Les dysphasies – De l'évaluation à la rééducation*, Issy Les Moulineaux, Elsevier Masson, pp. 5-33.
- Lévy-Rueff M. et al. (2012), « Anomalies électroencéphalographiques paroxysmiques et troubles spécifiques du langage de l'enfant : vers un modèle neurodéveloppemental ? » *L'Encéphale*, 38, 318-328.
- Leyfer O.T., Tager-Flusberg H., Dowd M., Tomblin J.B., Folstein S.E., (2008), « Overlap between autism and specific language impairment: comparison of autism diagnostic interview and autism diagnostic observation schedule scores », *Autism Research*, 2008, vol. 1, pp. 284-296.
- Lussier F., Flessas J. (2009), *Neuropsychologie de l'enfant – Troubles développementaux et de l'apprentissage*, Paris, Dunod.
- Maillart C., Schelstraete M.-A. (dir.) (2012), *Les dysphasies – De l'évaluation à la rééducation*, Issy Les Moulineaux, Elsevier Masson.
- Manrique M.J., Huarte A. (2007), « Hypoacusies. Surdités », in Chevrie-Muller C., Narbona J. (dir.) (2007) *Le langage de l'enfant – Aspects normaux et pathologiques*. 3e éd. Paris, Masson, pp. 299-323.
- Mazeau M. (1997), *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant atteint de lésions cérébrales précoces – Du trouble à la rééducation*, Paris, Masson.
- Mazeau M. (2005), *Neuropsychologie et troubles des apprentissages – Du symptôme à la rééducation*, Paris, Masson.
- Mille C. (2001), « Histoire des classifications et perspectives nouvelles en psychiatrie de l'enfant », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, vol. 43, n° 1, pp. 91-97.
- Misès R. (dir.) (2012), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012*, 5<sup>e</sup> édition, Rennes, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Monfort M., Juárez Sánchez A. (2001), *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*, Isbergues, France, Ortho édition.
- Newbury D.F., Bonora E., Lamb J.A. (2002), « FOXP2 is not a major susceptibility gene for autism or specific language impairment », *American Journal of Human Genetics*, 2002, vol. 70, pp. 1318-1327.
- Organisation mondiale de la santé (1993), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10)*, 10<sup>e</sup> édition, Paris, Masson.
- Parisse C., Maillart C. (2004), « Le développement morphosyntaxique des enfants présentant des troubles de développement du langage : données francophones », *Enfance*, 2004, vol. 56, n° 1, pp. 20-35.
- Parisse C., Maillart C. (2009), « Specific language impairment as systemic developmental disorders », *Journal of neurolinguistics*, 2009, vol. 22, pp. 109-122.
- Piérart B. (2004), « Introduction. Les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ? », *Enfance*, vol. 56, n° 1, pp. 5-19.

- Piérart B. (2008), « Dysphasie et surdité : des tableaux sémiologiques spécifiques ?   tudes de cas », *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant (ANAE)*, octobre 2008, vol. 99, pp. 231-241.
- Plomin R., Colledge E., Dale P.S. (2002), « Genetics and the development of language abilities and disabilities », *Current Paediatrics*, 2002, vol. 12, pp. 419-424.
- Quéré J.P. (1984), « Aspects cliniques des dysphasies psychotiques et non psychotiques de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1984, vol. 32, n   10-11, pp. 533-537.
- Rapin I., Allen D.A. (1988), « Developmental language disorders: Nosologic considerations », in Kirk U. (1983), *Neuropsychology of language, reading, and spelling*, New York, Academic Press, 1988, pp. 155-184.
- Rapin I., Dunn M., Allen D.A. (2003), « Developmental language disorders », in Segalowitz S.J. (2003), *Handbook of neuropsychology*, Vol. 8, *Child neuropsychology*, Partie 2, 2     d. Amsterdam, Elsevier, pp. 593-630.
- Ringard J.-C. (2000), «    propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », *Rapport fait au Ministère de l'  ducation Nationale*, France, février 2000. Site Web du Ministère de l'éducation nationale [en ligne]. Disponible sur Internet <<http://media.education.gouv.fr/file/95/7/5957.pdf>>.
- Soares-Boucaud I., Labruyère N., J  ry S., Georgieff N. (2009), « Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – EMC, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-201-E-15, Paris, Elsevier Masson SAS.
- Spaulding T.J., Plante E., Vance R. (2008), « Sustained selective attention skills of preschool children with specific language impairment: evidence for separate attentional capacities », *Journal of speech, language and hearing research*, février 2008, vol. 51, pp. 16-34.
- Stern D.N. (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 4   éd., mai 2003, Paris, Puf, 1989.
- Stromswold K. (2001), « The heritability of language: A review and metaanalysis of twin, adoption, and linkage studies », *Language*, décembre 2001, vol. 77, n   4, pp. 647-723.
- Taly V. (2014) « Quelle place pour le trouble spécifique du développement du langage oral, ou dysphasie de l'enfant, dans le champ de la psychopathologie ? », *L'évolution psychiatrique*, vol. 79, n   2, pp. 261-271.
- Tuchman R.F., Rapin I., Shinnar S. (1991), « Autistic and dysphasic children I: clinical characteristics », *Pediatrics*, 1991, vol. 88, pp. 1211-1218.
- U  z   J., Bonneau D. (2004), « Aspects pédopsychiatriques des dysphasies : données médico-psychopathologiques », *Enfance*, 2004, vol. 56, n   1, pp. 113-122.
- Welniarz B. (2001a), « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant (ANAE)*, juillet 2001, n   61, pp. 44-49.
- Welniarz B. (2001b), « Les troubles du langage ne concernent plus les pédopsychiatres ! », *L'information psychiatrique*, octobre 2001, vol. 77, n   8, pp. 760-767.
- Whitehouse A.J.O., Barry J.G., Bishop D.V.M. (2008), « Further defining the language impairment of autism: is there a specific language impairment subtype? », *Journal of Communication Disorders*, 2008, vol. 41, pp. 319-336.

Printemps 2015

Dr. Nath  ëlle Bock  
Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents  
35, avenue de Chom  rac  
07 000 Privas  
[n.rock@privas-groupe-sainte-marie.com](mailto:n.rock@privas-groupe-sainte-marie.com)