

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNEE 2018**

**Thèse n°**

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

MEMOIRE  
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
DE PSYCHIATRIE  
(décret du 10 septembre 1990)

présentés et soutenus publiquement  
le 12 octobre 2018 à Poitiers  
par **Monsieur Raphaël ROCCHESANI**  
né le 27 juin 1990 à Bruges (33)

Dépistage précoce des troubles du langage oral  
chez les enfants de moins de 4 ans

-  
État des lieux des pratiques et facteurs associés

Composition du Jury

**Président :** Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

**Membres :** Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI  
Monsieur le Professeur Bertrand OLLIAC  
Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

**Directeur de thèse :** Madame le Docteur Nicole CATHELIN



## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

#### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **REMERCIEMENTS**

### **Au Professeur Ludovic GICQUEL**

*Vous nous faites l'honneur de présider ce Jury.  
Veuillez recevoir ici notre sincère reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.  
Vous nous avez également fait l'honneur de nous proposer un poste de Chef de clinique,  
sachez que c'est avec fierté que nous remplirons cette fonction.  
Nous vous remercions également pour la réouverture du D.I.U. Adolescents Difficiles  
si cher au Professeur Philippe Jeammet et qui fut d'une grande richesse.*

### **Au Professeur Nematollah JAAFARI**

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.  
Veuillez recevoir ici notre sincère gratitude pour votre présence ce jour ainsi que pour votre  
engagement et votre dynamisme auprès de vos internes.*

### **Au Professeur Bertrand OLLIAC**

*Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.  
Veuillez recevoir ici notre grande reconnaissance pour votre présence ce jour, ainsi que pour  
votre soutien et vos présentations cliniques pertinentes lors de ce même D.I.U.*

### **Au Professeur Manuel BOUVARD**

*Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.  
Veuillez recevoir ici notre sincère gratitude pour votre présence dans ce jury et pour  
l'intérêt porté à notre sujet.  
Nous vous remercions également pour l'organisation de ce D.I.U.*

**Au Docteur Nicole CATHELIN**

*Ce fut pour moi un honneur de réaliser ce travail avec vous.  
Veuillez recevoir ici ma plus sincère reconnaissance pour cette dernière année passée  
à vos côtés ainsi que pour votre accompagnement tout au long de ce travail.  
Ces deux semestres au CRTLA ont été d'une grande richesse,  
aussi bien clinique et pédagogique qu'humaine.*

*Ces leçons de vie et ces longues discussions sur la Pédopsychiatrie ont été pour moi  
d'une richesse inestimable et marqueront ma pratique professionnelle à venir.*

**A toute l'équipe du CRTLA**

Pour m'avoir fait cette place durant cette année et pour avoir pris tout le temps nécessaire pour m'expliquer toutes les nouveautés que représentaient pour moi les troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

**A toute l'équipe de l'hôpital de jour de Sèvres et tous ses jeunes enfants**

Pour m'accueillir les bras ouverts à chacune de mes venues, ainsi que pour l'humeur particulièrement joyeuse et la vivacité d'esprit de toute l'équipe. Je regretterai longtemps de ne pas avoir pu venir plus souvent.

**A toute l'équipe du CMP de Civray**

Pour votre dynamisme et pour toutes ces discussions lors de ces longs trajets en voiture et de ces déjeuners.

**Aux Dr Bénédicte Tessier et Brigitte Durantel**

Pour tout ce que vous m'avez appris lors de ces journées de consultations pédiatriques.

**Au Dr Francis Chabaud et à Erick Pigeot**

Pour votre aide et vos conseils pour la réalisation des statistiques, dont les notions remontaient à l'amphi de P1...

**Aux Dr Catherine Salinier-Rolland, Rémi Gatard, Jean-François Pujol et Florence Retaud**

Pour votre aide à la diffusion du questionnaire destiné aux médecins pédiatres et de PMI.

**A Cécile Lamoureux, Françoise Moreau et Karine Raynaud**

Ainsi qu'au Syndicat des Orthophonistes de Charente Poitou Limousin

Pour votre aide à la diffusion du questionnaire destiné aux orthophonistes.

**A tous les médecins ayant pris le temps de répondre à ce questionnaire.**

**Aux Dr Claude Guionnet et Jérôme Saint-Martin**

Ainsi qu'à toute leur équipe du Post-Urgences Psychiatriques de La Rochelle  
Pour l'autonomie que vous m'avez laissée durant ces 6 mois passés dans un cadre de travail particulièrement agréable et stimulant intellectuellement.

**Aux Dr Merouane Djellab et Anne-Lise Ducasse**

Ainsi qu'à toute l'équipe de l'unité Euterpe  
Pour m'avoir appris à travailler avec des troubles psychotiques graves.

**A Jean-Claude Barbeau**

Pour l'organisation de ces séminaires avec ses invités pertinents et humains, et pour votre sympathie.

**Aux Dr Mélanie Voyer, Anne-Lise Ducasse et Emmanuel Haber**

Ainsi qu'à toute l'équipe de l'UCMP de Poitiers  
Pour votre bonne humeur et votre encadrement toujours riche et bienveillant.

**Au Dr Cédric Cadet et à Arnaud JODIER**

Pour les innombrables choses que j'ai pu apprendre et l'expérience que j'ai pu acquérir à vos côtés  
Ainsi qu'à toute l'équipe de l'UAOCC  
Pour ce stage particulièrement formateur dans une ambiance conviviale, vive et dynamique.

**Au Dr Philippe Ficheux**

Pour vos enseignements aussi bien cliniques que philosophiques d'une grande richesse, pour votre ouverture d'esprit, pour m'avoir sensibilisé à l'approche intégrative et pour m'avoir fait découvrir toute l'humanité chez nos patients déficitaires.  
Sachez que tous nos échanges inculquent toujours mon raisonnement clinique et qu'ils marqueront eux aussi ma pratique professionnelle future.  
Ainsi qu'à toute l'équipe du CMP Guimberteau  
Pour m'avoir fait découvrir en toute sérénité le monde pédopsychiatrique de l'Enfance.  
Ainsi qu'à toute l'équipe de la MAS Hestia  
Pour leur bienveillance à l'égard de ces patients.  
Au jeune patient autiste de la MAS dont la blague restera longtemps dans ma mémoire.

**Aux Dr Nicole Penard et François Boyer**

Pour cette première immersion dans le milieu de l'Adolescence et de ses troubles.

Cette première expérience a été pour moi révélatrice et a confirmé dès ma première année d'internat mon attrait pour la Pédopsychiatrie.

Ainsi qu'à toute l'équipe de Mikado et de Tempo

Pour leur patience et leur encadrement dans mes débuts.

**Aux Dr Rares Ionascu, Delphine Valentin, Marie-Lise Géron et Thérèse Voche**

Ainsi qu'à toute l'équipe de BBA

Pour m'avoir initié au monde de la Psychiatrie lors de mon premier stage d'Internat de la manière la plus idéale qui soit, et pour tous ces bons moments passés à vos côtés !

A Romain, pour toutes ces années de délires, de résidu de poulpe chassé au bâton et d'orgies de bouffe gargantuesques en retour de soirée ! Et la prochaine fois que tu viens à LR promis on va à la pêche au thon !

A Manon et Anast', pour toutes ces merveilleuses années d'amitié.

A Quentin, Syb, Ben, Manue, Nico et Ines, pour ces années de coloc' ! La crème de la crème ! Des dîners interminables, et vas-y que je te sors l'accordéon et la guitare !

A Diego et Clem', pour tous ces bons moments, notamment ceux passés en week-end à Saint-Jean !  
Quand est-ce qu'on remet ça ??

A Geo Flybeef, pour tous ces souvenirs de fous, ces sessions sunset et ta bonne humeur à toute épreuve.  
Armelle, c'est un mec en or celui-là !

A Caro, pour ta bonne humeur permanente aussi !

A Laurette, pour ton rire toujours communicatif. Rien que d'écrire cette ligne je me marre tout seul !

A Cam, pour toutes ces années de délires depuis le lycée.

A JB, pour toutes ces années de délires depuis le CP !!

A Léa et Pierre, pour vos sourires à toutes épreuves.

Et à tout le reste de la Funky Family ! Charly, Aldi, Caza, Thibaud, Béné, Tiff, Horty, Carole, Sophie, Jé, Marie, Marine, Claire, Mathou ! Surtout ne changez rien, vous êtes parfaits !! Ces années de Médecine étaient juste fantastiques ! Vous me manquez ! On remet en place les Garden Party dès cette année, quitte à délocaliser sur La Rochelle les années suivantes !!

A Toto, pour toutes ces p\*tain de rigolades pendant cet externat bordelais ! Et vive le Chico Loco !  
Rendez-vous en Martinique au mois d'avril !! Mais tu ne le sais pas encore je crois...

A Julie, un jour je te ressortirai le pantalon rayé et les santiags, mais pour ça va falloir faire une autre révolution !

A grand Nico, pour ton humour de chaque instant, mais pas toujours très fin ! Tu serais pas un peu orthopédiste sur les bords toi ?

A Kelly, pour tous ces merveilleux moments, notamment sous le soleil de Corse et en mer sur Kalao !

A Briac, pour la découverte de ce somptueux fromage qu'est le Cousteron, ou plutôt El Cousterón !

A Greg', Alex, Kitty, Simon et les autres pour ces bonnes années de lycée.

A Xav', pour nos interminables discussions où on refait le monde ! Ta connerie commence vraiment à me manquer !!

A Leca, aïoo frate ! Va falloir qu'on aille faire un tour sur l'île ensemble !

A Jérôme, Elise, Doc' Belini et Camille, pour votre accueil et pour la place que vous nous avez faite à LR ! On arriiive !

A Flo et Vivien, pour votre bonne humeur à toute épreuve ! « Les gens sont fous », hein Vivien ?

A Sophie et Charlotte, pour ces bons moments à Angougou.

A Emeline, Lia et Pierre pour ces bons moments à Camille Clauclau.

A Pierre-Marie, Léa, Justine, Chloé, Clément, pour tous ces bons moments à Poitiers City ! Et y en aura d'autres !

Et à tous les autres internes de Psy du Charente-Poitou que j'ai eu l'occasion de côtoyer ! Et comme le dit Ségo, vous n'êtes pas si fou que ça !

A mes parents, pour m'avoir soutenu et accompagné pendant toutes ces années d'études ! Et pour tous ces merveilleux moments en famille.

A mes frères, Poilu et Mister T, pour m'avoir supporté pendant toutes ces années d'études !  
« Je vais pas manger des cailloux moi ! »

A Morgane et Lucie, pour rendre mes frères heureux.

A Duff

A Yves, Fred', Oliv' et le paternel, pour la transmission familiale de la Psy ! Comme quoi les familles de psychiatres ne sont pas folles.

A la belle-famille, Caroline et Arthur, pour ces bons moments au Cap Ferret les pieds dans l'eau.

A tous les cousins niçois, pour ces merveilleuses vacances en Corse et tous ces souvenirs d'Anghione dans la tête !

A tous les autres cousins niçois, pour tous ces bons moments passés dans l'arrière-pays !

A Ségo, pour ta présence au quotidien, pour tous les moments passés et tous ceux à venir.

*« Les grandes personnes ne comprennent jamais rien toutes seules, et c'est fatigant, pour les enfants, de toujours et toujours leurs donner des explications... »*

Antoine de Saint-Exupéry,  
Le Petit Prince  
1946

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE .....	13
LISTE DES ABREVIATIONS .....	17
INTRODUCTION .....	18
<b>PARTIE I – LE LANGAGE ORAL : DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE.....</b>	<b>20</b>
<b>I Organisation structurelle du langage .....</b>	<b>20</b>
I.1 Un traitement asymétrique au niveau cérébral.....	20
I.2 Toutes les langues ont une architecture commune.....	22
I.2.1 La phonologie.....	23
I.2.2. Le lexique .....	23
I.2.3 La syntaxe .....	23
I.2.4 La sémantique .....	24
I.2.5 La pragmatique.....	24
I.3 Architecture plus générale .....	25
<b>II Aspect développemental du langage .....</b>	<b>26</b>
II.1 Langage et période prénatale : importance des éléments rythmiques.....	28
II.2 Le prélangage.....	28
II.2.1 Imitation néonatale et communication .....	28
II.2.2 Proto-conversation et correspondance vision-audition.....	29
II.2.3 De l'importance de la communication mère-enfant.....	30
II.2.3.1 Le mamanais et ses éléments supra-segmentaux.....	30
II.2.3.2 Bain de langage et enveloppe psychique .....	31
II.2.4 Chronologie des premières productions langagières .....	31
II.3 Le petit langage.....	33
II.4 Le langage.....	34
<b>III Acquisition linguistique : différentes théories.....</b>	<b>36</b>
III.1 Le développement selon Piaget.....	36
III.2 Jean Piaget : constructivisme cognitif et rôle secondaire du langage.....	37
III.3 Lev Vygotski : constructivisme social et rôle primordial du langage .....	38
III.4 Un changement de perspective .....	40
<b>IV Langage, pensée, et émergence du symbolique.....</b>	<b>40</b>
IV.1 Des précurseurs nécessaires .....	41
IV.2 Importance du regard, trans-subjectivité et émergence du langage.....	41
IV.2.1 Les yeux dans les yeux, la naissance.....	42
IV.2.2 L'attention partagée .....	42
IV.2.3 L'attention conjointe .....	43
IV.2.4 La présentation au miroir .....	43
IV.2.5 Du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif.....	43
IV.2.6 Le square.....	44
IV.2.7 Le « non » : marqueur symbolique de la différenciation .....	44
IV.3 Des systèmes « pré-symboliques » .....	45
IV.3.1 Les pictogrammes de Piera Aulagnier.....	45
IV.3.1.1 Quelques notions freudiennes.....	45

IV.3.1.2 Pictogrammes et processus originaire .....	46
IV.3.2 Fonction alpha de Bion, fonction contenant .....	46
IV.4 Langage et séparation-individuation : la capacité à évoquer l'absent .....	48
IV.5 Du Moi-peau au Moi pensant .....	49
IV.6 Penser l'autre, être pensé par l'autre : théorie de l'esprit, empathie et communication.....	50
<b>V De l'importance d'un environnement psycho-affectif sécuritaire .....</b>	<b>52</b>
V.1 Les enfants sauvages.....	52
V.2 Dépression anaclitique et hospitalisme .....	52
V.3 Besoin, désir, pensée, et « dangereuse sorcière ».....	54
V.4 Constance maternelle, dit et non-dit .....	54
V.5 Espace transitionnel et défaut de développement du langage .....	55
V.6 Rythme, sensorialité et intersubjectivité .....	56
<b>VI Langage et parole, retard et trouble .....</b>	<b>57</b>
VI.1 Epidémiologie.....	57
VI.1.1 Données françaises en population générale .....	57
VI.1.2 Données étrangères en population générale.....	58
VI.1.3 Données étrangères en population clinique .....	59
VI.2 Nécessité d'un dépistage précoce .....	59
VI.3 Trouble du développement du langage .....	60
VI.3.1 Trouble de l'articulation .....	61
VI.3.2 Retard de parole.....	62
VI.3.3 Retard (simple ?) de langage.....	63
VI.3.3.1 Signes cliniques.....	63
VI.3.3.2 Remise en cause de la notion de retard .....	63
VI.3.4 Troubles acquis : aphasie et syndrome de Landau-Kleffner .....	65
VI.3.5 Trouble spécifique du langage oral .....	65
VI.3.5.1 Historique et définition .....	65
VI.3.5.2 Un diagnostic porté par élimination.....	66
VI.3.5.3 Affirmer le diagnostic.....	68
VI.3.5.4 Etiologies suspectées et examens complémentaires.....	71
VI.3.5.5 Abords psychopathologiques .....	72
<b>VII Dépistage et rééducation tardive : des conséquences non négligeables.....</b>	<b>73</b>
VII.1 Mise au jour d'un trouble spécifique du langage oral.....	73
VII.2 Scolarité et langage écrit.....	73
VII.3 Difficultés relationnelles, ajustement social et harcèlement scolaire.....	74
VII.4 Des conséquences psycho-affectives.....	76
VII.5 Ce que dit la HAS pour les troubles spécifiques.....	77
<b>PARTIE II – ÉTUDE REALISEE EN NOUVELLE-AQUITAINE.....</b>	<b>79</b>
<b>I Introduction.....</b>	<b>79</b>
<b>II Matériels et méthodes.....</b>	<b>80</b>
II.1 Questionnaire adressé aux médecins .....	80
II.1.1 Méthodologie générale.....	80
II.1.1.1 Schéma de l'étude.....	80
II.1.1.2 Population cible .....	80
II.1.1.3 Population générale .....	82
II.1.1.4 Critères d'étude .....	83
II.1.1.5 Facteurs étudiés.....	84
II.1.1.6 Nombre de sujets nécessaires .....	84
II.1.2 Constitution du questionnaire.....	85
II.1.2.1 Généralités.....	85

II.1.2.2 Votre formation .....	86
II.1.2.3 Votre consultation.....	86
II.1.2.4 Les orthophonistes.....	89
II.1.2.5 Parlons du langage.....	90
II.1.2.6 A vous la parole.....	93
II.2 Questionnaire adressé aux orthophonistes.....	93
II.2.1 Population cible.....	93
II.2.2 Population générale.....	94
II.2.3 Constitution du questionnaire.....	94
<b>III Résultats.....</b>	<b>95</b>
III.1 Questionnaire adressé aux médecins.....	95
III.1.1 Déroulement de l'étude.....	95
III.1.2 Caractéristiques des médecins inclus .....	96
III.1.3 Résultats bruts.....	97
III.1.4 Plus en détails.....	106
III.1.4.1 Un bon repérage chez trop peu de médecins.....	106
III.1.4.2 Différents facteurs associés.....	107
III.2 Questionnaire adressé aux orthophonistes.....	110
<b>IV Discussion.....</b>	<b>111</b>
IV.1 Un critère de jugement trop sélectif ? .....	111
IV.2 Intérêt porté à notre problématique et biais inévitable .....	112
IV.3 Une prise en considération qui commence réellement à 3 ans ? .....	112
IV.4 Une sensibilité féminine.....	114
IV.5 Plusieurs facteurs limitant un bon dépistage ?.....	114
IV.5.1 Non connaissance des échelles de repérage précoce .....	114
IV.5.2 Orthophonistes non formés aux très jeunes enfants : faux !.....	115
IV.5.3 Délai de rendez-vous et méconnaissance du travail orthophonique .....	116
IV.6 Une réflexion pluridisciplinaire.....	117
IV.6.1 Place des CAMSP .....	117
IV.6.2 Pédiatres et neuropédiatres .....	118
IV.6.3 Place de la Psychomotricité .....	118
IV.6.4 Place de la Psychologie clinique et de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent .....	119
IV.6.4.1 Un rôle central aussi.....	119
IV.6.4.2 Une modification des pratiques en Pédopsychiatrie .....	121
IV.6.4.3 Une place à retrouver malgré des sous-effectifs criants .....	121
IV.6.4.4 Troubles des apprentissages: neuropédiatres et pédopsychiatres.....	122
<b>PARTIE III – QUELQUES PISTES D'AMELIORATION .....</b>	<b>123</b>
<b>I Les parents : des acteurs à ne pas oublier .....</b>	<b>123</b>
<b>II Un carnet de santé encore perfectible.....</b>	<b>123</b>
<b>III Campagnes de sensibilisation .....</b>	<b>124</b>
<b>IV Formation des médecins.....</b>	<b>124</b>
<b>V Consultation spécialisée et revalorisation financière.....</b>	<b>125</b>
<b>VI Revalorisation de l'Orthophonie.....</b>	<b>126</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>127</b>

BIBLIOGRAPHIE.....	129
GLOSSAIRE.....	135
ANNEXES .....	137
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	155
RESUMÉ .....	156

## LISTE DES ABREVIATIONS

### – A –

**AFPA** – Association Française de Pédiatrie  
Ambulatoire  
**ANAE** – Approche Neuropsychologique des  
Apprentissages chez l'Enfant  
**ANAES** – Agence Nationale d'Accréditation et  
d'Evaluation de la Santé  
**APA** – American Psychiatric Association  
**ARS** – Agence Régionale de Santé  
**ATCD** – Antécédents  
**AVC** – Accident Vasculaire Cérébral

### – B –

**BREV** – Batterie rapide d'évaluation des fonctions  
cognitives

### – C –

**CAMSP** – Centre d'Action Médico-Sociale  
Précoce  
**CDOM** – Conseil Départemental de l'Ordre des  
Médecins  
**CH** – Centre Hospitalier  
**CIM-10** – Dixième édition de la Classification  
Internationale des Maladies (ICD-10 en  
anglais)  
**CMP** – Centre Médico-Psychologique  
**CMPI** – Centre Médico-Psychologique Infantile  
**CMPP** – Centre Médico-Psycho-Pédagogique  
**CNIL** – Commission Nationale de l'Informatique  
et des Libertés  
**COM** – Collectivités d'Outre-Mer  
**CRA** – Centre de Ressources Autisme  
**CREAI** – Centre Régional pour l'Enfance et  
l'Adolescence Inadaptées  
**CRTLA** – Centre Référent des Troubles du  
Langage et des Apprentissages  
**CSMI** – Centre de Santé Mentale Infantile

### – D –

**dB** – Décibel  
**DIU** – Diplôme Inter-Universitaire  
**DOM** – Département d'Outre-Mer  
**DPL3** – Dépistage et Prévention du Langage à 3  
ans  
**DRASS** – Direction Régionale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

**DREES** – Direction de la Recherche, des Etudes,  
de l'Evaluation et des Statistiques

**DSM-5** – Cinquième édition du manuel  
diagnostique et statistique des troubles  
mentaux

**DU** – Diplôme Universitaire

### – E –

**EEG** – Electroencéphalogramme

**ERTL4** – Épreuve de Repérage des Troubles du  
Langage à 4 ans

### – F –

**FNO** – Fédération Nationale des Orthophonistes

### – H –

**HAS** – Haute Autorité de Santé

**HCSP** – Haut Comité de Santé Publique

**Hz** – Hertz

### – I –

**ICD-10** – voir CIM-10

**IFDC** – Inventaire Français du Développement  
Communicatif

### – P –

**PMI** – Protection Maternelle et Infantile

**PUF** – Presses Universitaires de France

### – Q –

**QI** – Quotient Intellectuel

### – S –

**SA** – Semaine d'Aménorrhée

**SNPF** – Syndicat National des Pédiatres Français

### – T –

**TCC** – Théories / Thérapies Cognitivo-  
Comportementalistes

**TSA** – Trouble du Spectre de l'Autisme

**TSLA** – Trouble spécifique du langage et des  
apprentissages

**TSLO** – Trouble Spécifique du Langage Oral

### – Z –

**ZEP** – Zone d'Éducation Prioritaire

## INTRODUCTION

Le langage et son émergence chez l'Homme fascine depuis des siècles. Au XIII<sup>ème</sup> siècle, alors que la question de la langue parlée par Dieu est centrale, Frédéric II, Empereur du Saint-Empire romain germanique, se questionne sur celle que vont développer des bébés grandissant sans aucun contact linguistique. La *Chronique* de Salimbene de Adam, moine contemporain de Frédéric II, relate que ce dernier a fait réunir un certain nombre de nouveau-nés, tous apparemment orphelins, et qu'il a demandé aux nourrices de les allaiter, de les soigner, de les baigner, mais surtout de ne jamais leur parler. Lui-même parlant sept langues, il pensait que le latin ou le grec allaient se développer, seules langues pures à ses yeux. La fin de son expérience est plus triste : tous se laissent dépérir et meurent rapidement (Salimbene de Adam, 1986). Frédéric II, ou les prémices de l'hospitalisme de René Spitz.

Parler est un acte d'une banalité de la vie courante pour nombre d'entre nous, et ce depuis notre jeune âge. Seulement, parler, verbaliser oralement, relève de processus d'une complexité sans pareil, complexité dont j'ai pu me rendre compte au Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTL) de Poitiers. « *C'est lorsqu'on est confronté à des enfants souffrant de difficultés du développement du langage, qu'on en mesure la complexité* », nous disait Géraldine Chernet dans son travail de thèse sur les enfants sévèrement dysphasiques (Chernet, 2013).

Cette dernière année d'internat au CRTL a été celle d'une découverte : celle d'un pan de Médecine inabordable jusqu'à présent. Bien que le développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant soit un item de l'Examen Classant National, et que son développement psycho-affectif soit bien évidemment au programme de tout interne en Psychiatrie et Pédopsychiatrie, j'ai pu réaliser que la problématique du développement du langage dans ses différentes variations, du normal au pathologique, nécessitait d'être abordée bien plus spécifiquement qu'à travers des cours généralistes.

C'est au fur et à mesure des consultations médicales au CRTL avec le Dr Nicole Catheline que ce travail de thèse a trouvé son origine. En effet, nombreux sont les parents verbalisant une certaine amertume au sujet de la prise en charge précoce de leur enfant, alors âgé de 6, 7, 10 ans, parfois plus, pour lequel les professionnels nous sollicitent. « On voyait bien que le langage

ne se développait pas normalement, sauf que le médecin nous a dit d'attendre l'école pour que ça le stimule » est un genre de discours que l'on entend malheureusement trop souvent.

La question du dépistage des problématiques langagières par les médecins recevant des enfants s'est donc naturellement posée. Ayant une place prépondérante dans la prévention et le dépistage des difficultés de langage et de communication, les médecins recevant un public infantile sont forcément confrontés à cette problématique un jour ou l'autre, d'une manière ou d'une autre, au détour d'une consultation quelconque ou d'une dont le motif est justement le langage.

Principal vecteur de la communication entre êtres humains, le langage est la capacité, observée chez tous les hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (Larousse, 2018). Mais le langage n'est pas qu'un simple outil véhiculant des souhaits ou de quelconques informations, il est indissociable de la pensée et joue un rôle fondamental dans les processus de symbolisation. Enfin, il est bien évident que notre langage verbal, accompagné de tous les éléments infra-verbaux, a aussi un rôle central dans le partage des affects. Ainsi, le langage apparaît d'ores et déjà déterminant dans le développement et la structuration du fonctionnement psychique de tout individu.

Notre première partie abordera le langage oral, du normal au pathologique, en passant par ses liens étroits avec le développement de la pensée et les multiples conséquences possibles d'une rééducation tardive d'un trouble du langage. Puis nous présenterons notre étude sur le dépistage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans ; étude réalisée en Nouvelle-Aquitaine auprès des médecins généralistes, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), pédiatres et pédopsychiatres. Enfin, nous terminerons par une discussion sur les différentes voies d'amélioration possibles concernant le dépistage précoce des troubles du langage.

# PARTIE I – LE LANGAGE ORAL : DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE

## I Organisation structurelle du langage

Ce paragraphe est en grande partie issu de :

- Mazeau M., Pouhet A. *Le langage oral : développement typique et pathologique (dysphasie)*. In Mazeau M., Pouhet A. *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant – Du développement typique aux dys*. Paris : Masson. 2014;2:53-111.
- Le site internet « Le cerveau à tous les niveaux » (<http://lecerveau.mcgill.ca>), financé par l'Institut des Neurosciences, de la Santé Mentale et des Toxicomanies (INSMT, Canada),

### I.1 Un traitement asymétrique au niveau cérébral

Paul Broca, en 1861, isole une zone du cerveau, la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche, et montre son rôle dans la production des mots parlés. Une dizaine d'année plus tard, le neurologue et psychiatre allemand Carl Wernicke localise une autre aire cérébrale, temporale gauche, responsable de la compréhension des mots.

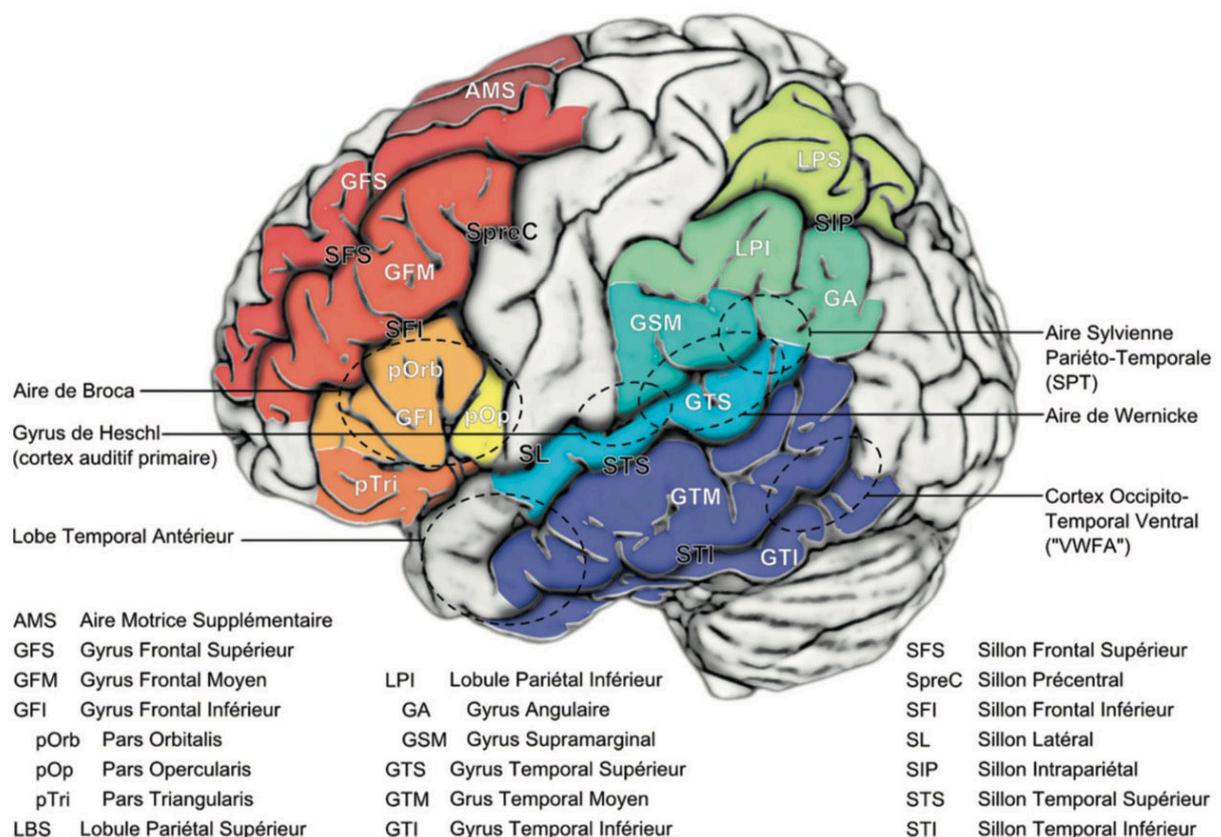
L'aire de Broca et l'aire de Wernicke sont connectées par un réseau de fibres neuronales appelé le *faisceau arqué*. Cette boucle est présente dans l'hémisphère gauche chez à peu près 90% des droitiers et 70% des gauchers.

On retrouve la boucle Broca – faisceau arqué – Wernicke au même endroit chez les personnes sourdes s'exprimant en langage des signes. On pense donc que cette boucle ne serait pas spécifique du langage oral, mais serait plus largement en lien avec la modalité principale du langage de l'individu.

Durant de nombreuses années, notre compréhension des bases cérébrales du langage était relativement simple, nous venons de le voir. Puis, l'imagerie cérébrale a permis de mettre en évidence une troisième région indispensable au langage : le lobule pariétal inférieur, appelé *territoire de Geschwind* (neurologue américain ayant pressenti l'importance de cette zone dès les années 1960). Ce lobe pariétal inférieur est lui aussi connecté aux aires de Broca et de Wernicke par un important réseau neuronal.

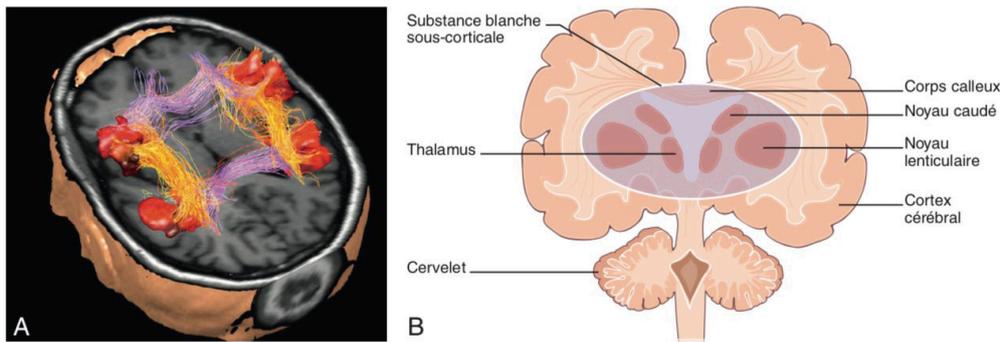
Par ailleurs, le lobule pariétal inférieur est l'une des dernières structures à devenir matures chez l'enfant, et on pense que cette zone cérébrale jouerait un rôle central dans l'acquisition du langage. Cette maturation tardive expliquerait, entre autres, pourquoi les enfants n'apprennent pas à lire et à écrire avant l'âge de 5 ou 6 ans.

Enfin, les nouvelles techniques d'imagerie, notamment fonctionnelle, ont permis d'affiner l'architecture des différents systèmes mis en jeu (figure 1 et 2), et de préciser les aspects dynamiques de leur implication lorsque les fonctions langagières sont sollicitées.



**Figure 1 – Principales régions corticales de l'hémisphère gauche impliquées dans le langage humain**

*Source : Planton S., Démonet J.F. Neurophysiologie du langage : apports de la neuro-imagerie et état des connaissances. Revue de Neuropsychologie. 2012;4:255-266.*



**Figure 2 – Interrelations des régions cérébrales impliquées dans le langage**

**A. De nombreux liens inter-hémisphériques.**

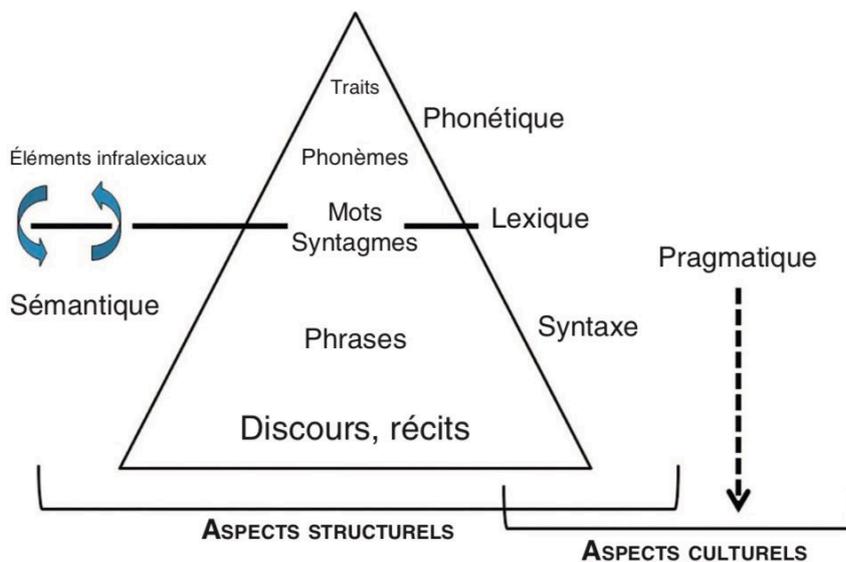
*Source : Patric Hagmann et Jean-Philippe Thiran. © École Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL) et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Suisse.*

**B. Liens avec les noyaux gris centraux (en bleu).**

*Source : Ojeman G.A. Brain organization for language from the perspective of electrical stimulation mapping. Behavioral and Brain Sciences. 1983;6:189-230*

**I.2 Toutes les langues ont une architecture commune**

Le nombre de langues connues varie entre 4000 à plus de 6000 selon les auteurs (Mazeau et Pouhet, 2014). Bien qu'elles aient des formes *de surface* très variées, elles ont toutes une base universelle, car c'est le substrat cérébral commun à tous les humains qui détermine la structure fondamentale de toutes les langues humaines (*ibid*), qu'elles soient orales, signées ou même sifflées (environ 70 langues sifflées sont répertoriées dans le monde). L'architecture de la langue est composée de 5 grands sous-systèmes, tous emboîtés et massivement interconnectés (figure 3) : la phonologie, le lexique, la syntaxe, la sémantique et la pragmatique.



**Figure 3 – Architecture commune à toutes les langues**

### I.2.1 La phonologie

Les sons de la langue, ou *phonèmes*, constituent un répertoire fini d'éléments sans signification, dit aussi infra-lexicaux, bien distincts des sons non langagiers, des bruits ou de la musique. Le terme de « phonologie » insiste sur la valeur distinctive, porteuse de sens, de certaines particularités phonétiques propres à chaque langue. Mazeau et Pouhet prennent alors comme exemple, pour la langue française, la distinction p/b : *pain/bain* ou ch/j : *bouche/bouge*.

Réseaux dédiés :

- Perception / catégorisation / discrimination phonologique : région périsylvienne postérieure temporale gauche
- Production : région de Broca

### I.2.2. Le lexique

A partir du nombre « fini » de phonèmes (plus petite unité de sens dépourvue de sens qu'il est possible d'isoler dans la chaîne parlée), une infinité de mots reliés à une signification peut être constituée. On peut même inventer des « non-mots » ou des mots nouveaux, telle que la *novlangue* de Georges Orwell dans son roman dystopique *1984*.

Les mots sont donc constitués d'un versant phonologique (sonore, acoustique), et d'un versant sémantique (ce à quoi ils se réfèrent, leur sens).

Le vocabulaire utilisé couramment varie entre 7000 et 8000 mots pour un adulte « standard », mais la plupart des adultes en connaissent bien plus qu'ils n'en utilisent (de 50 000 à 100 000 mots seraient compris par un adulte) (Mazeau et Pouhet, 2014).

Réseaux dédiés :

- Temporal gauche
- Grands réseaux mnésiques (mémoire de travail, mémoire sémantique, mémoire à long terme)

### I.2.3 La syntaxe

La production de phrases, elle aussi infinie, est issue de la combinaison de mots selon des règles syntaxiques. L'utilisation de la syntaxe permet l'utilisation d'énoncés plus élaborés, plus précis,

moins ambigu, contrairement à l'utilisation télégraphique de mots pleins accolés les uns aux autres. Les mots « pleins » se réfèrent à une représentation mentale identifiable (adjectifs, noms, verbes), et s'opposent aux mots « vides » ou « mots fonction » (mots grammaticaux : *de, du, en, y, pour, etc.*)

Les discours, les récits, ne sont pas non plus uniquement des suites de phrases. Celles-ci s'organisent selon des règles propres, une « super syntaxe » discursive, principalement caractérisée par l'utilisation de connecteurs (*cependant, donc, or, alors, en effet, etc.*), assortis de règles de reprises partielles des informations précédentes (pronoms) et d'ajouts d'informations nouvelles. Tout cela est ainsi nécessaire à la construction d'un tout structuré, hiérarchisé, porteur d'une macrosignification.

Réseau dédié : zone de Broca

#### I.2.4 La sémantique

Discours, récit, dialogue, leur compréhension sollicite la mise en jeu de nombreux réseaux neuronaux, y compris dans l'hémisphère droit (figures 1 et 2). En effet, les réseaux qui supportent l'accès à la signification des mots, la sémantique, sont localisés dans diverses zones cérébrales, en fonction de leur catégorie (figure 4) : animaux, outils, couleurs, personnes, etc. A noter cependant l'implication particulière de la région temporelle gauche.

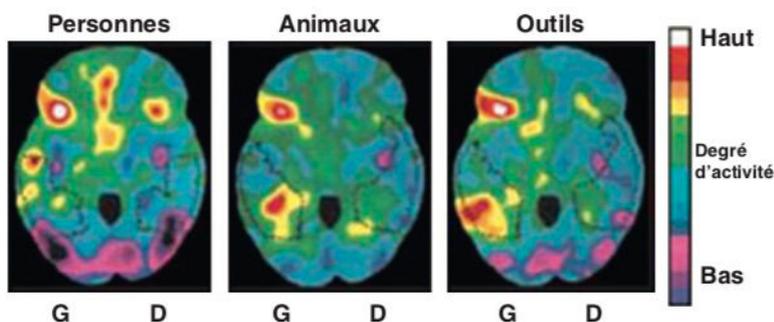


Figure 4 – Différentes régions cérébrales activées en fonction de la catégorie des images présentée

#### I.2.5 La pragmatique

D'après Mazeau et Pouhet, la pragmatique est définie par l'usage fonctionnel que les sujets font de la langue en *situation de communication*. Le type de communication verbale utilisée dépend des buts du locuteur et des relations qu'il entretient avec son interlocuteur : la façon de

s'exprimer n'est pas la même selon que l'on parle à son enfant, son patron, un inconnu, son voisin ; que l'on parle de philosophie ou de recettes de cuisine ; que l'on cherche à demander un service ou à convaincre une assemblée, etc.

Le « comment dire », ainsi que toute la communication infra-verbale (gestes, regards, postures) accompagnant ces dire, s'acquièrent implicitement au cours d'interrelations sociales, et dépendent fortement de l'époque, de la culture et de l'éducation.

Réseaux dédiés : ceux qui sous-tendent la cognition sociale et les fonctions exécutives (lobes frontal et pré-frontal).

### I.3 Architecture plus générale

Le langage oral se décompose en 3 parties :

- Réceptive : les capacités de compréhension du langage dans lequel baigne le sujet
- Expressive : les capacités d'expression, de verbalisation, du sujet à lui-même et à son entourage
- Pragmatique : nous venons de le voir, comprendre le langage oral n'est pas qu'une question de compréhension du sens des mots. Il faut également pouvoir prendre en compte un ensemble de règles sociales qui dépassent les règles grammaticales. Autrement dit, il faut être capable de tenir compte du contexte dans lequel est produit l'énoncé, ainsi que la façon et l'intonation dont on l'exprime. « La maîtrise d'une langue nécessite donc de comprendre la relation entre l'énoncé produit et le contexte de communication dans lequel il est produit » (Guerini et Goyet, 2017).

Bien que ces 3 éléments soient présentés séparément, il est bien évident que l'interrelation de ces différentes composantes est fondamentale pour développer une compétence à communiquer de façon appropriée.

## II Aspect développemental du langage

*Ce paragraphe est en grande partie issu des chapitres suivants :*

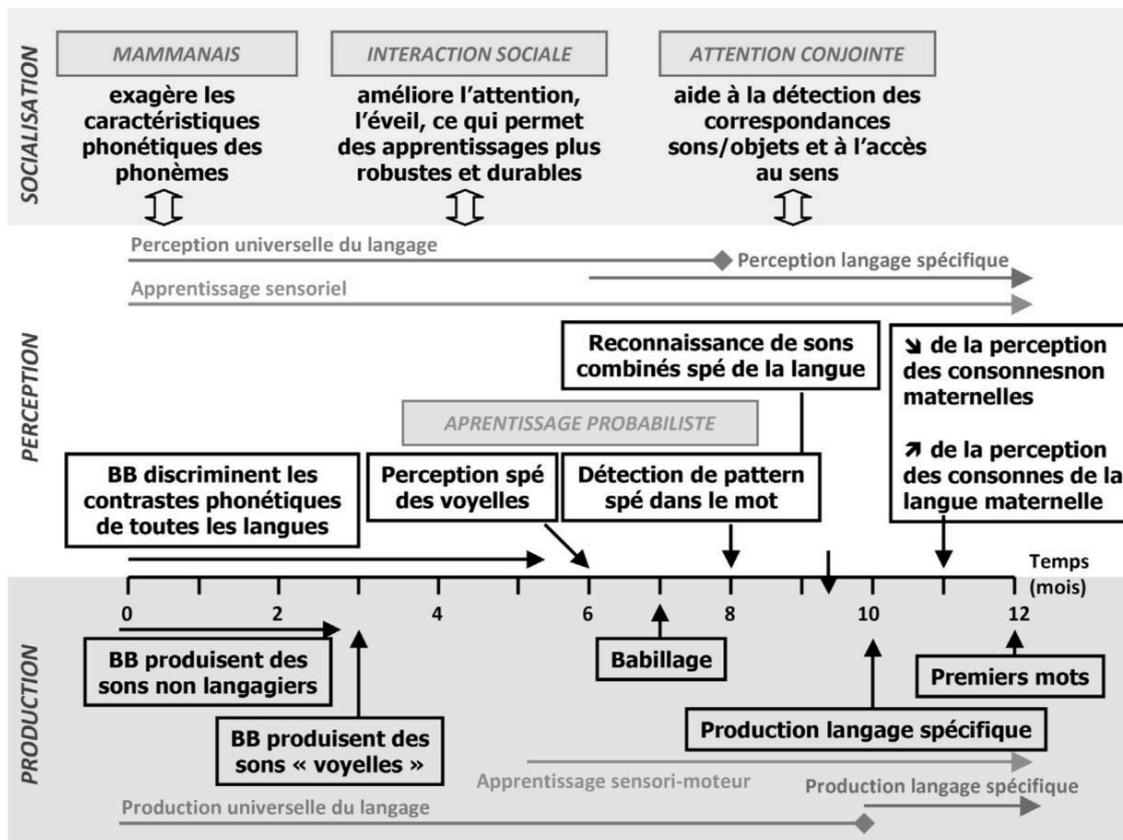
- *Monique Plaza. Psychopathologie du langage. In Enfance et Psychopathologie, sous la dir. de D. Marcelli et D. Cohen, 10<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson. 2016.*
- *Carole Guerini et Louise Goyet, Le développement du langage. In Psychologie du développement, sous la dir. de R. Miljkovitch, F. Morange-Majoux et E. Sander. Paris : Masson. 2017.*

Dès son plus jeune âge l'enfant possède des capacités perceptives précoces participant à l'acquisition du langage. Cette acquisition repose sur un système qui est sollicité bien avant la production des premiers mots, contrairement aux anciennes théories dont nous dirons quelques mots.

Dans les années 1990, de multiples études ont permis de comprendre les conditions et les mécanismes du développement du langage chez le bébé. L'étude de Saffran et ses collaborateurs a par exemple montré que les bébés de 6 mois étaient déjà capables d'être attentifs à des stimuli phonologiques et auditifs selon une loi statistique des phonèmes de la langue (Saffran et al., 1996). Les mécanismes et conditions du développement du langage ont pu être précisés par plusieurs travaux, dont ceux de Patricia Kuhl (Kuhl 2000 ; 2004) :

- La capacité de discrimination des phonèmes et les caractéristiques prosodiques de toutes les langues sont présentes dès la naissance
- Dès l'âge de 3 mois, les aires cérébrales dédiées au langage dans l'hémisphère gauche peuvent s'activer en présence de stimuli langagiers (Dehaene-Lambertz et al., 2006).
- Vers l'âge de 6 mois, le bébé développe une préférence pour les phonèmes de sa langue maternelle : certains sons reviennent plus souvent (« loi statistique ») et spécialisent par-là les aires cérébrales dédiées au langage. Ces sons revenant fréquemment vont être reconnus plus tôt, de même que certaines combinaisons de phonèmes, et c'est ainsi que les prémices des premiers mots apparaissent : c'est « l'apprentissage probabiliste ».
- Cet apprentissage probabiliste est favorisé par un « effet aimant » : l'environnement langagier du bébé va engager au niveau cérébral le système perceptif. Le bébé est alors particulièrement attentif aux sons proches de ceux de sa langue maternelle.

La figure 5, ci-dessous, représente une vision schématique du développement du langage durant la première année de vie, des points de vue de la production (expression), de la perception (réception), et de la socialisation (dynamique interactive avec l'environnement).



**Figure 5 – Développement du langage chez le bébé au cours de la première année de vie**

Source : Plaza M. *Psychopathologie du langage*. In Marcelli D. et Cohen D. *Enfance et Psychopathologie*. 10<sup>è</sup> éd. Paris : Masson. 2016.

BB : bébé

*Mamanais* : modification spontanée du discours que tient un adulte à un bébé avec modulation de la prosodie, simplification du vocabulaire et de la syntaxe, nombreuses répétitions, intonation très marquée (Guerini et Goyet, 2017).

Comme le souligne Monique Plaza, d'un enfant à un autre, le langage se développe sur un mode frappant de régularité (Plaza, 2016). Ce développement s'articule autour de trois étapes dont les limites sont relativement floues :

- Le prélangage, de la naissance jusqu'à 12-13 mois, parfois 18 mois
- Le petit langage, de 10 mois à 2 ans ½ - 3 ans
- Le langage, à partir de 3 ans

Mais avant de reprendre une à une ces différentes étapes, nous allons aborder le rôle de la période prénatale dans l'émergence du langage.

## II.1 Langage et période prénatale : importance des éléments rythmiques

Les bruits internes tels que la respiration, les battements cardiaques de la mère, les bruits gastro-intestinaux ou encore vasculaires, ainsi que les bruits extérieurs atténués par les membranes placentaire et utérine sont perçus très tôt par le fœtus. Ces bruits sont pour lui une stimulation auditive précoce et servent de signaux pour le développement du système auditif (Busnel et Granier-Deferre, 1983).

A partir de 25 semaines d'aménorrhée (SA), soit 6 mois, les travaux de Querleu et ses collaborateurs ont montré que le système auditif du fœtus commence à fonctionner et que celui-ci commence à se sensibiliser aux intonations de phrases et aux différents éléments rythmiques qui constituent le langage (Querleu et al., 1981).

A partir de 33 SA (8 mois), différents travaux ont montré que le fœtus présente une sensibilité à la voix de sa mère, voire même à l'intonation et au rythme de sa voix (DeCasper et Fifer, 1980 ; DeCasper et Spence, 1986).

Dès la vie intra-utérine, le fœtus est donc sensibilisé à de nombreux éléments rythmiques, aussi bien perçus sur le plan auditif comme nous venons de le voir, que sur le plan cénesthésique : rythme du bruit du cœur, rythme de la voix, rythme du balancement à la marche, etc. Dans son article *Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant*, Geneviève Haag montre l'importance de ces éléments rythmiques comme expression et représentation des pulsions de vie dans les toutes premières étapes de la vie psychique (Haag, 1986).

## II.2 Le prélangage

### II.2.1 Imitation néonatale et communication

Dès les premiers jours, un bébé est capable d'imiter le comportement de protrusion de la langue et d'ouverture de la bouche que peut faire un adulte (Meltzoff et Moore, 1983). Il semblerait que cette imitation de la protrusion de langue soit au-delà du simple réflexe. Dès 1977, Bower soulignait déjà le caractère précis et social de l'imitation chez le bébé (Bower, 1977). Par la suite, les travaux de Nadel ont montré que le système de communication se met en place notamment à travers ce système imiter/être imité (Nadel, 1994 ; 2011). Et comme le soulignent

Caroline Guerini et Louise Goyet, « l'observation de l'imitation néonatale soulignent aussi la sensibilité et l'attirance du nouveau-né pour le visage humain ».

Après 6 à 8 semaines de vie, cette capacité d'imitation disparaît pour laisser place à de riches échanges émotionnels, entre 2 et 5 mois (Vinter, 1985).

### II.2.2 Proto-conversation et correspondance vision-audition

Bower a été l'un des premiers à étudier le sourire social chez le bébé ; sourire qui apparaît aux alentours de 6 à 8 semaines de vie (Bower, 1977). Il a également montré l'attirance considérable du bébé pour les personnes qui sont en interaction avec lui.

En 1979, Trevarthen a nommé par « intersubjectivité » la capacité innée du bébé à percevoir les émotions chez l'autre et à s'y accorder, autrement dit à répondre mais aussi influencer les émotions de l'autre (Trevarthen, 1979). Les deux subjectivités (parent/bébé) qui se rencontrent vont s'influencer et se modifier en fonction de la relation à l'autre.

Dans l'ouvrage de Nadel et Camaioni, Trevarthen montre que dès l'âge de 2 mois le bébé peut avoir des conversations avec un adulte ; conversations certes rudimentaires (babillage pour le bébé, verbalisation pour l'adulte), d'où le terme de « proto-conversation », mais qui montre bien la capacité du bébé à avoir un échange avec des tours de parole (Nadel et Camaioni, 1993). Cet échange se fait aussi à travers le partage des émotions visibles sur le visage, la posture ou encore les intonations de voix. Les prémices de la pragmatique sont là.

Boysson-Bardies, en rapportant deux expériences antérieures d'autres auteurs, explique qu'à partir de 5 mois le bébé peut mettre en correspondance les mouvements de la bouche qu'il voit et les voyelles qu'il entend sortir de ladite bouche (Boysson-Bardies, 1996). Cette mise en correspondance vision-audition apparaît dès lors comme fondamentale pour l'acquisition du langage. Cela renforce l'importance des premières interactions en face à face entre le bébé et l'adulte. Le bébé ayant en plus la capacité de relever des invariants dans le discours de l'adulte, la formation du langage se produit bien dès les premiers mois de vie dans le cours de ces interactions (Yeung et Werker, 2013)

## II.2.3 De l'importance de la communication mère-enfant

### II.2.3.1 Le *mamanais* et ses éléments *supra-segmentaux*

Concernant la curiosité du bébé pour les gens qui interagissent avec lui, l'entourage la soutient en s'adressant à lui avec un parler spécifique : le « parler bébé », ou *mamanais* (de l'anglais « motherese »), présent dans toutes les langues et toutes les cultures.

Castarède décrit 6 traits prosodiques dans ce « parler bébé » maternel (Castarède, 1987 ; Lanlay et Clément, 1990) :

- Le *timbre de voix* est plus élevé que d'habitude
- Ses phrases se terminent par des *intonations* ascendantes, même s'il ne s'agit pas d'une interrogation
- La *courbe mélodique* présente une plus grande amplitude, avec des épisodes chantonnés
- Des *chuchotements* fréquemment utilisés
- L'*accentuation* est amplifiée, avec de nombreux changements d'intensité. La mère exagère le contour intonatoire habituel de la parole
- Le *rythme* de la parole est ralenti. La durée des pauses est le double de celles des phrases habituelles. Le discours maternel est entrecoupé de contacts corporels (caresses, baisers, etc.).

Lanlay et Clément précisent bien que ces éléments, dits *supra-segmentaux*, utilisés par la mère ont une importance non négligeable pour l'accession ultérieure au langage : ils permettent de faire ressortir du bain sonore ce qui est destiné au bébé.

Ces éléments sont accompagnés chez la mère d'une exagération mimo-gestuelle, aussi bien dans le temps (expressions du visage et mimiques faciales comme un ralenti cinématographique) que dans l'espace (exagération des mimiques, bouche grande ouverte, mine attristée, grand sourire, etc.). Et cela de façon stéréotypée et répétitive.

Par ailleurs, la *répétition* permet à l'enfant d'intégrer les structures rythmiques. Les répétitions entraînent du plaisir chez le bébé, et jouent un rôle fondamental dans la communication et l'échange.

Enfin, l'*amplification*, et plus particulièrement celle de l'intonation, est en quelque sorte un intermédiaire entre le langage gestuel et le langage verbal. Dès lors, l'intonation va faciliter

l'accès ultérieur à certains aspects syntaxiques de la langue, car il permet au bébé de repérer plus facilement les unités de signification dans le bain de langage maternel.

Ainsi, le *mamanais* est essentiel dans l'acquisition du langage.

### II.2.3.2 Bain de langage et enveloppe psychique

Dès les premiers jours, la mère va s'identifier à son bébé de façon régressive et va être particulièrement sensible à ses signaux. C'est la *préoccupation maternelle primaire* de Winnicott. Assez rapidement, la mère va même aller au-devant de ses capacités de communication, elle va reconnaître de façon anticipée ce que fera l'enfant sur le plan vocal ou gestuel, et donnera ainsi du sens à ces manifestations. Cette attitude est fondamentale et va permettre au bébé de progresser ; progrès qui stimuleront la mère en retour.

Au fil du temps, la mère, ou figure maternelle, va trouver un équilibre en faisant alterner la répétition et sa capacité anticipatoire. Tout en réutilisant les mêmes phrases, les mêmes intonations, les mêmes vocalises, la mère va y introduire de petites variations qui permettront à l'enfant d'acquérir le langage. Il y a ainsi un équilibre subtil qui se crée entre une dose suffisante de changement et d'insolite, pour éveiller et maintenir l'intérêt du bébé, et une continuité de base, pour établir sa confiance (Lanlay et Clément, 1990).

Nous retrouvons alors ici les qualités de l'objet contenant, qui, une fois intériorisées, permettent la constitution d'une enveloppe psychique *suffisamment bonne* (Ciccone, 2001). Outre les capacités maternelles de portage, de soutien, de holding (Winnicott), mais aussi de rêverie (en lien avec la fonction alpha de Bion), la capacité de l'objet (parental) à solliciter l'enfant ne doit pas être oubliée : il ne s'agit pas juste de le protéger et de répondre à ses besoins, il s'agit aussi de le solliciter, afin de maintenir son intérêt et de l'attirer vers des niveaux plus élevés de présence et d'expériences émotionnelles. Enfin, la répétition présente dans le comportement de la figure maternelle permet comme nous l'avons vu de garantir une certaine rythmicité, donnant ainsi au bébé une illusion de permanence, de continuité, et *in fine* un sentiment d'enveloppe.

### II.2.4 Chronologie des premières productions langagières

De la naissance à 1 mois, le bébé émet des cris, des pleurs, des sons végétatifs qui reflètent des besoins (sommeil, alimentation), puis ils constituent les préformes d'une communication avec son entourage. Selon les réponses que donne la mère ou le père, le bébé exprime toute une gamme de sensation (douleur, impatience, colère, satisfaction, et même plaisir).

A partir d'un mois, et avec l'acquisition d'une meilleure maîtrise de la respiration et du tractus vocal, les premières vocalisations se mettent en place (« aaaa », « iiiii », etc.). Puis apparaît le babillage (« ba », « pa », « ma », « po », etc.). Les premiers sons sont non spécifiques, en réponse à des stimuli eux aussi non spécifiques, puis le babillage s'enrichit sur le plan qualitatif. Monique Plaza évoque le « rôle certainement essentiel de cette activité phonatoire pour la formation des coordinations neuromotrices articulatoires » (Plaza, 2016).

Au niveau réceptif, le bébé a la capacité dans les premiers mois de vie de discriminer de nombreux phonèmes, même ceux absents de la langue maternelle. Au fil du temps, cette discrimination s'amenuise, l'expertise de la langue maternelle s'affine, le bébé commence par reconnaître la prosodie de sa langue, puis les phonèmes. A 6 mois, il ne discrimine plus que les phonèmes de sa langue, et à 8 mois le bébé perçoit la façon dont les phonèmes s'associent dans un mot.

Toujours sur le plan réceptif, la signification de quelques mots tels que « papa », « maman », « bain », est intégrée par un bébé de 4 mois. A l'âge de 12 mois, l'enfant en comprend une cinquantaine.

Revenons sur le plan expressif. C'est vers 6-8 mois qu'apparaît le babillage dit « canonique » (« mamama », « papapa », « bebebe », etc.). Dès lors, un dialogue s'instaure entre le bébé et son entourage. Il répond à la parole de l'adulte par une mélodie plus ou moins homogène et continue. Cette étape est repérée dans le carnet de santé à l'examen du neuvième mois par l'item « répète une syllabe : non / oui ». Ce babillage canonique est absolument fondamental dans l'acquisition du langage.

A partir de 8 mois environ, l'enfant différencie sa mère des « étrangers ». En son absence, le bébé va répéter les sons, les mélodies, émis par sa mère dans leurs échanges vocaux antérieurs. Le bébé, en s'appropriant l'intonation de la voix maternelle en la répétant et en la modulant, introjecte la présence de sa mère et peut dès lors mieux supporter la séparation : il « joue » la présence-absence. Par-là, le bébé se sert ainsi du langage comme d'un *objet transitionnel*. Nous y reviendrons.

Après 10 mois peut suivre une période de régression : le babillage peut régresser petit à petit au profit d'une période plus silencieuse. Parfois cette régression n'est pas observée et suit alors directement le petit langage.

### II.3 Le petit langage

Entre 10 et 12 mois, les premiers mots apparaissent, souvent en situation d'imitation : « papa », « maman », « donne », « tiens », « encore », etc.

A 12 mois, un enfant peut avoir acquis 5 à 10 mots, et en produit une cinquantaine jusque vers 16 mois.

A 16 mois apparaissent les premiers verbes et expressions.

Bien qu'un écart puisse s'observer dans l'âge et le rythme des acquisitions, leur ordre reste sensiblement le même. Un élément est en revanche invariant : la compréhension, passive (réception), précède toujours l'expression, active (production).

Durant cette période d'acquisition des premiers mots, l'enfant utilise un mot dont la signification dépend du contexte gestuel, mimique ou situationnel. C'est le « mot-phrase », dont la signification est en grande partie celle que donne l'adulte : « Tuteur » peut signifier « je vois une voiture », « c'est la voiture de papa », « j'entends une voiture », etc. Le langage accompagne toujours l'action, la renforce, mais ne s'y substitue pas, comme le précise M. Plaza.

Les premières combinaisons de 2 mots-phrases apparaissent vers 18-20 mois : « papa pati », « dodo bébé », etc. A cette même période apparaît la négation, soit sous sa forme « non », soit sous sa forme « pas » : « pas dodo », « pas pati », etc, introduisant l'enfant aux premiers maniements conceptuels et aux premières oppositions sémantiques. On retrouve ici le « troisième organisateur » de René Spitz : l'accession au « non » permettant à l'enfant d'accéder à une complète distinction entre lui-même et l'objet maternel (reconnaissance de soi), et *in fine* d'entrer dans le champ des relations sociales (Marcelli et Cohen, 2016a). Par ailleurs, le « non » est la première acquisition conceptuelle purement abstraite de l'enfant : ceci caractérisant l'accession au monde symbolique et la capacité nouvelle de manier des symboles (*ibid*). Nous y reviendrons également.

A 24 mois, le vocabulaire peut atteindre 200 mots. A cet âge, l'association de 2 mots est fondamentale et est inscrit dans le carnet à la page de l'examen obligatoire du 24<sup>ème</sup> mois : « associe deux mots : non / oui » (page 44 du nouveau carnet de santé).

Entre 2 et 3 ans a lieu un phénomène appelé « explosion du vocabulaire » (*spurt lexical*) : l'enfant produit relativement brusquement de plus en plus de mots, pouvant aller jusqu'à 3 à 4 mots nouveaux par jour.

Au fil du temps, la structure des phrases s'affine de plus en plus, avec l'apparition successive des énoncés d'affirmation, de négation, d'ordre, de constatation. Le « parler bébé » persiste quelques mois, avec des simplifications à la fois articulatoires, phonétiques et syntaxiques.

Il apparaît évident que le rôle de la famille est considérable à cette époque. Le « bain de langage » dans lequel baigne l'enfant est capital, au point qu'en l'absence de stimulation langagière, un appauvrissement ou un retard d'acquisition du stock lexical est constant, nous aurons l'occasion d'y revenir.

#### II.4 Le langage

La période de 2 à 5 ans est marquée par l'expansion du langage verbal, des images mentales, et des productions symboliques telles que les jeux de faire semblant.

Au fur et à mesure, le langage devient un moyen de connaissance, un substitut de l'expérience directe. L'enfant n'a plus besoin de commenter oralement ses moindres faits et gestes.

Après une période où l'enfant se désigne par « moi », puis une longue transition où il utilise « moi je », l'utilisation du « je », vers 3 ans, peut être considérée comme la première étape de l'accès au « véritable » langage.

A 3 ans également, l'enfant peut réaliser des phrases courtes de type sujet – verbe – complément (« papa parti travail »). Un item dans le carnet de santé vient vérifier cela : (« Fais des phrases de trois mots : non / oui », page 50).

Le langage s'enrichit, à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif (un enfant peut maîtriser jusqu'à 1500 mots entre 3 ans ½ et 5 mois, sans forcément qu'il n'en saisisse le sens exact). Cet enrichissement se fait grâce à deux types d'activité langagière (Bouton, 1979) :

- Une activité verbale dite « libre », lors de laquelle utilise toujours une « grammaire » autonome, établie à partir du petit langage.

- Une activité verbale « mimétique », lors de laquelle il répète à sa façon le modèle de l'adulte, grâce auquel il acquiert progressivement des mots et des constructions nouvelles qui sont par la suite réinvestis dans l'activité « libre ».

Ceci montre de nouveau la constante interaction entre les stimulations provenant de l'entourage de l'enfant et ses acquisitions langagières.

Entre 4 et 5 ans, l'organisation syntaxique du langage verbal se complexifie, de sorte que l'enfant peut se passer de tout support concret pour communiquer. Il utilise alors le conditionnel et des subordinations (« qui », « parce que »). Il passe ainsi du langage implicite au langage explicite qui se suffit à lui-même ; le langage implicite étant celui dont la compréhension du message verbal nécessite des informations extra-linguistiques supplémentaires (pointing, gestes, etc.).

Tous les éléments évoqués jusqu'à présent n'évoquaient quasiment que les capacités d'expression. Le tableau 1, ci-dessous, les reprends et inclue les capacités de compréhension.

Âge	Compréhension	Expression
6–9 mois	Son prénom, « NON ! »	« A-reu »
7–12 mois	Ordre simple avec geste (« viens », « donne », etc.)	Babillage canonique <sup>1</sup> (syllabes CV redoublées).
10–16 mois	Ordre simple sans geste	Papa, maman
16–20 mois	Montre certaines parties du corps (1 à 5)	6–8 mots, début jargon intonatif
18–24 mois	Ordre double (2 consignes successives ou combinées)	Associe 2 mots ; dit environ 20 mots ; jargon intonatif ++
24–30 mois	Désigne 4 à 8 images (objets de la vie quotidienne)	Dit 50 mots environ (déformés ou non, mais compréhensibles)
3 ans	Négation grammaticale, différencie singulier/pluriel	« Phrases » associant au moins 3 mots avec organisation syntaxique correcte

**Tableau 1 – Quelques repères des capacités de compréhension et d'expression en fonction de l'âge**

<sup>1</sup> : Boysson-Bardies, 1996

CV : consonne – voyelle

Source : Glasel H., Mazeau M. *Troubles du langage oral : le diagnostic d'une dysphasie*. In Glasel H. et Mazeau M. *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant*. Paris : Masson. 2017:89-129.

Le tableau en Annexe 1 reprend en détails le développement du langage dans son versant compréhension et expression en fonction de l'âge (Brin et al., 1997).

## **SIGNES D'ALERTE**

Certains signes doivent particulièrement alerter :

- à 18 mois : l'absence de babillage canonique
- à 24 mois : si l'enfant dit moins de 50 mots de vocabulaire et/ou n'associe pas 2 mots
- à 3 ans si l'enfant ne comprend pas les ordres simples émis sans faire de gestes (« viens », « donne », « prends », etc.) et/ou si l'enfant ne fait pas de phrases de 3 mots organisées et syntaxiquement correctes.

*Ces signes sont issus de la **Haute Autorité de Santé (HAS)**, et sont repris de façon plus exhaustive en **Annexe 2**.*

## **III Acquisition linguistique : différentes théories**

Initialement vus comme un don de Dieu selon la théorie créationniste, le langage et son acquisition ont été théorisés par la suite de multiples manières (modèle behavioriste, modèle innéiste et nativiste de Chomsky, théorie interactionniste de Bruner, théories au sujet de la pragmatique. Nous ne reprendrons ici que les travaux opposés de Piaget et Vygotski.

### **III.1 Le développement selon Piaget**

Jean William Fritz Piaget, biologiste et psychologue suisse, s'intéressait au fonctionnement et aux étapes permettant à un enfant d'acquérir des connaissances. Selon lui, l'acquisition de l'intelligence se fait activement, « comme une équilibration continue et progressive » (Piaget, 1952). L'expérience a pour lui uniquement le rôle d'activer la raison. C'est donc *l'action* qui est au point de départ de la vie, non la *conscience*. Il définit l'intelligence en termes de capacités d'adaptation au milieu dans lequel se trouve le sujet ; adaptation qui s'opère par 2 fonctions : *l'assimilation* et *l'accommodation*, qui doivent s'équilibrer pour aboutir à un système stable. « Comme l'organisme assimile le milieu (ou se l'incorpore) et se transforme sous la pression du milieu (ou s'y accommode), l'intelligence assimile les données de l'expérience à ses cadres (schèmes moteurs ou concepts) et modifie sans cesse ces derniers pour les accommoder aux données nouvelles de l'expérience » (Piaget, 1977).

Piaget présente 3 grandes étapes dans sa théorie du développement :

- Le *stade sensori-moteur* : de la naissance à 2 ans. Le nourrisson développe une intelligence sans pensées ni représentations, sans langages, sans concepts. L'intelligence est uniquement *pratique*, faisant intervenir la perception, les attitudes, les mouvements. Cette intelligence est sans évocation symbolique, faute de langage. L'élément principal de la logique sensori-motrice est le *schème d'action*, équivalent du *concept* de l'intelligence opératoire ; ce terme étant défini comme la capacité de généralisation lors de la répétition de l'action en des circonstances semblables.
- Le *stade de préparation et d'organisation des opérations concrètes* : de 2 ans à 11-12 ans. Il est fait de la période dite *pré-opératoire*, dans laquelle domine la *représentation symbolique* (Piaget, 1978), de 2 à 7 ans. La fonction symbolique, ou sémiotique, est la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues en se servant de signes ou de symboles, autrement dit la capacité à se représenter mentalement des objets. Les moyens d'évocation sont multiples : le langage bien évidemment, mais aussi l'imitation différée, le dessin, l'image mentale et le jeu symbolique. Suit la période dite des *opérations concrètes*, allant de 7 à 11-12 ans, pendant laquelle l'enfant acquiert la réversibilité de la pensée : il peut dès lors élaborer des opérations de classification et de sériation en même temps que se constituent les invariants de substance, poids et volume. A ce stade, l'intelligence de l'enfant n'opère que sur du concret, elle ne peut pas encore envisager la réalisation d'hypothèses.
- Le *stade des opérations formelles* : de 11-12 ans à 16 ans. Peu à peu, l'enfant se libère du concret, peut penser le possible et raisonner de façon abstraite. Dès lors, la pensée formelle apparaît ainsi que le raisonnement hypothético-déductif. La première opère sur un matériel symbolique comme le langage ou le symbolisme mathématique, le deuxième est défini par la capacité à déduire des conclusions à partir d'hypothèses et non plus grâce à une observation réelle et concrète.

### III.2 Jean Piaget : constructivisme cognitif et rôle secondaire du langage

Pour Piaget, les compétences linguistiques sont le résultat de l'intelligence sensori-motrice. Ces compétences seraient dépendantes de la pensée et de la fonction symbolique qui apparaîtraient avant le langage. C'est donc la cognition qui permettrait secondairement le développement du langage.

Selon lui, le développement de l'enfant se fait de l'individuel vers le social, ce qui sera tout l'inverse chez Vygotski.

Quant au *langage égocentrique*, la théorie de Piaget est qu'il n'a pas un but d'échanges sociaux avec autrui (Piaget, 2002). Ce langage n'a pour lui aucune fonction de communication, il accompagne juste l'activité et les expériences vécues de l'enfant, n'y apportant aucune modification. Le *langage égocentrique* est donc un langage non socialisé, pour lui-même, pour sa propre satisfaction, l'enfant ne visant pas à se placer du point de vue de son interlocuteur. Selon Piaget, ce langage est voué à disparaître aux alentours de 7-8 ans, au seuil de la scolarité.

### III.3 Lev Vygotski : constructivisme social et rôle primordial du langage

Psychologue russe du début du XX<sup>ème</sup> siècle, Lev Vygotski développe une théorie dans laquelle le développement des fonctions psychiques dites supérieures est le fruit de l'évolution historique et culturelle de la société. Chaque individu construit avec le temps ses propres pratiques, ses propres instruments psychologiques, et donc sa propre culture. Chaque individu, membre de cette société, développe ses fonctions psychiques supérieures en intériorisant progressivement la culture, véhiculée et mise à disposition dans les élaborations collectives. Cette relation sujet-environnement permettant le développement est donc médiatisée par le groupe social autour de l'enfant.

La notion de groupe social, donc la présence d'adulte, évoque la notion d'asymétrie. Élément central dans la théorie de Vygotski, cette asymétrie permet à l'enfant d'apprendre tout en s'appuyant sur la présence d'un adulte ou d'un pair plus expérimenté : c'est la *zone proximale de développement* (Vygotski, 1985), définie par la distance entre ce que l'enfant peut faire seul et ce qu'il peut effectuer avec l'aide d'un tiers. Cette zone délimite l'espace dans lequel doit se faire l'apprentissage. La transmission culturelle est donc médiatisée par l'adulte au travers des interactions sociales, elles-mêmes médiatisées par ce que Vygotski appelle les *instruments psychologiques*.

Il définit ces instruments psychologiques comme des « élaborations artificielles » : les symboles algébriques, les différentes formes de calcul et de comptage, les œuvres d'art, l'écriture, ou encore le langage !

Concernant le langage chez l'enfant Vygotski le théorise à l'opposé de Piaget. Pour Vygostki, le langage a d'emblée une fonction de communication, il est avant tout un moyen d'échange et d'action sur l'entourage. Selon lui, c'est sur cette base sociale qu'apparaît le *langage égocentrique*, étape clef du développement de l'enfant, permettant le passage des fonctionnements inter-psychiques aux fonctionnements intra-psychiques. La fonction du *langage égocentrique* n'est pas seulement un commentaire ou l'accompagnement d'une activité en cours, mais est bien une forme de raisonnement, de planification et de régulation de l'activité. Pour étudier cela, Vygotski propose aux enfants des activités lors desquelles sont introduites des difficultés perturbant leur déroulement. Il observe alors une augmentation non négligeable de la production langagière spontanée lorsque l'enfant y est confronté. Ce *langage égocentrique* témoigne donc d'une prise de conscience de la difficulté et lui permet de s'orienter mentalement, de réfléchir et de trouver des solutions face aux difficultés rencontrées. Ce type de langage est donc fondamentalement liée à la pensée de l'enfant.

Au cours du développement, ce *langage égocentrique* va devenir un *langage intérieur*. Désormais, l'enfant est capable de penser sans prononcer de mots ; le langage intérieur devient alors une *pensée intérieure*.

Pour Vygostki, le développement du langage est lié à deux éléments. Un premier, *verbal*, correspondant à la communication en tant que telle avec l'entourage. Et un deuxième, *intellectuel*, correspondant à la construction des représentations. C'est l'articulation des deux qui permet selon lui l'accès au langage. Le développement du langage et de la pensée prend donc racine dans le *dialogisme*. C'est au fil du temps, en intériorisant progressivement les régulations et les ajustements pratiqués dans le dialogue avec autrui que l'enfant arrive au *monologisme*, autrement dit à la prise en charge solitaire de la planification de son discours, comme cela existe par exemple dans le langage écrit.

Bien que la théorie de Vygostki puisse sembler dépassée, elle nous semble toujours d'actualité pour plusieurs points :

- Zone proximale de développement et apprentissages
- Fonctionnement régulateur et planificateur du langage intérieur
- Passage du *dialogisme* au *monologisme*

### III.4 Un changement de perspective

Nous l'avons vu, un bébé en interaction avec son environnement peut extraire des invariants langagiers, mais aussi penser, réfléchir, etc. Cette pensée dite « préverbale » précède bien la mise en place des structures langagières.

Depuis Piaget, ces pensées ont longtemps été considérées comme « archaïques », uniquement liées au développement sensori-moteur et ancrées dans le concret, l'expérientiel, le perceptif. Seul le « véritable » langage verbal permettait à l'enfant d'entrer dans l'abstrait, de concevoir un certain niveau de symbolisation. Ainsi, le langage était considéré comme « l'outil qui construit la pensée logique et la conceptualisation » (Glasel et Mazeau, 2017, p97).

Puis, linguistes et professionnels de la petite enfance ont réalisé que dans les premiers mots produits par l'enfant, nombreux sont ceux dont la référence n'est pas concrète : « encore », « fini », etc. « L'accès à la signification de ces termes reflète déjà une certaine capacité d'abstraction de haut niveau » comme le soulignent Glasel et Mazeau (*ibid*). De même, lors des premières petites phrases, les erreurs par généralisation syntaxique sont nombreuses (« *ils sontaient* » pour « *ils étaient* » par exemple) et montrent comment, avant de « posséder » le langage, l'enfant a su extraire des règles très complexes mais aussi très implicites. Les capacités à extraire des règles et des invariants, et à les catégoriser, étant bien des capacités d'abstraction, on considère aujourd'hui qu'une « capacité de catégorisation est un préalable à l'acquisition du langage » (Lecuyer, 2004, cité par Glasel et Mazeau).

Ainsi, « la parole *structure* la pensée et surtout permet l'*échange* des pensées, ce qui engendre d'autres pensées, mais les enfants pensent bien avant la parole » (Schmid-Kitsikis et al., 1991).

## IV Langage, pensée, et émergence du symbolique

Comme le souligne Bernard Golse, « une des fonctions (pas la seule) étant d'exprimer la pensée, l'émergence du langage ne peut s'effectuer chez l'enfant que si celui-ci accède à la pensée symbolique et acquiert des représentations internes suffisamment stables » (Golse, 1990, p151).

#### IV.1 Des précurseurs nécessaires

L'accès de l'enfant au système symbolique est précédé par nombre de précurseurs qui relèvent de l'interaction et de l'affectivité entre l'enfant et son entourage proche (pairs, fratrie, parents, etc.). Du fait de la valeur communicative de certains comportements, ceux-ci sont des précurseurs de l'acquisition du langage (Plaza, 2016) :

- Processus de désignation : gestes, postures, vocalises, dont le but est d'attirer l'attention de l'autre sur un objet
- Processus de déixis : utilisation de caractéristiques spatiales, temporelles et interpersonnelle pour désigner un référent présent dans la situation d'énonciation ou accessible à partir d'elle
- Processus de dénomination : utilisation d'éléments lexicaux pour désigner les événements extralinguistiques de l'univers connus de l'enfant et de l'adulte proche

Mais ces précurseurs dépendent eux aussi du développement d'une capacité fondamentale : l'attention conjointe.

#### IV.2 Importance du regard, trans-subjectivité et émergence du langage

Serge Stoleru et Serge Lebovici, dans le Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, évoquent l'importance du regard dans la communication parent-nourrisson et soulignent le retentissement majeur de ces *dialogues œil à œil* sur les affects maternels (Stoleru et Lebovici, 1995).

Dans un article de 2009, le Professeur Daniel Marcelli établit un lien fort entre l'engagement par le regard et l'émergence du langage (Marcelli, 2009). Dès les premières étapes du développement, l'intrication entre le regard et le langage et leur « fantastique correspondance » sont pour lui fondamentales. Il nous raconte dans cet article « cette aventure sous la forme d'une pièce en sept actes », que nous allons reprendre :

- Les yeux dans les yeux, la naissance : de 0 à 3 mois
- L'attention partagée : de 3 à 6 mois
- L'attention conjointe : de 6 à 9 mois
- La présentation au miroir : entre 6 et 8-10 mois
- Le pointage : de 9 à 18 mois

- Le square : de 12 à 16 mois
- Le « non » : de 18 à 30 mois

#### IV.2.1 Les yeux dans les yeux, la naissance

« *Même si le sein est à portée de sa bouche [le nouveau-né] sera d'abord beaucoup plus intéressé par le visage de sa mère, et surtout par ses yeux : le regard du nouveau-né devient concentré, intense, profond* ». Telle est la phrase de Pilliot (Pilliot, 2006) que reprend Daniel Marcelli pour montrer à quel point le besoin d'accrocher le regard d'un autre humain semble prévaloir sur toute autre attitude.

A la naissance, le bébé est dans un état de relative prématurité, le réflexe de détournement du regard n'est pas présent, ce qui permet « l'accrochage les yeux dans les yeux ». De plus, le système visuel n'étant encore qu'insuffisamment développé, le bébé ne voit réellement bien que jusqu'à 30 cm environ, soit la distance du sein (tétée ou portage) au visage de la mère. Le regard du nouveau-né plonge alors dans celui de sa mère, et ce d'autant plus qu'à cet âge les réflexes de contraction pupillaire et d'accommodation n'étant pas encore efficaces, le bébé a un « regard » en mydriase naturelle, constituant alors un attracteur très puissant pour l'adulte (telles les *Belladonne* de la Renaissance en Italie). Ainsi, la vision est un véritable support de la communication humaine intersubjective. Lors de ce partage de regard, celui du bébé sur cette femme fait d'elle une *mère*, et celui de cette mère sur son bébé fait de lui un *être humain à part entière*. Il s'agit ici, pour le Professeur Marcelli, du fondement de la *trans-subjectivité*.

#### IV.2.2 L'attention partagée

Durant cette période allant de 3 à 6 mois de vie, les échanges visuels de la figure maternelle avec son enfant, après la tétée, le bain ou au moment du coucher par exemple, constituent de véritables séquences d'engagement/désengagement ponctuant la relation. Ces échanges visuels, de l'ordre d'une à deux minutes, soit bien plus long que dans toute espèce animale, s'accompagnent toujours d'une « intense expression mimique, prosodique et tonicogestuelle » (p489), d'abord de la mère envers son bébé, puis, progressivement à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de vie du bébé vers sa mère. Ces phénomènes d'imitations précoces et croisées ont été expliqués de manière anatomique et neurophysiologique par la découverte des *neurones miroirs*.

### IV.2.3 L'attention conjointe

A partir de 4-5 mois, la mère va introduire un « objet » tiers entre son regard et celui du bébé : sa main d'abord (jeu de marionnettes par exemple), puis un véritable objet (doudou, hochet, etc.). Par ce comportement, la mère souhaite montrer à son enfant le « spectacle du monde » plutôt que de rester éternellement dans un rapport dyadique en face à face. La mère, en décrivant l'objet à son enfant, va accepter que celui-ci se désintéresse temporairement d'elle. Le bain de langage crée alors un nouvel espace permettant à la dyade de se tourner vers le monde extérieur, préfigurant ainsi la triangulation œdipienne.

### IV.2.4 La présentation au miroir

Il s'agit de la situation où un parent présente son enfant devant un miroir, autre que le visage de sa mère comme le disait Winnicott. Dans un premier temps, l'enfant regarde ce qu'il connaît, le visage du parent. Puis, dans un jeu de regard, le parent regarde le reflet de son enfant, le pointe du doigt dans le miroir et le nomme, tout en l'incitant à regarder : « là, regarde, c'est Camille ! ». Nommer l'enfant l'inscrit dans son identité, l'inciter à regarder son reflet permet la naissance du narcissisme.

### IV.2.5 Du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif

Le pointage proto-impératif est destiné à obtenir un service de la part d'un adulte proche en désignant l'objet du doigt. Ce pointage est le premier à apparaître chez le bébé, un peu avant 1 an, et est aussi présent chez les primates supérieurs. Puis apparaît par la suite le pointage dit proto-déclaratif, spécifique à l'espèce humaine, par lequel le sujet désigne un objet au partenaire en utilisant l'attention conjointe.

Daniel Marcelli montre que c'est la mère qui instille à son bébé la part *déclarative* lorsqu'il tend son bras de manière impérative pour capter un objet. « Tu veux ton doudou ? », telle est une *inter...diction* de la mère envers son bébé qui lui pointe sa peluche. Ce dire, qui s'interpose entre le geste et l'objet, sert à *mettre en mot* la demande, mais surtout à encourager le bébé à détourner ses yeux de l'objet vers le regard maternel, pour ensuite regarder de nouveau l'objet. Après un « ballet des regards », la mère marque la reconnaissance de l'intention de son enfant. Après quelques semaines, le bébé tend à la fois la main vers un objet, et interpelle en même temps l'adulte par le regard. C'est le début du pointage proto-déclaratif, qui peut s'accompagner d'un son articulé.

Cette dernière forme de pointage est un prérequis fondamental à l'apparition du langage. En effet, ce geste s'appuie sur la construction d'un indice permettant un lieu commun d'échanges et de discours. De plus, ce type de pointage est un fondement de la théorie de l'esprit : « le pointage sert précisément à partager un intérêt commun et à relier grâce au fil immatériel des regards le geste, le mot et l'objet dans un ensemble cohérent » (p492).

« Désormais, le jeune enfant sait qu'en partageant un regard on peut aussi partager un intérêt, une idée commune, un commentaire sur le monde, tout cela dans un 'bain de plaisir' » (*ibid*).

#### IV.2.6 Le square

D. Marcelli reprend dans cet « acte » la scène du parent amenant son enfant au square pour lui permettre d'agrandir son espace d'exploration. Dans un premier temps, l'enfant est à proximité de son parent, puis, intéressé par l'activité d'autres enfants qui jouent ou d'un élément de décor lointain, il va s'éloigner doucement, sous surveillance parentale « du coin de l'œil ». Arrivé non loin de ce qui l'intéresse, l'enfant cherche du regard sa mère, son père. Dans la mesure où le square est protégé, le parent, tout en regardant son enfant va l'autoriser à s'éloigner. Ainsi rassuré par ce partage d'intention, l'enfant s'éloigne et découvre le monde qui l'entoure.

Comme l'auteur le souligne, le croisement des regards, après l'avènement de la marche, constitue un filet protecteur qui autorise une exploration sécurisée. Cela rejoint ainsi le concept de *base de sécurité* de la théorie de l'attachement (Guedeney et Guedeney, 2002) ; *base de sécurité* permettant une plus grande exploration du monde environnant.

#### IV.2.7 Le « non » : marqueur symbolique de la différenciation

Daniel Marcelli reprend dans cette partie la théorie de René Spitz sur le troisième organisateur dans *Le non et le oui - la genèse de la communication humaine* (Spitz, 1962). Le non est fondé sur 2 fonctions opposées, survenant dans des situations différentes : s'identifier à l'agresseur et se différencier du parent.

La première consiste en l'intériorisation et l'appropriation d'un interdit, s'identifiant alors à la figure parentale. D. Marcelli donne alors l'exemple suivant : « Maxime, 24 mois, s'approche d'un bibelot que sa mère lui a vivement interdit de toucher quelques minutes auparavant. Mais elle est à présent en train de bavarder avec des amis et ne prête pas attention au petit garçon. Celui-ci tend alors la main vers l'objet, hésite, puis dit doucement : « non, non, non » avant de

retirer sa main » (p492). Ainsi, il s'identifie à sa mère. Et Marcelli de conclure, « Le 'non' de l'identification repose sur l'absence de celui qui a posé la limite et auquel l'enfant s'identifie, se 'soumet' » (*ibid*).

Le « non » de l'opposition, survient en situation de face à face avec le parent : âgé de 20/24 mois, l'enfant regarde son parent *dans les yeux*, refusant d'obéir à ce qu'il lui demande, et pouvant même au début de cette phase d'opposition s'accompagner d'un « non ! ». Comme le précise Marcelli, « il y a une incontestable jubilation chez l'enfant dans l'appropriation de cette faculté nouvelle pour lui de s'opposer » (p493). En disant « non », l'enfant cherche à s'affirmer, se *différencier*, et s'approprie cette faculté nouvelle pour s'opposer. L'échange de regard, dans cette situation, bascule alors dans le champ du symbolique : l'enfant interroge son parent et attend que celui-ci se manifeste, soit pour marquer l'approbation de la marque de différenciation, soit pour marquer l'expression du désir qu'il obéisse.

### IV.3 Des systèmes « pré-symboliques »

Plusieurs psychanalystes ont décrit de tels systèmes, permettant l'accès à la pensée symbolique et au langage. Nous en décrivons ici quelques-uns.

#### IV.3.1 Les pictogrammes de Piera Aulagnier

##### *IV.3.1.1 Quelques notions freudiennes*

Avant d'évoquer ces « pictogrammes », rappelons les différentes *traces psychiques* distinguées par Freud (Freud, 1925) :

- Des inscriptions psychiques non remémorables, autrement dit des traces inconscientes d'expériences traumatiques. Il s'agit ici de *représentations de choses*, d'inscriptions brutes, non symbolisées, d'expériences sensori-affectives ou d'images mnésiques d'un objet.
- Des inscriptions psychiques remémorables, conscientes ou préconscientes, disponibles sous forme de souvenirs. Il s'agit ici de *représentations de mots*, de représentations symbolisées, liées à la verbalisation et dont le refoulement est possible.

La représentation consciente se forme alors à partir d'une connexion entre la représentation de mots et la représentation de choses correspondantes. Ainsi naît la possibilité de « l'acte de penser » (Freud, 1895).

#### IV.3.1.2 Pictogrammes et processus originaires

En 1975, Piera Aulagnier, psychiatre et psychanalyste d'origine italienne, développe la notion de « pictogramme » pour décrire la forme originaires de la représentation (Aulagnier, 1975). Cette notion concerne chez le bébé les mouvements de représentation issus de ses premiers ressentis, alors qu'il est encore dans une symbiose avec sa mère. Ce type de représentation « originaires » prend forme dans un état d'indifférenciation entre une zone érogène, la bouche, et l'objet source de plaisir et d'excitation, le sein. Piera Aulagnier parle alors d'*objet-zone complémentaire* : le sujet et l'objet sont fusionnés sensoriellement dans une « indissociation éprouvant-éprouvé » (*ibid*).

Cette jonction sensorielle est pour elle fondatrice de l'activité de représentation : c'est à partir de cet éprouvé corporel, de plaisir ou de déplaisir, que va pouvoir se construire la pensée. Sophie Barthélémy, psychologue clinicienne, prend l'exemple de la rencontre de la bouche du bébé avec le sein de sa mère : c'est à partir de cela « que l'enfant pourra halluciner, sous la forme pictographique, la présence du sein lorsqu'il est absent » (Barthélémy, 2012, p12). Le pictogramme a donc un rôle fondamental dans le développement psychique : métaboliser l'expérience en une représentation.

Ces pictogrammes sont donc un « fond représentatif » constitué à partir de la sensorialité. Cette représentation pictographique ne s'inscrit ni dans le *processus primaire* (représentation fantasmatique), ni dans le *processus secondaire* (activité signifiante et idéique du discours), mais dans le *processus originaires*, premier temps d'accès psychique à partir de *traces sensorielles*.

L'importance de ces traces sensorielles se retrouve dès la théorie freudienne, « Le Moi est avant tout un Moi corporel » (Freud, 1923), mais aussi dans le *holding* de Winnicott, dans le *Moi-peau* de Didier Anzieu, ou encore dans le concept d'*enveloppe psychique* repris par Albert Ciccone, pour ne citer que ceux-là. Toutes ces théorisations font appel à un *portage physique et psychique contenant*, donc sensoriel, à un moment ou à un autre.

#### IV.3.2 Fonction alpha de Bion, fonction contenantante

Wilfred Bion, psychiatre et psychanalyste britannique, construit en 1962 le modèle du *contenant-contenu* dans lequel l'expérience confuse et chaotique du bébé nécessite la présence d'un contenant pouvant accueillir et transformer cette expérience (Bion, 1962). Nous retrouvons d'ores et déjà la notion d'*enveloppe psychique* de Ciccone (Ciccone, 2001). Le

contenu projeté du bébé, appelé *éléments bêta*, est appareillé au contenant, sous réserve que les deux sujets soient dans une intersubjectivité *suffisamment bonne*. Cet objet contenant transforme alors ces *éléments bêta* en *éléments alpha*, disponibles pour la pensée. Le contenant-contenu ainsi formé est réintrojecté par le bébé, et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé.

Cette fonction de transformation qu'accomplit l'objet contenant (la figure maternelle ou paternel) est appelée *fonction alpha*, et elle constitue pour de nombreux auteurs le premier pas dans l'activité de pensée. Cette fonction alpha est pour Bion tributaire de la capacité de rêverie de la figure maternelle, et c'est dans cette rêverie que va commencer le processus de formation du symbole et de la pensée.

Par conséquent, la fonction contenante de l'objet (maternel, paternel, ou plus largement de la figure d'attachement), est une *fonction symbolisante*. Dit autrement, « ce qui contient, ce qui détoxique l'expérience, c'est le processus de symbolisation » (Ciccone, 2001, p85).

Pour reprendre le « mamananais », mais aussi le « papanais » comme le souligne le Professeur David Cohen<sup>1</sup>, on imagine bien comment cette prosodie particulière a en elle-même une fonction contenante et d'apaisement. Comme le fait remarquer Albert Ciccone, si le bébé ne rencontre pas un objet capable d'assurer cette fonction apaisante et symbolisante, capable de supporter les identifications projectives du bébé, ce dernier va réintrojecter sa détresse augmentée des failles ou échecs de l'objet (*ibid*). Il réintrojecte alors ce que Bion a appelé une « terreur sans nom », et qui peut se rapprocher de l'« agonie primitive » de Winnicott (la mère ayant ici une fonction de *Moi auxiliaire*) (Winnicott, trad 2000). Dans cette *agonie primitive*, le bébé vit alors des expériences de « mort psychique », d'« anéantissement de la subjectivité » (Roussillon, 1999). Considérant cette sidération psychique extrême, nous imaginons bien à quel point le développement de la pensée et du langage, entre autres, peut être particulièrement entravé.

Nous voyons donc bien ici la nécessité d'un milieu affectif sûr, que nous évoquerons ultérieurement.

---

<sup>1</sup> Conférence intitulée « Épigénétique et neurodéveloppement » donnée le 17.09.18 lors des Seizièmes Rencontres de Perfectionnement des Pédopsychiatres de service public : « Développement, environnement, besoins fondamentaux de l'enfant. Quelle place pour la pédopsychiatrie ? »

#### IV.4 Langage et séparation-individuation : la capacité à évoquer l'absent

Nous l'avons vu, l'acquisition progressive du langage et du jeu avec les mots permettent à l'enfant de « jouer » la présence-absence de sa mère. Le mot apparaît dès lors comme un *objet transitionnel*. Le langage permet de « passer de la gestion de la distance à la tolérance de l'absence : la communication mimique gestuelle reste inscrite dans le registre de la dénomination et de l'indication tandis que l'utilisation du langage permet l'évocation de l'absent » (Plaza, 2016, p156).

Puis, l'accès à un langage de plus en plus développé va être l'occasion pour l'enfant de poursuivre ce désengagement de la relation qu'il entretient avec sa mère, notamment avec la capacité d'associer deux mots à 2 ans,

Dans son livre *Soleil noir – dépression et mélancolie*, Julia Kristeva insiste sur l'hyperinvestissement de la voix chez le sujet dépressif en tant que défense envers le deuil douloureux et impossible de l'objet primaire. Or, l'arrivée du langage chez l'*infans* (étymologiquement : *celui qui ne parle pas*) va précisément se jouer sur la toile de fond de cette thématique de séparation (différenciation progressive entre le sujet et l'objet), la naissance psychique pouvant en quelque sorte être appréhendée dans les termes d'un travail de deuil physiologique fondamental et fondateur (Lanlay et Clément, 1990).

Partant de cela, l'investissement par le bébé des éléments supra-segmentaux du langage peut correspondre en partie à une identification primaire à la mère, à travers sa voix. Nous retrouvons ici la notion d'identification adhésive du bébé : bébé qui cherche à garder en lui quelque chose de cet objet primaire dont il doit pourtant nécessairement se séparer.

Ce processus identificatoire qui fait lien, cet investissement de la partie non articulée de la voix maternelle, va permettre la mise en place de tout un aspect de l'*accordage affectif* (D.Stern), et met aussi en évidence l'intérêt de parler aux bébés sans attendre qu'ils comprennent, cognitivement parlant, le sens exact de nos paroles (Lanlay et Clément, 1990).

Pour reprendre Bernard Golse, « pour pouvoir parler à (quelqu'un), encore faut-il être *hors de*, sans fusion, sans symbiose, sans interpénétration » (Golse, 1990, p150). On comprend d'ailleurs pourquoi les enfants autistes et psychotiques ne parlent pas, ou du moins ne parlent pas à, précise-t-il.

Ainsi, quoi que disent nos paroles, elles parlent « de cette séparation qui nous fait exister en tant que sujet, de cette séparation si douloureuse mais si nécessaire car fondatrice de notre naissance psychique » (*ibid*).

Le langage ne peut advenir que là où il y a différenciation, autrement dit séparation. Tel est un des grands paradoxes du langage, lui qui cherche à réunir les individus.

#### IV.5 Du Moi-peau au Moi pensant

« Le Moi est avant tout un Moi corporel », « le Moi conscient est avant tout un Moi corps », telles étaient les phrases de Freud en 1923. En s'appuyant sur ces formulations, Didier Anzieu, psychanalyste et professeur émérite de psychologie, propose en 1974 sa théorie du Moi-peau (Anzieu, 1974), et pose un double postulat : celui d'un étayage du psychisme sur le corps biologique, et celui de la distinction entre ce qui est de l'ordre *du penser* et ce que l'on appelle habituellement *les pensées*.

Les pensées sont multiples, elles peuvent être des mots, des choses, des émotions, des fantasmes, des sentiments, etc. Une auto-organisation interne chez le sujet est donc nécessaire pour que ces pensées soient pensables. C'est cela que Anzieu nomme *le penser*. Autrement dit, le penser est la capacité à penser ses pensées.

Sa théorie est basée sur 3 niveaux distincts mais en interrelation permanente : la peau, le Moi, le penser. « Chaque niveau s'articule au précédent par un processus dialectique d'emboîtement retournement (qui ajuste, transpose, modifie l'organisation précédente, tout en conservant des traces de sa structure). Chaque niveau appelle l'organisation suivante (qui joue envers lui un rôle d'attracteur). Au niveau biologique, la peau contient les organes, les tissus, l'ossature du corps. Au niveau psychologique, le moi contient les sensations, émotions, actions, fantasmatisations. Au niveau intellectuel, le penser contient les pensées, les représente par des signes, les organise en catégories et en théories » (Anzieu, 1993, p148).

Par conséquent, toute pensée est une pensée passée par les sens et la motricité, par le corps. Partant de là, la constitution des premières enveloppes chez le bébé apparaît comme fondamentale. Cette évolution va permettre le passage des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques : l'enveloppe corporelle étaye l'enveloppe « Moi », qui étaye à son tour l'enveloppe « pensée ».

Le portage, le bain de langage, la relation mère-bébé, et plus généralement du bébé puis de l'enfant avec les objets parentaux, nous semble donc jouer un rôle primordial dans l'acquisition des processus de penser.

#### IV.6 Penser l'autre, être pensé par l'autre : théorie de l'esprit, empathie et communication

Partant de la découverte des neurones miroirs et de leur activation en simple situation d'observation d'autrui en train de réaliser une action, Nicolas Georgieff suppose la mise en jeu d'un système de codage de l'action qui permettrait une relation transitive entre individus. Ce système serait mobilisé dans les interactions sociales et basé sur le partage d'intentions et d'actes (Georgieff, 2005). Cela entraînerait des « représentations partagées » entre soi et autrui, autrement dit des représentations communes à celui qui exécute et celui qui perçoit l'action.

Comme le souligne Georgieff, le fait de se centrer sur l'action pose le problème du « saut » de la motricité au psychique et au langage. Pour Lipps, philosophe admiré de Freud et repris par Pigman, ce seraient les impulsions motrices automatiquement induites par la vue de l'expression de l'émotion sur le visage d'autrui qui permettrait le fait de ressentir l'état affectif correspondant (Pigman, 1995). Par conséquent, la vision de l'expression de l'autre correspond à une sorte d'imitation interne. Comme le montrent les recherches actuelles : la perception de l'action correspond à l'activation d'une représentation de celle-ci (Georgieff, 2005).

Grâce au pointage proto-déclaratif et à l'attention conjointe, l'enfant essaie de faire partager à autrui l'objet de son attention, ou réciproquement, il s'intéresse à l'objet de l'attention d'autrui. Ce partage de représentations mentales est alors le signe d'une activité mentale commune.

Nicolas Georgieff considère que cette tendance au partage d'états mentaux est le but même des mouvements d'interaction et de communication avec autrui, évoquant le terme de « pulsion de partage », qui vise à reproduire chez l'autre des états émotionnels et mentaux identiques aux siens, devenant alors source d'un plaisir ou d'une satisfaction propre. « Le langage constituera le moyen le plus adapté de susciter cette contagion, cette communication au sens propre d'une induction chez l'autre d'une activité mentale analogue à la mienne, qui s'exprime dans le fait d'être 'compris' » (*ibid*, p24).

Cette dernière phrase fait pour nous écho à celle d'Albert Ciccone, « un sujet qui ne se sent pas compris d'un autre ne peut pas en apprendre grand-chose » (Ciccone, 2001, p97). Ces deux phrases soulignent bien l'importance de l'intersubjectivité, de la relation interpersonnelle mère-bébé, *caregiver*-bébé, dans laquelle chacun des protagonistes apprend de l'autre que s'il se sent lui-même « compris ».

Ainsi, la communication est régie par la compréhension mutuelle des intentions sous-jacentes aux actes de paroles, autrement dit régie par la mise en jeu de la théorie de l'esprit, ou mieux encore par la notion d'empathie étant donné la prise en considération des états émotionnels dans celle-ci.

La pragmatique du langage illustre bien cela : elle suggère que l'organisation et l'emploi du langage signifie que l'accès aux intentions et aux états mentaux de celui à qui on s'adresse soit possible. « C'est l'anticipation de l'activité mentale de l'autre qui rend possible la polysémie du symbole » nous dit Georgieff (*ibid*, p24).

Georgieff suggère également que cette représentation des significations multiples de l'action du sujet sur l'autre régule en retour la production du discours du premier. Cette capacité d'empathie, d'anticiper l'activité mentale mais aussi verbale et comportementale de l'autre, serait donc pour lui un mécanisme régulateur de la production et de la compréhension du langage.

Plus largement, il propose d'appliquer ce même principe à l'activité mentale elle-même, régulée par la représentation mentale de l'autre : « Penser, c'est-à-dire représenter et anticiper l'autre serait un véritable mécanisme régulateur de l'activité mentale et de l'action, dans la mesure où elle s'adresse à autrui. Un tel mécanisme pourrait jouer un rôle essentiel dans le développement psychique de l'enfant dès les premières interactions et être un processus clef du développement du langage » (Georgieff, 2005, p24).

## V De l'importance d'un environnement psycho-affectif sécuritaire

### V.1 Les enfants sauvages

Les descriptions d'*enfants sauvages* sont nombreuses et remontent à plusieurs siècles.

Jean-Jacques Rousseau, dans la Note 3 de son *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, de 1754 évoque « cet enfant qui fut trouvé, en 1344, auprès de Hesse où il avait été nourri par des loups et qui disait depuis à la cour du prince Henri que, s'il n'eût tenu qu'à lui, il eût mieux aimé retourner avec eux que de vivre parmi les hommes. Il avait tellement pris l'habitude de marcher comme ces animaux qu'il fallut lui attacher des pièces de bois qui le forçaient à se tenir debout et en équilibre sur ses deux pieds. Il en était de même de l'enfant qu'on trouva en 1694 dans les forêts de Lituanie et qui vivait parmi les ours. Il ne donnait, dit M. de Condillac, aucune marque de raison, marchait sur ses pieds et sur ses mains, n'avait aucun langage et formait des sons qui ne ressemblaient en rien à ceux d'un homme. Le petit sauvage d'Hanovre qu'on mena il y a plusieurs années à la cour d'Angleterre, avait toutes les peines du monde à s'assujettir à marcher sur deux pieds et l'on trouva en 1719 deux autres sauvages dans les Pyrénées, qui couraient par les montagnes à la manière des quadrupèdes » (Rousseau, 1754).

Une des dernières *enfants sauvages* étudiées a été surnommée Genie. Trouvée à l'âge de 14 ans en novembre 1970 à Los Angeles, Genie a été victime pendant quasiment 13 ans de négligence, maltraitance et isolement social, soit un état de carence totale. Élevée par des parents violents, qui l'attachaient, la battaient, ne lui parlaient jamais, ne s'adressaient à elle que par des bruits divers et des grognements, elle avait un retard de croissance majeur, ne parlait pas et ne pouvait se tenir debout. Une fois libérée de ce milieu néfaste au plus haut point, Genie reçut une éducation, ainsi qu'une attention toute particulière des chercheurs. Les progrès furent alors considérables : elle comprit parfaitement le langage et acquit un riche vocabulaire, bien que plusieurs altérations persistent dans le versant expression du langage oral.

### V.2 Dépression anaclitique et hospitalisme

René Spitz, psychiatre et psychanalyste américain, publie en 1945 ses travaux sur l'hospitalisme, et montre les effets négatifs de la carence institutionnelle (Spitz, 1945a ; 1945b):

45 enfants latino-américains qui avaient été élevés correctement par leur mère jusqu'à 3 mois avaient ensuite été placés en institution jusqu'à l'âge de 18 mois. L'alimentation et l'hygiène étaient satisfaisants, contrairement à toute stimulation qui était absente et aux contacts humains limités aux seuls temps de repas. A 15 mois, 26 enfants sur 45 étaient toujours en vie, et deux seulement étaient capables de prononcer quelques paroles et de marcher. Deux ans plus tard, les 21 enfants toujours présents dans l'institution avaient un retard de parole et de langage tout à fait manifeste : 6 ne parlaient absolument pas, la majorité ne disait que 3 à 5 mots, et un seul utilisait des phrases courtes (Domènech, 2007 ; Charbonneau-Souchet, 2009).

Avec ses expériences, René Spitz fait la description de deux grands tableaux cliniques qu'il différencie par le facteur « temps de privation » :

- « Dépression anaclitique », ou « syndrome de carence affective partielle », avec 3 phases successives d'environ 1 mois chacune, une de pleurs, puis une de gémissements avec début de perte de poids, puis une de refus de contact et de retrait. Lors de cette dernière, le quotient de développement commence à diminuer. Au-delà de 5 mois de séparation, il n'y a pas de récupération totale du quotient de développement chez ces enfants (Spitz, 1968).
- « Hospitalisme » ou « syndrome de carence affective totale ». Quand la séparation se prolonge, l'enfant est alors dans un état de marasme physique et psychique, et plus d'un tiers des enfants observés dans cet état finissent par décéder.

Ces études, éthiquement peu renouvelables en notre temps, montrent bien que la qualité des relations affectives joue un rôle non négligeable. De plus, les études prospectives portant sur les orphelins roumains adoptés en Angleterre (Rutter et al., 2010) et sur ceux adoptés en Amérique (Zeanah, 2003), montrent que la durée de déprivation, surtout quand elle est supérieure à 2 ans, est corrélée au Quotient Intellectuel (QI) à l'âge de 12 ans. Dans la grande majorité des cas, les enfants gravement carencés ont une efficacité intellectuelle souvent médiocre (Marcelli et Cohen, 2016b).

Bien que cela soit le cas pour des enfants qui ont été en « institution », Daniel Rousseau et le Professeur Philippe Duverger, tous deux pédopsychiatres, relèvent l'existence d'hospitalisme dit à *domicile* ou *intrafamilial*, au sujet d'enfants maintenus à tout prix dans leur milieu familial carencé malgré la présence de risques graves identifiés par les services de la Protection de l'Enfance. Cet oxymore souligne bien la possible survenue de cet hospitalisme au sein de la

famille en dépit d'un éventuel suivi social, médical et/ou psychologique intensif en ambulatoire (Rousseau et Duverger, 2011).

### V.3 Besoin, désir, pensée, et « dangereuse sorcière »

Pour Winnicott, une mère trop adaptée aux désirs de son bébé n'est pas « good enough » (Winnicott, 1958). Winnicott observe de près les changements subtils au sein de la relation entre le moment où le bébé a réellement besoin d'un ajustement fusionnel avec sa mère et celui le moment où celle-ci doit reconnaître ses capacités à exprimer un besoin par différents signaux. « L'on pourrait dire que si, dès lors, la mère continue à trop bien deviner les besoins de l'enfant, c'est de la magie et cela n'offre pas les conditions d'une vraie relation d'objet » (Winnicott, 1965). Il reste ainsi que deux solutions pour l'enfant : soit une régression permanente à un état fusionnel avec sa mère, soit un rejet total de celle-ci. De telles mère deviennent pour Winnicott de « dangereuses sorcières ».

La mère « suffisamment bonne », ou plutôt « assez bonne », est donc sûrement celle qui a une empathie telle avec son enfant qu'elle peut le faire suffisamment attendre pour qu'il hallucine, et en même pas trop pour que la frustration ne devienne pas traumatique (Golse, 1990).

Ainsi, la mise en place des processus de pensées, et *in fine* du langage, nécessite le respect d'un certain délai entre le besoin ressenti par l'enfant et sa satisfaction par la mère, le temps que les besoins s'élaborent en désirs.

### V.4 Constance maternelle, dit et non-dit

Il ne s'agit pas ici de la permanence physique de l'objet primaire mais de sa confiance en lui, nécessaire pour que l'enfant se constitue avec des représentations internes suffisamment stables des objets externes.

Partant de là, « on sent bien que sont inextricablement liés incorporation, introjection, confiance en l'objet libidinal et donc langage. Il y a ainsi une succession fonctionnelle qui va de l'incorporation (prototype des introjections futures et dont l'alimentation représente le modèle corporel) à l'émergence du langage, filiation qui s'articule sur l'équation symbolique initiale entre la mère et la nourriture » (Golse, 1990, p153).

La constance maternelle permet ainsi l'émergence du langage : « lorsque cette garantie est acquise, mais alors seulement, les mots peuvent remplacer la présence maternelle et donner lieu à de nouvelles introjections » (Abraham et Torok, 1972).

Les éléments de langage eux-mêmes, les mots, doivent pouvoir inspirer également confiance à l'enfant. Le lien entre signifiant et signifié doit être suffisamment stable dans le discours parental et dans l'environnement du bébé pour qu'une liaison invariable se fasse entre l'image verbale et acoustique du mot (signifiant) et la représentation mentale interne de l'objet signifié.

Outre ce qui est *dit*, le poids de tout ce qui n'est *pas dit* au sein de la famille est non négligeable. Bernard Golse reprend les deux manières de ne *pas dire* : le non-dit et l'interdit, qui ont des effets absolument différents dans le développement de la pensée de l'enfant (Golse, 1990) :

- L'interdit est plutôt stimulant car il incite l'enfant à penser ce qui est seulement insinué et qui est vivant, c'est-à-dire à ce qui est dit – entre (inter-dit).
- Le non-dit en revanche « est beaucoup plus mortifère car il introduit une rupture dans le discours, mais une rupture qui n'émoustille pas la pensée de l'enfant qui risque au contraire de s'inhiber en se laissant infiltrer par cette faille » (*ibid*, p154).

Les cas de non-dit, touchant généralement les origines et la filiation de l'enfant, entraînent une « véritable perversion du langage qui à travers les lacunes, en quelque sorte, se désémantise complètement » (*ibid*).

Ainsi, dans l'interdit, ce qui est dit tire son sens de ce qui n'est pas dit, représentant en quelque sorte l'ombre portée. En revanche, ce qui est occulté dans le non-dit vide de sens ce qui est dit et lui ôte sa valeur créative et structurante.

La clinique nous le rappelle souvent : nombreux sont les enfants et adolescents reçus en consultation pédopsychiatrique pour troubles du comportement ou autres et pour lesquels nous apprenons après quelques rencontres le poids d'un non-dit, souvent verbalisé par un parent en l'absence du jeune ou « discrètement » sur le pas de la porte en fin d'entretien.

## V.5 Espace transitionnel et défaut de développement du langage

Restons avec Bernard Golse. Toujours dans le même ouvrage, *Penser, parler, représenter* (1990), il évoque les enfants présentant un retard de langage mais ne présentant pas de

dysfonctionnement avéré d'un point de vue neurologique ou phonatoire, ni d'organisation psychotique patente.

Il fait l'hypothèse que dans un certain nombre de cas, il s'agirait d'un trouble de l'instauration de l'espace transitionnel : les capacités d'interaction de ces enfants ayant pu être altérées précocement par un fonctionnement maternel (et plus largement parental) plus ou moins opératoire. Ce type de fonctionnement parental pouvant trouver son origine dans une organisation psychosomatique de la personnalité ou comme mécanisme de défense vis-à-vis d'une problématique dépressive.

C'est la difficulté de la figure maternelle à mettre en place un espace transitionnel entre elle et son enfant qui va entraver l'instauration du langage en tant que phénomène transitionnel lui-même. « Que la mère en effet ne puisse inconsciemment envisager sa différenciation d'avec l'enfant (main du collage ou de la symbiose), qu'elle ait elle-même un abrasement de ses processus pré-conscients (registre psychosomatique) ou un blocage défensif de ceux-ci (aménagement opératoire), sa propre transitionnalité va se voir altérée sans compter, dans tous ces cas, avec l'entrave chez elle à toute possibilité d'identification régressive à son enfant » (Golse, 1990, p 156).

On imagine facilement qu'en face d'une mère atone, préoccupée ou psychiquement absente, l'enfant renonce d'une certaine manière à une des dimensions pragmatiques du langage : la *perlocution*, ou l'effet produit par le dire chez le locuteur et chez les auditeurs. Cette dimension est pourtant fondamentale pour l'acquisition et la poursuite de la locution à proprement parler.

« Tout se passe comme si pour pouvoir parler et avant même de parler, le bébé devait d'abord expérimenter le fait que le langage est une action véritable qui touche autrui, qui l'affecte et qui le modifie » (*ibid*, p157).

## V.6 Rythme, sensorialité et intersubjectivité

Nous l'avons vu, la notion de rythme est fondamentale dans la constitution du sentiment d'enveloppe.

Quant à la naissance de l'intersubjectivité, de la capacité de percevoir l'autre comme un autre, Bernard Golse, lors des Seizièmes Rencontres de Perfectionnement des pédopsychiatres de

service public, insistait bien sur la nécessité de ressentir les objets comme extérieurs à soi, de vivre les objets en extériorité. Un des mécanismes centraux pour pouvoir ressentir cela, qu'un objet ne fait pas partie de soi, donc que l'autre est un autre, il faut pouvoir le percevoir par plusieurs canaux sensoriels simultanément : le goût, l'odeur, le toucher, la vue et l'ouïe, mais aussi la proprioception, 6<sup>ème</sup> sens trop souvent oublié. « Chaque fois qu'on perçoit quelque chose en monosensoriel il y a le risque que s'estompe la frontière entre moi et l'objet » concluait-il.

L'accès au langage ne peut se faire en l'absence de tout cela pour Bernard Golse : « il n'y a pas d'accès au langage sans intersubjectivité. Il n'y a pas d'intersubjectivité sans rassemblement des flux sensoriels. Il n'y a pas rassemblement des flux sans qu'il y ait de rythme » nous disait-il lors de cette conférence intitulée « Naissance de l'intersubjectivité ».

En somme, un environnement suffisamment sécure et la présence d'une rythmicité – macrorhythmes et microrhythmes (Marcelli, 1992) – dans une aire transitionnelle « suffisamment bonne », apparaissent comme des conditions nécessaires (mais pas suffisantes) à la naissance de l'intersubjectivité, à l'émergence de la pensée symbolique, et *in fine* à l'émergence du langage et de son développement.

## **VI Langage et parole, retard et trouble**

### VI.1 Epidémiologie

#### VI.1.1 Données françaises en population générale

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) de Gironde a réalisé en 1999 une étude chez les 12 413 enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'une exploration de langage interprétable. Parmi eux, 2 144 enfants, soit **17,3 %**, présentaient un trouble du langage, et seul 1 enfant sur 7 avait un trouble du langage connu et pris en charge au moment des bilans de santé (Petit-Carrié et al. 2001).

Dans une étude publiée en 2002 sur 97 enfants de 4 à 5 ans scolarisés à Lyon (Guillaud-Bataille et al., 2001), la prévalence des troubles de l'acquisition du langage s'élevait à **8,2 %**, avec un intervalle de confiance à 95 % [3,6 %-15,6 %].

D'autres études ont été rapportées dans un dossier du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) de 1999 (Vaivre-Douret et Tursz, 1999) :

- A Floirac, en Gironde, le bilan à 6 ans a montré que **20 %** des enfants avaient des troubles du langage. Cette étude visait les problèmes de santé de 195 enfants de grande section de maternelle réalisée dans 3 écoles d'une zone d'éducation prioritaire (ZEP)
- Dans l'Hérault, deux enquêtes ont été menées à 5 ans d'intervalle sur la santé de 1 500 enfants environ, âgés de 4-5 ans, examinés par la PMI dans les écoles maternelles du département. En 1987-1988, l'enquête a montré **26,8 %** de troubles du langage. Celle de 1992-1993 a confirmé ce pourcentage élevé, avec **24,9 %** de troubles du langage (articulation 20,5 %, expression 10,2 %, parole 10,7 %, compréhension 4,8 %). A noter que dans 56 % des cas, les troubles de l'articulation restaient isolés ; 8% des enfants présentaient des troubles sévères du langage avec association de troubles de l'articulation, de la parole, de l'expression et de la compréhension ; les troubles du langage étaient ici aussi plus fréquents chez les garçons (29,5 % *versus* 20,4 % chez les filles).
- Une étude faite par l'Académie de Créteil rapporte des pourcentages moins élevés : **7%** des enfants présentaient des troubles ou des retards de langage.

#### VI.1.2 Données étrangères en population générale

En 1998, Law et ses collaborateurs font une revue systématique de la littérature portant sur 16 estimations de prévalence issues de 21 publications. Ils estiment la prévalence médiane des retards de parole et de langage chez l'enfant entre 2 et 7 ans à **5,95 %** (Law et al., 1998).

Une étude américaine réalisée auprès de 1 328 enfants montre une prévalence des retards de parole à 6 ans de **3,8 %**. Ces retards sont 1,5 fois plus importants chez les garçons (4,5 % chez les garçons contre 3,1 % chez les filles) (Shriberg et al., 1998).

Aux Etats-Unis, Tomblin et son équipe ont mis en évidence que parmi les 7218 enfants âgés de 5 à 6 ans, scolarisés en maternelle, **7,4%** d'entre eux présentaient un trouble spécifique du langage oral, avec un sex ratio défavorable pour les garçons (8% des garçons / 6% des filles) (Tomblin et al., 1997). La prévalence était liée au niveau d'éducation des parents, et seulement

29 % des parents des enfants identifiés comme ayant de tels troubles du langage étaient déjà informés du problème de leur enfant.

### VI.1.3 Données étrangères en population clinique

Pour les données en population clinique, Monique Plaza souligne l'intérêt de comparer la comorbidité psychiatrique rencontrée de manière systématique dans une « clinique langage », et la comorbidité avec les troubles du langage, rencontrée dans une « clinique psychopathologique » prenant en charge des enfants du même âge (Plaza, 2016).

Dans une « clinique langage », Cantwell et Baker ont vu 600 enfants et trouvent une comorbidité psychiatrique chez **50%** d'entre eux (troubles anxio-dépressifs et hyperactivité en particulier). Dans les formes sévères de types dysphasie, cette comorbidité s'élève à 80% (Cantwell et Baker, 1991).

Dans une « clinique psychopathologique », Cohen et ses collaborateurs ont réalisé une étude tout à fait comparable auprès de 400 enfants, et trouvent une comorbidité langagière dans près de **53%** des cas (Cohen et al., 1993).

Ces études soulignent donc bien l'intrication des troubles du langage et des troubles psychopathologiques, ainsi que la fréquence de l'un et de l'autre aussi bien dans les cliniques à orientation psychiatrique qu'à orientation langage (Plaza, 2016).

### VI.2 Nécessité d'un dépistage précoce

En 1983, Silva et son équipe montraient qu'environ 7% des enfants de 3 ans et demi avaient un déficit du développement du langage oral, et près d'un enfant sur deux aura 2 ans plus tard un déficit de langage oral persistant et/ou un déficit en lecture ou une déficience mentale (Silva et al., 1993).

Ces chiffres soulignent donc qu'à 3 ans et demi, un défaut de développement du langage oral est un risque de pathologie chronique près d'une fois sur deux, d'où la nécessité d'un dépistage précoce.

Catherine Billard, neurologue et pédiatre, nous rappelle que tout dépistage doit obéir à 3 « règles d'or » (Billard, 2004) :

- Relever précocement un déficit qui nécessite une action afin d'en limiter les conséquences néfastes
- Aboutir à une action spécifique immédiate consécutive aux résultats du dépistage
- Ne pas étiqueter de façon péjorative une population à risque alors qu'une partie seulement de cette population se révélera ultérieurement en difficulté.

Les recommandations des orthophonistes de 2001 préconisent que tout trouble du langage oral dès 3 ans doit être pris en considération et amener à une consultation médicale (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2001).

Nous pensons que ce dépistage peut même se faire avant 3 ans. Nous y reviendrons plus en détails.

### VI.3 Trouble du développement du langage

Les troubles du langage sont nombreux. Le tableau 2 montre que les classifications DSM 5 et CIM 10 (ICD-10) ne se recouvrent pas totalement, du fait notamment d'une certaine logique catégorielle qui n'est pas vraiment appropriée à la problématique développementale des troubles du langage.

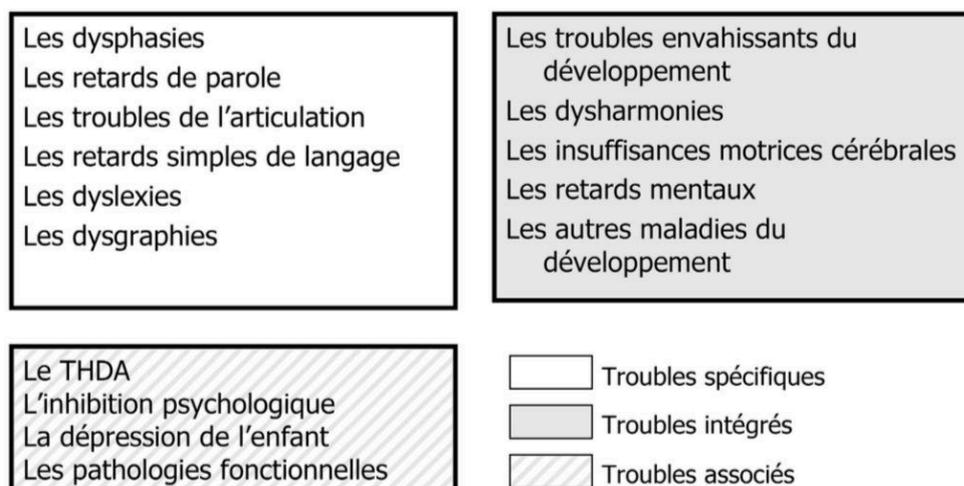
DSM-5 Trouble de la communication	ICD-10 Trouble spécifique du développement de la parole et du langage
315.32 Trouble du langage	F80.1 Trouble de l'acquisition du langage de type expressif
	F80.2 Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif
315.39 Trouble de la phonation	F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
Trouble de la communication sociale (pragmatique)	Non classé dans l'ICD-10
Non classé dans le DSM	F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie (Landau-Kleffner)
307.0 Trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (Bégaiement)	F98.5 Bégaiement (classé dans une autre section : trouble du comportement et troubles émotionnels survenant pendant l'enfance)

**Tableau 2 – Les troubles du langage oral dans les classifications internationales DSM-5 et ICD-10**

*Source : Plaza M. Psychopathologie du langage. In Marcelli D. et Cohen D. Enfance et Psychopathologie. 10<sup>è</sup> éd. Paris : Masson. 2016*

L'ensemble des pathologies impliquant une atteinte du langage est résumé dans la figure 6 et se décline de la façon suivante (Plaza, 2016):

- Les troubles spécifiques du langage englobent les troubles touchant une composante du langage lui-même (ce sont ces troubles qui sont plus particulièrement dits *spécifiques* ou *neurodéveloppementaux*), communément appelés dysphasie, dyslexie, dysgraphie ; les retards de parole, les retards de langage et les troubles articulatoires.
- Les troubles intégrés, dans lesquels l'atteinte du langage n'est qu'un des aspects de la symptomatologie présentée : retards mentaux et troubles du spectre de l'autisme particulièrement, mais aussi dysharmonie cognitive, infirmités motrices cérébrales et autres maladies complexes du développement comportant une atteinte du langage oral ou écrit.
- Pathologies associées : fréquente comorbidité avec les troubles du langage, telle que l'hyperactivité avec déficit de l'attention, l'inhibition psychologique, la dépression de l'enfant et certaines pathologies fonctionnelles.



**Figure 6 – Pathologies impliquant une atteinte du langage oral ou écrit**  
*Source : Plaza M. Psychopathologie du langage. In Marcelli D. et Cohen D. Enfance et Psychopathologie. 10è éd. Paris : Masson. 2016*

### VI.3.1 Trouble de l'articulation

Il s'agit de l'existence de déformations phonétiques touchant majoritairement les consonnes. Le plus souvent c'est le même phonème qui est déformé chez le même enfant. On distingue :

- Le sigmatisme interdental, ou *zozotement* : l'extrémité de la langue reste entre les incisives ou trop près d'elles

- Le sigmatisme latéral, ou *schlinterment* : caractérisé par un écoulement d'air uni- ou bilatéral. Il peut notamment s'expliquer par une malformation de la voûte palatine de type ogival.

Ces troubles de l'articulation sont jusqu'à 5 ans non rares et non préoccupants. Une rééducation s'impose en revanche s'ils persistent au-delà de cet âge-là. Après discussion avec les orthophonistes du CRTLA de Poitiers, il apparaît que la difficulté de la prise en charge du *zozotement* réside dans l'attitude juste et mesurée de l'orthophoniste concernant le respect de ce trouble, au risque sinon d'entraîner un bégaiement.

Enfin, ces troubles articulatoires ont parfois une signification psycho-affective facile à déterminer lorsqu'ils s'intègrent dans un contexte régressif ou oppositionnel (naissance d'un puîné, d'un petit frère/sœur, par exemple), avec même parfois un « parler bébé », pouvant nécessiter dès lors un abord psychothérapeutique. Ces troubles sont le plus souvent isolés, sans retentissement sur les autres domaines de développement (Plaza, 2016).

### VI.3.2 Retard de parole

Il s'agit ici d'une mauvaise intégration des divers phonèmes dans un mot. Leur nombre, leur succession, leur qualité, peuvent être modifiés. Ce retard de parole est aussi sans signification jusqu'à 5 ans d'après M.Plaza (Plaza, 2016), bien qu'en pratique au CRTLA de Poitiers un tel antécédent nous interpelle. La persistance d'un retard de parole au-delà de ce délai est un signe de perturbation de l'intégration et de l'apprentissage de la parole, nécessitant alors un abord thérapeutique, notamment orthophonique.

En pratique, ce retard de parole s'associe souvent à un retard de langage (présence d'anomalie syntaxique).

Les anomalies présentes dans le retard de parole peuvent être :

- La simplification des phonèmes complexes
- Le déplacement de certains phonèmes (lavabo → valabo)
- Des confusions de phonèmes, portant soit sur les consonnes constrictives (j → ch ; z → s) ou occlusives (d → t ; g → k), soit sur l'inversion des consonnes (f → p ; z → d), soit sur les voyelles (an → a ; in → é ; oua → a)
- L'omission des finales (pour → pou)

- Des assimilations

M. Plaza précise bien que ces erreurs ne sont pas constantes, contrairement au trouble articulaire, et que chaque phonème peut être correctement prononcé isolément (Plaza, 2016).

Devant ces difficultés d'élocution, la réaction de la famille et de l'entourage en général est non négligeable, toute la difficulté étant d'éviter les deux extrêmes : reprendre sans cesse l'enfant, entravant toute spontanéité de la parole et risquant d'entraîner une inhibition, et ignorer totalement le trouble, laissant alors l'enfant dans un monde sans repère.

### VI.3.3 Retard (simple ?) de langage

#### *VI.3.3.1 Signes cliniques*

Le retard de langage se caractérise par l'existence de perturbations du langage chez un enfant ne présentant aucune déficience intellectuelle, ni surdité profonde, ni pathologie psychiatrique patente.

L'organisation syntaxique de la phrase n'est pas profondément perturbée. Cliniquement, l'élément essentiel est le retard d'apparition de l'association de 2 mots (à 2 ans normalement), puis de la première phrase (à 3 ans normalement), suivi d'un « parler bébé » qui se prolonge. Les autres perturbations souvent rencontrées sont variées : désordre des mots dans la phrase, usage du verbe à l'infinitif, simplification grammaticale, mauvaise utilisation des pronoms personnels, omission de mots, fausses liaisons, ou encore barbarismes. La compréhension est en général bien préservée, et comme le précise Monique Plaza lorsque les troubles de compréhension sont manifestes, on ne peut plus parler de retard simple.

Nous discuterons ci-après de la différence avec un trouble spécifique du langage oral (communément appelé *dysphasie*).

#### *VI.3.3.2 Remise en cause de la notion de retard*

Depuis quelques années, la notion de « retard » est remise en cause au profit de celle de « trouble », notamment car ce mot « retard » banalise les difficultés rencontrées et sous-entend qu'une sorte de « déclic » pourrait subvenir.

Mais, comme le font remarquer Alain Devevey et Laurence Kunz, encore faudrait-il avoir un critère uniforme pour situer le « point de coupe » entre retard et trouble : « le critère 'subjectif'

de l'entourage (non seulement la famille mais surtout les amis, voisins ou professeurs) n'est pas à exclure parce que la 'normalité sociale' du langage est un facteur sans doute plus important pour le sujet que la 'normalité logométrique' des tests de langage » (Devevey et Kunz, 2013, p41).

Cependant, la réalité langagière sous-jacente chez des enfants présentant un retard n'est pas aussi simple, comme le montrent plusieurs études qui sont venues appuyer les questionnements autour de cette notion de retard :

- Law et son équipe, en 2004, ont réalisé une méta-analyse et ont pu montrer que 22 et 54% des enfants ayant reçu un diagnostic de retard de parole isolé, ou simple, ont des troubles qui persistent bien au-delà de l'âge de 6 ans ; et 50% présentent des difficultés durables, y compris à l'âge adulte, attestées par des épreuves de répétition et d'articulation. Enfin, les enfants qui présentaient un retard de parole et/ou de langage, même lorsque ce dernier semblait résolu, ont eu des difficultés dans leur cursus scolaire, particulièrement en lien avec un trouble spécifique du langage écrit (*dyslexie*) apparu secondairement (Law et al., 2004)
- Rescorla, en 2009, a pu reprendre une cohorte d'enfants qu'elle avait évalués précocement et qui avaient présenté des formes légères de difficultés dans l'acquisition du langage (« late talkers », entre 24 et 31 mois). Alors âgés de 17 ans, ces adolescents présentaient des déficits significatifs dans certaines épreuves langagières (vocabulaire, grammaire, mémoire verbale), et globalement un langage oral et écrit inscrit dans les limites de la normalité mais inférieurs à ceux qu'obtenaient le groupe témoin ayant eu un développement langagier typique (Rescorla, 2009).

Ainsi, la présence d'un retard de langage dans l'enfance semble se répercuter à court, moyen et long terme. La notion de *continuum* entre retard de langage et trouble du langage est de plus en plus mise en avant, les différentes études (cf supra) montrant qu'il y a peu de chance qu'un retard se résorbe spontanément, au point que ce terme de « retard » a été supprimé par un groupe international de 57 experts (le panel CATALISE) qui s'est réuni pour la deuxième fois en 2017 pour évoquer le manque de consensus autour de la terminologie des difficultés langagières. Ce groupe d'experts est composé d'orthophonistes, de pédiatres, de psychiatres, de psychologues scolaires, d'enseignants spécialisés et d'associations, tous coordonnés par le Professeur Dorothy Bishop. Ce panel a donc proposé le terme de « trouble du langage » (« language disorder ») pour les enfants ayant des difficultés de langage entravant leur communication ou leurs apprentissages dans la vie quotidienne (Bishop et al., 2017).

### VI.3.4 Troubles acquis : aphasie et syndrome de Landau-Kleffner

Ces types de troubles, appelés *aphasie*, sont rares, et sont le plus souvent en lien avec un accident neurologique aigu, accident vasculaire cérébral (AVC), traumatisme crânien, tumeur, survenant chez un enfant au langage antérieurement normal.

Cependant, il est important d'évoquer le **syndrome de Landau-Kleffner**, car sa reconnaissance est malheureusement souvent retardée. Ce syndrome comporte une aphasie secondaire à une agnosie auditive. Cette aphasie touche la compréhension et l'expression du langage, faisant souvent évoquer initialement une surdité acquise. Ces troubles sont en réalité liés à une **épilepsie** difficile à mettre en évidence du fait de la rareté des crises généralisées ou hémicorpoelles et de la fréquence des anomalies paroxystiques intercritiques dans le sommeil. Le syndrome apparaît entre 3 et 5 ans, et évolue par poussées régressives (Overvliet et al., 2010).

Ainsi, toute stagnation ou régression orale et/ou trouble massif de la compréhension doit faire évoquer le syndrome de Landau-Kleffner et amener à une consultation spécialisée avec un EEG de sommeil à réaliser.

### VI.3.5 Trouble spécifique du langage oral

#### *VI.3.5.1 Historique et définition*

Le terme « dysphasie » apparaît vers 1960. Notamment employé par Ajuriaguerra et ses collaborateurs (Ajuriaguerra et al., 1965), il permet de mettre en avant le fait que ce trouble ne se caractérise pas par une absence de langage mais par l'utilisation déficitaire de celui-ci. Dès cette époque, Ajuriaguerra distingue les « économes mesurés », réservés sur le plan verbal, des « prolixes peu contrôlés », parlant abondamment. Lui et son équipe mettent également en évidence des difficultés scolaires pour ces deux groupes, ainsi qu'un profil affectif particulier (désordre affectif précoce lié à un manque de besoin de relation et un manque d'organisation perceptivo-verbale).

La dysphasie étant à bien différencier d'une lésion cérébrale acquise, comme dans l'aphasie de l'adulte, certains auteurs vont utiliser le terme « dysphasie de développement ».

Dans les années 1990, René Diatkine, psychiatre et psychanalyste, considère la dysphasie comme une anomalie du développement du langage ayant des effets non négligeables sur la vie

relationnelle de l'enfant. Dès lors, cela implique la nécessité d'étudier le rôle du langage et ses retentissements dans l'ensemble du fonctionnement mental. Par-là, il insiste déjà sur l'importance d'un dépistage précoce et d'une prise en charge adaptée à chaque enfant (Diatkine et Waeyenberghe, 1990)

Actuellement les Anglo-Saxons utilisent plutôt l'appellation « trouble spécifique du langage » ou « specific language impairment » (SLI) qui constitue la référence majoritaire des chercheurs. En France, cette appellation trouve aussi sa place, et l'on parle de « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages », englobant ainsi le langage oral et écrit et les troubles praxiques. Le terme de « trouble structurel du langage » peut aussi être retrouvé dans notre pays. Cependant, nous trouvons que ce terme « structurel » a tendance à figer les choses, les rendant inscrites dans le marbre dès la naissance et ce pour la vie. Or, ces troubles sont dit neuro-développementaux (HAS, 2017a), donc en évolution permanente.

Comme le décrit le DSM-5, ces troubles du langage et des apprentissages sont dits spécifiques car ils ne peuvent être entièrement expliqués par une autre pathologie sensorielle (surdité, vision), neurologique (lésion cérébrale innée ou acquise), intellectuelle ou psychiatrique (troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale), ni par un manque d'apport socio-culturel (APA, 2013).

Ces TSLO, communément appelés *dysphasies*, englobent tout désordre langagier découlant d'une anomalie de développement des systèmes et sous-systèmes cérébraux spécifiquement mis en jeu lors du traitement de l'information langag re. L'emploi du pluriel est de mise car il s'agit d'un groupe de pathologies au sein duquel on distingue des tableaux très diversifiés dont le pronostic et les modalités de prise en charge sont sensiblement différentes.

#### *VI.3.5.2 Un diagnostic porté par élimination...*

##### ❖ D'une surdité partielle ou totale

Des difficultés d'audition, dues par exemple à des otites séro-muqueuses ou autres à répétition, peuvent entraîner une gêne perceptive et mimer un « retard » de parole et/ou de langage.

Devant toute suspicion de retard de parole et/ou de langage il est donc fondamental de prévoir une consultation ORL avec réalisation d'un audiogramme afin d'évaluer une éventuelle diminution de l'audition et dans quelle fréquence, les fréquences du langage français se situant

en général entre 1000 et 2500 Hz. A noter qu'à partir d'une perte de 20 dB les conséquences peuvent être non négligeables.

❖ D'une déficience intellectuelle

Dans les échelles de Wechsler (Annexe 3), ce sont les épreuves de facteur G non verbales (cubes, matrices, identification de concepts) qui vont permettre en premier lieu d'éliminer une déficience intellectuelle.

Même chez des enfants présentant une dysphasie, les épreuves verbales de facteur G telles les similitudes ne doivent pas être laissées de côté car assez souvent ces enfants aux énoncés maladroits et fautifs restent compréhensibles, informatifs et pertinents. Par exemple lors de l'épreuve Similitudes : « *en quoi du jus de pomme et de l'eau se ressemblent ?* » / « *e deux, a boit* ». Cette réponse, bien que mal formulée au niveau linguistique, est tout à fait correct sur le plan conceptuel et peut être cotée exacte. En revanche, si l'enfant échoue, cet échec est ininterprétable étant donné qu'on ne pourrait statuer si c'est en raison du matériel verbal à traiter ou de son incapacité à effectuer l'opération mentale de catégorisation demandée.

❖ D'un trouble de la relation

Le grand diagnostic différentiel des TSLO est un trouble du spectre autistique (TSA), particulièrement lorsque l'enfant est jeune, de moins de 5 ans.

En 2008, Geurts et Embrechts ont comparé les profils langagiers d'enfants avec TSA à ceux avec TSLO. Ils ont alors conclu que « les enfants d'âge préscolaire avec TSA et ceux avec TSL[O] présentent des patterns opposés, ces derniers (TSL) ayant plus de difficultés avec les aspects structurels de la langue qu'avec les aspects pragmatiques » (Geurts et Embrechts, 2008).

En somme, c'est la préservation des capacités de communication non verbale, absolue ou relative, et de la fonction pragmatique du langage qui oriente les professionnels vers un TSLO plus que vers un TSA.

*Aparté : Continuum trouble du spectre de l'autisme – trouble spécifique du langage*  
*Par ailleurs, la question d'un continuum entre TSA et TSLO se pose de plus en plus (Bishop, 2003). Cette notion a été repoussée pendant longtemps sous prétexte que les troubles autistiques étaient plus sévères et plus envahissants. Cependant, l'existence de famille présentant les deux types de troubles à des degrés divers a été mise en évidence. De plus, des*

*troubles de la pragmatique chez des enfants ayant un TSLO ont pu être mis en évidence, et inversement, des troubles langagiers similaires aux TSLO ont pu être montrés chez des enfants présentant un TSA.*

*Comme l'aspect clinique a très bien été décrit par Géraldine Chernet dans son travail de thèse, nous reprendrons ses propos (Chernet, 2013). Dans le déficit sémantique et pragmatique, les enfants parlent de manière volubile mais leur discours correspond plus à une écholalie décalée dans le temps avec des éléments qui semblent plaqués, « appris par coeur » et qui sont évoqués dans des contextes souvent inappropriés. Même si ces enfants ont un vocabulaire étendu voire même sophistiqué, leur compréhension n'en reste pas moins altérée, comme on peut d'ailleurs le voir dans leurs réponses « à côté » lorsqu'on leur pose une question ouverte. Ainsi, cette catégorie soulève certaines questions. En effet, les troubles de la pragmatique rapprochent ce trouble du langage du trouble de la communication. Cette catégorie s'inscrit au sein des troubles du langage dits « spécifiques », correspondant à des enfants disposant a priori d'une bonne communication non verbale. Pourtant la ressemblance entre le discours d'un enfant souffrant du syndrome sémantique-pragmatique et le discours d'un enfant psychotique est frappante. Pour Laurent Danon-Boileau, linguiste et psychanalyste, cette catégorie demeure problématique et soulève l'existence d'un lien non théorisé entre trouble de la communication et trouble du langage. Selon cet auteur, les termes de « trouble de la communication ou de la pragmatique », parfois rencontrés font l'effet d'une « pudeur », c'est comme si « certains cherchaient à éviter toute terminologie psychiatrique et psychanalytique et que tout trouble de l'échange humain quelle que soit sa forme, ne pouvait être redevable que d'une perspective instrumentale » (Danon-Boileau, 2004).*

#### *VI.3.5.3 Affirmer le diagnostic*

On se base pour cela sur 4 éléments :

- Les signes d'appel, ceux ayant motivé les consultations
- Dissociations intra-linguistiques éventuelles
- Présence de déviances langagières
- Déficit en mémoire de travail auditivo-verbale

Nous allons reprendre ces différents points (Mazeau et Pouhet, 2014).

❖ Signes d'appel

Ces premiers signes ne sont évocateurs de dysphasie que s'ils sont particulièrement sévères. On doit considérer comme préoccupant un enfant présentant :

- Une non-compréhension du langage oral vers 18-24 mois
- Et/ou une absence de langage oral et/ou de jargon intonatif à l'âge de 2 ans
- Et/ou une production de moins 50 mots à l'âge de 30 mois, voire 24 mois
- Et/ou une absence de phrases de 3 mots à 3 ans
- Et/ou une inintelligibilité par un tiers non familial après 3 ans et demi

Quelle que soit la situation, l'inquiétude parentale et/ou des professionnels gravitant autour de l'enfant, doit être prise en compte ; et revoir l'enfant dans un délai idéal de 3-4 mois est incontournable afin d'évaluer au moins la durabilité du trouble.

Mazeau et Pouhet expliquent qu'en cas de doute persistant, une rééducation orthophonique de quelques mois doit se faire, et que si le trouble persiste, voire se creuse, dans certains secteurs langagiers malgré cela, cette évolution est très en faveur d'un trouble spécifique.

❖ Dissociation intralinguistique : signe pathognomonique

Il s'agit d'une dissociation des performances à l'intérieur du système « compétences linguistiques » entre certains sous-systèmes : certains étant déficitaires, d'autres restant intacts (tableau 3). Cela permet alors la distinction entre les différents types de dysphasie.

Dysphasies	Phonologie	Lexique	Syntaxe	Pragmatique
<i>Phonologique-syntaxique</i>	↘	~ normal	↘↘↘	Satisfaisant
<i>Production phonologique</i>	↘↘↘	~ normal	↘	Satisfaisant
<i>Manque du mot (ou anomie)</i>	Normal	↘↘↘	Normal	Satisfaisant
<i>Sémantique-pragmatique</i>	Normal	Normal	Normal	↘↘↘

↘ : atteinte modérée, ↘↘↘ : atteinte sévère.

**Tableau 3 – Différentes dysphasies expressives**

*Source : Glasel H. et Mazeau M. Troubles du langage oral : le diagnostic d'une dysphasie. In Glasel H. et Mazeau M. Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant. Issy-les-Moulineaux : E.Masson. 2017. p. 110.*

Ces différentes situations affirment l'atteinte d'une partie des structures cérébrales spécifiquement dédiées aux différents traitements linguistiques, définissant ainsi une *dysphasie*. Ces dissociations intralinguistiques doivent donc être systématiquement recherchées : elles sont la clef du diagnostic de *dysphasie* et des différentes pistes possibles de rééducation.

❖ Les déviances : autres signes majeurs

Ce sont des anomalies de langage et/ou de paroles qui ne sont rencontrées à aucun moment du développement typique du langage. Il s'agit donc d'une différence majeure avec les retards de langage, au sein desquels on note plutôt une persistance de formes immatures. Comme les dissociations évoquées ci-dessus, la présence de ces déviances signe le dysfonctionnement d'un ou plusieurs sous-systèmes langagiers, donc affirme la *dysphasie*.

Ces déviances peuvent être de plusieurs types, isolées ou associées les unes aux autres :

- Phonologiques :
  - complexification ('*cracrerole*' pour '*casserole*')
  - approches phonologiques ('*panpagne*' → '*cancagne*' → '*campagne*')
  - persévération phonologiques : un son, déjà produit à bon escient antérieurement vient contaminer les productions actuelles et à venir ('*ai acheté pantalon...lonkettes [chaussettes]... lon...raquettes*')
- Lexicales :
  - manque du mot : ne se rencontre jamais chez l'enfant au développement typique. Enfant pouvant manifester sa gêne voire son agacement, ou remplace le mot par un autre plus recherché ou moins fréquent, ce qui est plus caractéristique encore ('*ils l'ont mis dans un...dans un...tu sais, les morts...comme un...sarcophage !*' alors que le mot cible était « cercueil »)
  - paraphasies : prendre un mot pour un autre. 2 types de paraphasie :
    - sémantique – mots reliés par leur sens (*marmite/poêle*)
    - phonémique – mots reliés par des sons proches (*menton/mouton*)
  - persévération lexicales : toujours très pathologiques ('*on a pris l'avion, pi après on a nagé dans l'avion...dans la...la...l'avion...la mer*')
- Syntaxiques (pas avant 3-4 ans) :
  - violation des règles morphosyntaxiques, rendant les énoncés ambigus voire incompréhensibles ('*mamie, vacances, pou watou*' ; '*ballon, fille-ga'çon + geste de lancer*')
  - les verbes ne sont pas conjugués, les petits mots-fonctions sont absents
  - les erreurs de genre sont fréquentes et très évocatrices ('*la stylo*' ; '*le chaise*')

#### ❖ Déficit de la mémoire de travail

Le déficit en mémoire de travail auditivo-verbale est important, présent dans quasiment toutes les *dysphasies*. Il rend ainsi difficile la répétition de phrases ou la compréhension de consignes longues, de phrases ou de textes.

#### *VI.3.5.4 Etiologies suspectées et examens complémentaires*

L'étiologie des TSLO est en grande partie inconnue, et apparaît d'ores et déjà comme plurifactorielle. Autrement dit, au vu de la diversité des dysphasies, il semble peu probable qu'elle soit le résultat d'un processus unique.

De nombreuses études ont été faites sur d'éventuelles causes *génétiques*. De multiples arguments convergent en ce sens, mais il s'agirait d'un polygénisme, responsable soit d'une dysphasie en tant que telle, soit d'une vulnérabilité se manifestant par une dysphasie en fonction de la rencontre avec certains facteurs de risques, personnels et/ou environnementaux) (Mazeau et Pouhet, 2014). Des études familiales sont venues conforter ces hypothèses : des études sur des jumeaux ont confirmé l'héritabilité des troubles ; et si un enfant présente un TSLO, il y a un risque de 25% qu'un autre membre de la famille soit également atteint (Bishop et al, 2006).

L'*audition* a beaucoup été étudiée. La perception rythmique semble parfois déficiente, les enfants présentant un TSLO ayant des difficultés dans le traitement des changements rapides de sons complexes (Plaza, 2016). Perception rythmique, importance du rythme dans le développement du langage... qui de la poule ou de l'œuf était là en premier ? Défaut de perception rythmique ayant entraîné des difficultés d'acquisition du langage ? Absence de rythme dans l'environnement du bébé ayant entraîné un manque d'entraînement à cette perception ? Association des deux ?

L'*imagerie cérébrale*, notamment l'IRM fonctionnelle, permet de mettre en évidence des anomalies le plus souvent mineures et non spécifiques, dans 4 à 5% des cas (*ibid*). Et dans les rares cas où des anomalies majeures sont retrouvées, on ne peut établir de corrélation anatomoclinique rigoureuse et régulière.

L'*EEG* permet comme nous l'avons vu d'affirmer ou d'infirmer un syndrome de Landau-Kleffner. Bien qu'il soit possible de trouver des anomalies épileptiques dans les TLSO, celles-ci ne semblent pas participer à la pathogenèse du trouble ni avoir de relevance clinique (Fluss et Korff, 2011). La réalisation d'un EEG n'est donc pas systématique dans l'évaluation d'un

retard de langage (Venkateswaran et Shevel, 2008 ; Billard, 2010), mais le devient devant toute stagnation des acquisitions ou fluctuations après une période de développement langagier normal.

#### *VI.3.5.5 Abords psychopathologiques*

Il a été remarqué que les enfants dysphasiques ne paraissent guère utiliser des processus comme l'identification adhésive ou projective. Au contraire, on a pu constater la mise en jeu de mécanismes plus souples témoignant d'une bonne différenciation entre soi et autrui, d'une perception de l'altérité et de la réciprocité (Plaza, 2016).

Une grande prudence est donc de mise dans l'analyse psychopathologique, comme le souligne Monique Plaza. Il faut ainsi se garder d'interprétations trop rapides sur le comportement des parents. Notamment quand ceux-ci adoptent avec leur enfant *dysphasique* une attitude « opératoire », ce qui fige et rend la communication factice. Cela est le plus souvent réactionnel et témoigne de leur souffrance face aux difficultés de leur enfant ; et ces particularités relationnelles cèdent avec l'amélioration de la dysphasie.

Eric Valentin dans son commentaire sur l'ouvrage « *Des enfants sans langage* » de Laurent Danon-Boileau, nous rappelle les propos de ce dernier : « mal parler et mal comprendre perturbent la relation engagée avec autrui, comme la confiance que vous pouvez avoir en votre propre pensée » (Valentin, 2003).

Partant de là, nous imaginons bien les conséquences que ces troubles peuvent avoir sur le monde interne du sujet mais aussi dans sa vision du monde externe et de la relation qu'il entretient avec lui.

Il nous paraît donc primordial que tout trouble du langage doit être pris en considération dès le plus jeune âge possible, même si la distinction « retard » / TSLO n'est pas encore réalisable, afin de minimiser son retentissement ultérieur.

## VII Dépistage et rééducation tardive : des conséquences non négligeables

### VII.1 Mise au jour d'un trouble spécifique du langage oral

Bien que certains signes soient évocateurs dès le jeune âge d'une dysphasie (cf supra « signes d'appel »), la distinction entre retard de langage (qui disparaîtra plus ou moins) et trouble spécifique du langage oral (qui persistera et s'aggravera) n'est souvent pas simple. Il est donc nécessaire qu'un traitement soit proposé le plus précocement possible, les troubles spécifiques du langage ayant des conséquences plus lourdes qu'un « simple » retard de langage.

### VII.2 Scolarité et langage écrit

Les défauts de développement du langage sont fortement associés à un déficit ultérieur en lecture. Menyuk et son équipe ont suivi jusqu'à l'âge de 8 ans trois populations d'enfants diagnostiqués à 5 ans comme porteurs d'un retard de langage, ou d'une dysphasie de développement, en comparaison à une population contrôle d'anciens prématurés. Quasiment la totalité des enfants présentant un TSLO étaient à 8 ans mauvais lecteurs, contre 25% des retards de langage, et environ 10% des anciens prématurés (Menyuk et al., 1991).

Catherine Billard et son équipe, à la même époque, ont réalisé une enquête rétrospective sur les compétences en lecture de 24 enfants âgés de plus de 9 ans et ayant un TSLO. Leurs résultats confirment la fréquence des troubles d'apprentissage du langage écrit dans cette population d'enfants ayant une dysphasie : 10 sur 24 sont non lecteurs, 10 sur 24 ont un niveau de lecture de moins de 7 ans, et seulement 4 sont lecteurs courants) (Billard et al., 1991).

Ces difficultés à accéder au langage écrit, mais aussi à certains aspects de la numération et du calcul mental peuvent notamment s'expliquer par le déficit en mémoire de travail auditivo-verbale, présent dans quasiment toutes les *dysphasies* (Mazeau et Pouhet, 2014). Ces difficultés sont souvent mises en évidence lors de l'épreuve des Codes dans les échelles de Wechsler, épreuves très souvent échouées chez ces enfants ayant un TSLO, pouvant s'expliquer de deux façons :

- Déficit en mémoire de travail obligeant l'enfant à revenir sans cesse au modèle, source de lenteur et d'erreur (épreuve chronométrée)

- Passer d'un code à l'autre est une activité liée aux symboles et aux règles qui les lient. Or, le système linguistique se définit comme une capacité abstraite (en dehors de la forme de surface) à traiter l'ensemble « signes + règles ».

C'est ce dernier point qui est à mettre en lien avec les difficultés de passage au langage écrit et plus particulièrement à la numération et aux mathématiques en général.

Quant aux troubles spécifiques du langage écrit (*dyslexie*), Monique Plaza souligne que c'est un antécédent fréquent, au point que certains auteurs ont considéré qu'il était systématiquement présent mais discret, alors révélé au moment de l'apprentissage de la lecture. Par ailleurs, certaines *dysphasies* peuvent constituer un obstacle à l'apprentissage de la lecture comme nous venons de le dire, du fait de l'implication des voies phonologique et/ou du déficit en mémoire de travail auditivo-verbale. La plupart du temps le diagnostic de TSLO est posé avant que ne débute l'apprentissage de l'écrit, mais dans certains cas, comme un trouble de l'accès au lexique (manque du mot ou dysphasie mnésique) le trouble de langage oral a pu passer inaperçu.

Dans tous les cas, tout problème d'accès à l'écrit doit conduire à investiguer finement et séparément les différents constituants du langage oral.
--

La présence de difficulté langagière verbale, qu'il s'agisse d'un « retard » ou d'un trouble spécifique, risque bien d'entraîner des difficultés scolaires. Ces enfants devront donc nécessiter d'un étayage et d'une surveillance plus importants. Ce à quoi se rajoute l'éventuelle difficulté de la relation avec les pairs.

### VII.3 Difficultés relationnelles, ajustement social et harcèlement scolaire

Jacob et Maintenant, dans un article publié en 2017, font une revue de la littérature concernant les TSLO chez l'enfant et leur incidence sur les relations entre pairs (Jacob, Maintenant, 2017).

Agés de moins de 6 ans, les enfants présentant des difficultés langagières se caractérisent par des compétences sociales moins développées que leurs pairs au même âge. Plusieurs études, réalisées par observation directe d'enfants ou par le biais de questionnaires complétés par les parents ou l'enseignant habituel, montrent que les enfants ayant un TSLO ont une tendance plus importante à se replier sur des jeux solitaires ou à jouer en parallèle, proche d'autres enfants.

Ils privilégient l'adulte comme partenaire d'échange, s'adressent beaucoup moins souvent verbalement aux autres enfants et peuvent ignorer leurs sollicitations verbales (Guralnik et al., 1996 ; McCabe et Marschall, 2006). Les parents et enseignants décrivent ces enfants avec TSLO comme moins matures au plan social (McCabe et Meller, 2004 ; Stanton-Chapman et al., 2007). Malheureusement, cette tendance acrasique à s'isoler diminue les opportunités d'apprendre et ralentit la mise en place de compétences sociales déjà fragiles : l'écart se creuse.

Ces difficultés, au cours du développement, continuent de se révéler et s'intègrent alors dans un tableau plus global de difficultés d'ajustement social. Yew et O'Kearney, en 2013, publient une méta-analyse portant sur 19 recherches longitudinales auprès d'enfants avec TSLO (Yew et O'Kearney, 2013). Ils montrent une majoration du risque de problèmes émotionnels et comportementaux chez ces enfants : le risque est deux fois plus élevé que chez les enfants « tout venant » qui viennent de présenter des difficultés émotionnelles ou comportementales à un seuil clinique. Ces difficultés chez les enfants ayant un TSLO sont d'intensité modérée à moyenne, et apparaissent comme non spécifiques, relevant plus de difficultés d'ajustement au contexte de vie, selon plusieurs facteurs : l'échec scolaire est fréquent, et retentit négativement sur l'estime de soi, mais aussi sur les relations sociales avec les pairs (Conti-Ramsden, 2013).

Mok et ses collaborateurs réalisent quant à eux un suivi longitudinal d'une cohorte d'enfants avec TSLO de l'âge de 7 ans à 16 ans (Mok et al, 2014). Ils mettent en évidence une augmentation linéaire et significative des difficultés de relation avec leurs pairs sur la période 7-11 ans, et identifient quatre trajectoires développementales : les enfants qui ne connaissent pas de difficultés sociales/relationnelles ou à un niveau faible (22% de l'échantillon), ceux qui présentent des difficultés pendant l'enfance mais qui s'estompent à l'adolescence (12,3%), des enfants qui présentent des difficultés persistantes pendant l'enfance et l'adolescence (39%), et un groupe dont les difficultés émergent ou s'affirment au moment de l'adolescence (26%). Les enfants et adolescents présentant des difficultés relationnelles se caractérisent par des comportements prosociaux moins fréquents (comportement spontané d'aide, de coopération, de partage).

Ces difficultés relationnelles peuvent donc apparaître tôt dans l'enfance, ou plus tardivement à l'adolescence, présenter un caractère temporaire ou au contraire durable, se traduire par des troubles du comportement bruyants (opposition voire agression), ou discrets (inhibition, évitement des relations sociales), être un motif de plainte ou être acceptées comme un trait de personnalité. Bien que non systématique dans la problématique des TSLO, ces difficultés

relationnelles au visage polymorphe sont nettement plus fréquentes que chez l'enfant « tout venant » et peuvent constituer une source importante de problèmes d'adaptation sociale, y compris à l'âge adulte (Jacob et Maintenant, 2017).

Il nous semble que ces difficultés d'ajustement social soient à mettre en lien avec les troubles, eux aussi neuro-développementaux, de la pragmatique du langage. Ces différents troubles faisant partie du même « spectre » du langage et des apprentissages, nous imaginons bien que le défaut de développement de l'un (langage verbal par exemple) peut être associé à un même défaut de développement de l'autre (pragmatique du langage par exemple).

Quant à la problématique du harcèlement scolaire, Pauline Lorrilliere, dans son travail de thèse a pu mettre en évidence que les enfants harcelés avaient tendance à avoir un défaut de reconnaissance des émotions faciales d'autrui. Or, cette capacité est en lien avec la pragmatique du langage mais aussi l'empathie.

Et comme nous l'a montré Nicole Catheline, harceleur et harcelé ont souvent une problématique de fond identique : « chez sa victime, le harceleur reconnaît une faille qu'il ne veut pas voir chez lui » (Catheline, 2015, p29). La victime peut donc un jour devenir harceleur, et c'est une situation que l'on rencontre souvent.

Ainsi, outre les difficultés purement scolaires que rencontrent les enfants présentant un trouble spécifique du langage oral, leurs temps à l'école peuvent être entachés d'une problématique de harcèlement, elle-même lourde de conséquences. Et ce d'autant plus que le harcèlement continue très souvent une fois au domicile, sur les réseaux sociaux.

#### VII.4 Des conséquences psycho-affectives

La place des affects et de la vie psychique est centrale dans la genèse du langage oral. Mais les affects et le monde interne du sujet peuvent être aussi perturbés en miroir par l'existence même des troubles du langage.

Comme nous l'avons vu, 50% des enfants présentant une problématique de langage ont une comorbidité psychiatrique dans l'étude de Cantwell et Baker (1991) : trouble anxio-dépressif et hyperactivité au premier plan. Ces auteurs ont également mis en évidence un taux bien plus élevé (80%) chez les enfants présentant un TSLO. Ils ont également revu la moitié de leur

cohorte 4 ans plus tard : la comorbidité psychiatrique est de 60% (tout trouble du langage oral confondu), ce qu'il suppose en lien avec la persistance et la durée des troubles du langage (*ibid*).

Un enfant avec TSLO ayant tendance à s'isoler de ses pairs, l'écart va donc se creuser au fil du temps, pouvant ainsi conduire à un faible sentiment dans la capacité à se constituer un réseau amical, ou plus largement à entrer en interaction avec les enfants de son âge (Fujiki, et al., 1996).

De façon plus générale, devant ces difficultés relationnelles et ces difficultés à formuler et partager sa pensée au monde extérieur, c'est toute la confiance en soi et l'estime de soi qui peuvent se retrouver touchées, ouvrant ainsi la porte à toute la problématique anxio-dépressive. Et ce d'autant plus si la constitution d'un objet interne stable n'a pu se faire correctement dans la petite enfance (milieu carencé, figure maternelle déprimée et absente, etc.).

Il nous semble qu'en pleine période de développement, toutes ces difficultés et leurs conséquences, de par les possibles aménagements défensifs face à elles, peuvent contribuer à façonner la personnalité de l'individu. *Construction de la personnalité et ses troubles dans les troubles du langage oral*, tel pourrait être un sujet de thèse à part entière.

## VII.5 Ce que dit la HAS pour les troubles spécifiques

Extrait de « *Commenta améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* », dernière publication de la HAS au sujet de ces troubles spécifiques (HAS, 2017a).

Les conséquences sont très variables en fonction :

- du degré des troubles
- de la nature du(es) trouble(s)
- de l'éventuelle présence de comorbidités
- du développement spontané par l'enfant de compensations ou de stratégies de contournement sur le plan cognitif
- de l'évolution avec l'accompagnement pédagogique
- de la précocité du diagnostic et des interventions thérapeutiques mises en place
- du suivi des soins engagés

- de l'environnement et de la qualité du soutien familial.

Tant que les processus cognitifs impliqués dans le développement des apprentissages ne sont pas automatisés, cela génère une surcharge attentionnelle et l'élève ne peut pas accéder à l'aspect « multitâche » de tout apprentissage. Les troubles occasionnent une lenteur, une fatigabilité, parfois des problèmes d'organisation ou des troubles du comportement. Ils peuvent nécessiter des aménagements et/ou des adaptations, voire des compensations dans certains cas.

En l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptés, il y a un risque :

- de décrochage scolaire voire d'échec scolaire, nécessitant des dispositifs scolaires particuliers
- d'apparition de troubles émotionnels secondaires : faible estime de soi, anxiété, dépression, faible intérêt ou dégoût pour la scolarité, opposition, agressivité réactionnelle
- de difficultés d'insertion professionnelle et sociale.

Ainsi, le développement du langage relève d'une complexité sans pareil, mettant en jeu aussi bien les processus instrumentaux que ceux contribuant à l'émergence de la pensée symbolique et à la constitution d'un objet interne stable, véritable socle des acquisitions futures. Malheureusement, de nombreux enfants sont reçus en consultation pour une problématique de développement langagier, débutante ou bien avancée. Cela pose donc la question du dépistage de ces difficultés.

## **PARTIE II – ÉTUDE REALISEE EN NOUVELLE-AQUITAINE**

### **I Introduction**

Les difficultés de développement du langage oral touchent en France entre 8,2 et 26,8% des enfants selon les études (Guillaud-Bataille et al., 2001 ; Vaivre-Douret et Tursz, 1999). A l'étranger, les enquêtes retrouvent une prévalence de l'ordre de 3,8% à 5,94% (Shriberg et al., 1998 ; Law et al., 1998). Les troubles spécifiques du langage oral ont une prévalence allant de 1 à 7% (Ringard, 2000 ; Tomblin et al, 1997 ; Law et al, 1998). C'est dans les années 2000 que des Centres Référents du Langage et des Apprentissages ont été instaurés, à la suite du rapport de Jean-Charles Ringard. Celui-ci a mis en évidence de grandes inégalités d'accès aux soins, et la disponibilité locale d'interlocuteurs de premier recours formés à ce sujet est apparu comme un facteur non négligeable (Ringard, 2000). Malgré la mise en place de ces centres référents, les enfants présentant un tel trouble du langage ne sont parfois pas toujours pris en charge en temps voulu, avec des délais d'attente pouvant dépasser un an dans certains centres.

En 2013, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE) a publié un rapport préconisant une organisation en plusieurs niveaux de recours afin de résoudre les inégalités d'accès aux soins par le désengorgement des structures existantes (CCNSE, 2013).

Quatre ans plus tard, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie de nouvelles recommandations (HAS, 2017a) : « *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* ». Dans ces dernières, l'organisation des soins est basée sur 3 niveaux, le 3<sup>ème</sup> étant celui des CRTLA et dont les missions sont l'évaluation des cas dits très complexes, la recherche et la formation (Annexe 4). La HAS préconise également un repérage précoce des troubles du langage, avant 3 ans (HAS, 2017b) (Annexe 2). En effet, les conséquences de ces troubles du langage sont notables à court, moyen et long terme, nous venons de le voir.

C'est dans ce dernier point que notre travail de thèse trouve son hypothèse principale : les troubles du langage oral sont repérés et pris en charge trop tardivement.

Notre objectif principal est de faire un état des lieux du dépistage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans chez les médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres et pédopsychiatres.

Nos objectifs secondaires sont les suivants :

- Étudier et tenter de repérer les facteurs associés contribuant à une prise en charge précoce de ce trouble.
- Grâce à un deuxième questionnaire, mettre en parallèle l'idée que se font ces médecins d'une prise en charge orthophonique avec la « réalité de terrain » des orthophonistes.

## **II Matériels et méthodes**

### II.1 Questionnaire adressé aux médecins

#### II.1.1 Méthodologie générale

##### *II.1.1.1 Schéma de l'étude*

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale, au plan régional (Nouvelle-Aquitaine) par auto-questionnaire réalisée sur un peu plus de 3 mois. Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers le 26 mars 2018 (Annexe 5)

Grâce à la plateforme en ligne *Google Forms*, nous avons envoyé un questionnaire aux médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres et pédopsychiatres de la région Nouvelle Aquitaine. Ce questionnaire anonyme concerne le dépistage des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans.

##### *II.1.1.2 Population cible*

Elle est constituée de médecins généralistes, de médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), de médecins pédiatres et de médecins pédopsychiatres exerçant en Nouvelle-Aquitaine, que ce soit en libéral, en hospitalier ou en médico-social.

Ces médecins ont été invités à participer de plusieurs manières :

- Les médecins généralistes de Poitiers et ses environs, ont été sollicités après avoir pris contact au téléphone avec un médecin d'une association locale ; ceux connus personnellement ont été sollicités de vive voix puis par mail ; et ceux de Nouvelle-Aquitaine après avoir contacté par mail chaque Président et Secrétaire des antennes de l'ensemble des départements du syndicat MG France.
- Les médecins de PMI ont été sollicités par le médecin coordonnateur du service de PMI du Conseil Départemental de la Vienne, après l'avoir contactée par téléphone.
- Les médecins pédiatres, libéraux pour une bonne partie, ont été sollicités par le biais de l'antenne Nouvelle-Aquitaine de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), après avoir contacté par téléphone puis par mail le médecin responsable de l'antenne Nouvelle-Aquitaine, et avoir rencontré celui responsable de celle de Poitou-Charentes. Ce dernier a également interpellé le Secrétaire Général de la délégation Nouvelle-Aquitaine du Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF), qui a alors diffusé ce questionnaire aux 189 pédiatres adhérents.
- Les médecins pédopsychiatres quant à eux, ont été sollicités personnellement de vive-voix et/ou par mail pour ceux que nous avons pu côtoyer durant notre internat (Angoulême, Poitiers, La Rochelle), et pour l'ensemble des autres de Nouvelle-Aquitaine par mail après avoir contacté par téléphone un à un les secrétariats des services de pédopsychiatrie des différents centres hospitaliers de la région (Bordeaux, Limoges, Périgueux, Cadillac, Libourne, Dax, Montpon-Ménéstérol, Mont-de-Marsan, Pau, Bayonne).

L'ensemble de ces médecins était invité à redistribuer le mail qui leurs était adressé au public concerné dans leur entourage professionnel.

Courant avril 2018, les médecins des différentes spécialités étudiées ont été invités, ou réinvités, à participer par leur Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), après que nous avons contactés ces derniers par mail pour leur demander la diffusion de notre enquête (Annexe 6).

Malgré les moyens modernes de communication existant actuellement, nous regrettons les difficultés rencontrées pour joindre les CDOM.

Du fait de la législation de la CNIL, les Conseils Départementaux n'ont pu nous mettre en copie du mail de diffusion. Nous n'avons donc aucune idée précise du nombre de médecins ayant reçu notre questionnaire. Les grandes difficultés à joindre les CDOM par téléphone nous a en effet conduit à n'utiliser que la voie informatique, pouvant limiter ainsi la diffusion de notre enquête. Par ailleurs, quelques CDOM n'ayant a priori pas de liste d'emails nous ont répondu avoir publié sur leur site internet dans la rubrique « questionnaire thèse » le lien de notre questionnaire en ligne. Nous pensons malheureusement que peu de médecins accèdent spontanément et volontairement à cette dernière. De plus, nous avons reçu très peu de réponses lors de nos sollicitations du syndicat MG France, nous faisant ainsi douter de la redistribution de notre questionnaire. Le nombre de médecins ayant reçu le questionnaire est donc probablement bien inférieur au nombre total de médecins en Nouvelle-Aquitaine ; nombre que nous détaillerons ultérieurement.

Nous nous sommes posé la question d'intégrer les médecins de l'Éducation Nationale à notre population cible. Après avoir rencontré le médecin conseiller technique du Rectorat de l'Académie de Poitiers, nous avons décidé de ne pas les solliciter. En effet, il nous a informé qu'une infime partie de ces médecins, en grand sous-effectif soit dit en passant, rencontrait un public aussi jeune ; la première rencontre obligatoire avec un médecin scolaire est à 6 ans, d'après la circulaire n°2015-118 du 10-11-2015 du Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale (Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale, 2018).

### *II.1.1.3 Population générale*

Afin d'établir le nombre exact de médecins de chaque spécialité dans la région Nouvelle-Aquitaine (Tableau 4), nous nous sommes basés sur les derniers chiffres officiels de l'Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (Mourgues, 2017).

En Nouvelle-Aquitaine :

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Médecins généralistes</b>	4604	3825	<b>8429</b>
<b>Médecins de pmi</b>	*	*	<b>127**</b>
<b>Pédiatres</b>	130	330	<b>460</b>
<b>Pédopsychiatres</b>	39	45	<b>84</b>
<b>Total</b>			<b>9100</b>

**Tableau 4 - Effectifs médicaux en Nouvelle-Aquitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2017**

\* : données manquantes

\*\* : données obtenues après contact téléphonique le 02.08.18 dans chacun des 12 Conseils Départementaux de Nouvelle-Aquitaine, comprenant des médecins titulaires et vacataires

En France (métropole + DOM + COM) :

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Médecins généralistes</b>	46 676	41 461	<b>88 137</b>
<b>Médecins de PMI</b>	*	*	<b>2690**</b>
<b>Pédiatres</b>	2094	5163	<b>7257</b>
<b>Pédopsychiatres</b>	266	327	<b>593***</b>

**Tableau 5 - Effectifs médicaux en France (métropole, DOM et COM) au 1<sup>er</sup> janvier 2017**

\* : données manquantes

\*\* : effectifs d'après la DREES en 2012 (Amar et Borderies, 2012)

\*\*\* : chiffres concernant les médecins s'étant déclarés comme uniquement pédopsychiatres, ne prenant pas en compte les psychiatres ayant une activité mixte, s'occupant d'adulte et de bébés, enfants et/ou adolescents.

#### II.1.1.4 Critères d'étude

Le critère de jugement principal est l'association stricte des trois éléments suivants :

- Prescription d'une consultation ORL à 24 mois (question 25 réponse 2, « ORL »)
- Prescription d'une consultation orthophonique à 24 mois (Q25-4 « orthophoniste » et Q37-1 « avant la scolarisation en maternelle » et Q38-5 « je l'adresse dans tous les cas »)
- Revoir l'enfant en consultation dans les 6 mois, 6<sup>ème</sup> mois compris (Q41-1 « 1 mois » ou -2 « 2 mois » ou -3 « 3 mois » ou -4 « 6 mois »)

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Médecins sus-cités prenant en charge des enfants entre 0 et 4 ans
- Médecins sus-cités ayant accepté de répondre au questionnaire

Le critère de non-inclusion est le suivant :

- Médecins de l'Education Nationale (non confrontés à cette tranche d'âge)

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Médecins n'ayant pas répondu au questionnaire
- Médecins ayant répondu qu'ils ne prenaient en charge aucun enfant aux tranches d'âge questionnées (Réponse 2 « non » aux questions 11 et 16 et 21 et 26)

#### *II.1.1.5 Facteurs étudiés*

Les différents facteurs étudiés sont :

- Le sexe
- Le nombre d'années de pratique
- Avoir au moins un enfant
- Avoir eu une formation au sujet des troubles du langage
- Quel(s) type(s) de formation
- L'impression d'avoir suffisamment de temps pour évaluer le développement global de l'enfant
- Prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication verbale et non verbale chez un enfant présentant un trouble du langage
- Analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral
- Le fait d'être interpellé ou non par l'absence d'association de 2 mots à 2 ans
- Rechercher des antécédents familiaux
- Faire passer l'Indice Français du Développement Communicatif (IFDC)
- Connaître le DPL3

#### *II.1.1.6 Nombre de sujets nécessaires*

Les multiples situations cliniques rencontrées au CRTLA ainsi que les nombreux discours de notre entourage médical, aussi bien dans notre pratique professionnelle que dans nos réseaux personnels, nous laissent à penser qu'une très faible partie des médecins dépistent les troubles du langage oral comme nous l'avons proposé dans notre critère de jugement principal.

Nous faisons donc l'hypothèse que seul 15% des médecins réalisent un dépistage tel que nous l'avons proposé.

Partant de cette hypothèse, nous devons inclure 195 sujets afin d'avoir une puissance suffisante pour l'analyse de nos résultats, au seuil de 5%.

### II.1.2 Constitution du questionnaire

Les 49 questions posées à ces médecins (Annexe 7) sont réparties en 6 domaines :

- *Généralités* : 4 questions
- *Votre formation* : 3 questions
- *Votre consultation* : 27 questions, dont 20 sont réparties en 3 sous-parties :
  - Enfant de 9 mois
  - Enfant de 18 mois
  - Enfant de 24 mois
  - Enfant de 3 ans
- *Les orthophonistes* : 7 questions
- *Parlons du langage* : 6 questions
- *A vous la parole* : 2 questions

La page de remerciements du questionnaire met à leurs disposition les signes d'alerte édités par la HAS ainsi que deux guides et une échelle d'évaluation du langage (annexe 8).

Le questionnaire que nous avons créé pour cette étude est inspiré de la pratique quotidienne au CRTLA, de divers articles scientifiques que nous détaillerons ci-après, ainsi que d'un mémoire d'Orthophonie de l'Ecole d'Orthophonie de l'Université de Poitiers (Leroux, 2016).

Les sous-parties suivantes reprennent les différentes sections du questionnaire.

#### II.1.2.1 Généralités

Concernant les généralités, il nous a semblé plus judicieux de demander le nombre d'années de pratique médicale plutôt que l'âge du fait d'un certain nombre de médecins ayant réalisé une autre profession ou un autre cursus universitaire avant d'entamer des études de Médecine.

Lors de l'analyse des résultats, nous avons réalisé l'oubli d'une question pourtant évidente, à savoir celle de leur lieu d'exercice, ce que nous regrettons fortement. En effet, au vu du manque de médecins actuel et des fameux « déserts » dans lesquels les jeunes médecins ne souhaiteraient pas s'installer faute d'infrastructure a minima urbaine, la pyramide des âges n'est sûrement pas la même en plein centre-ville de Limoges, Bordeaux ou Poitiers que dans un lieu reculé de la Creuse, des Landes ou des Deux-Sèvres. Par ailleurs, nous pensons que ces médecins isolés n'ont guère le temps de continuer à se former, compte tenu d'une patientèle très importante. Ainsi, nous regrettons de ne pas pouvoir analyser cet éventuel critère de localisation professionnelle. Ceci est d'autant plus dommage car nous faisons l'hypothèse, d'après un certain nombre d'enfants et de parents reçus au CRTLA, que les familles les plus isolées et dans le besoin sont aussi souvent celles chez qui les enfants développent des difficultés langagières. Ces enfants habitant dans un « désert » ont alors plus difficilement accès à des soins construits en réseaux.

#### *II.1.2.2 Votre formation*

Les problématiques langagières étant bien spécifiques, il nous semblait important d'avoir le ressenti des praticiens concernant leur formation à ce sujet, ainsi que celles éventuelles qu'ils auraient pu faire. Les réponses (choix multiples possibles) proposées étaient : DU/DIU, Congrès/séminaires, cours d'internat, formation continue, formation intra-hospitalière.

#### *II.1.2.3 Votre consultation*

Dans ce paragraphe seront détaillées les sous-sections du questionnaire, âges après âges puis différentes questions précises.

Nombre de médecins interrogés étant installés en libéral, la notion de la gestion du temps lors des consultations nous paraissait non négligeable. Le temps consacré à l'examen du développement général nous semble toucher nécessairement celui consacré à la communication. Car au-delà du « simple » langage verbal, c'est toute la communication verbale et non-verbale qu'il est important d'étudier. Enfin, le langage oral n'est pas que production, expression, il est aussi compréhension ; l'analyse séparée de ces deux versants est un élément fondamental de toute consultation touchant le langage et la communication.

#### ❖ Aux différents âges

Les questions suivantes reprennent en détails les enfants à différents âges clés du carnet de santé : 9 mois, 18 mois, 24 mois, 3 ans. Elles sont toutes construites sur le même modèle afin

de faciliter l'analyse : « Prenez-vous en charge des enfants de X mois/ans ? » / « A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ? » / « Quelle est alors votre démarche ? » / « Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ? » / « Quel(s) collègue(s) ? » ; à ceci près que les réponses proposées dans « A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ? » reprennent les items du carnet de santé à quelques variations près pour ne pas que les réponses soient trop évidentes.

La recherche d'un trouble de l'audition est bien évidemment attendue à tous les âges proposés. Adresser l'enfant à un ORL est donc une autre réponse attendue systématiquement. Quant aux orthophonistes, bien que ne pouvant réaliser de bilans standardisés qu'à partir de l'âge de 2 ans 9 mois, ils peuvent rencontrer des enfants dès leur naissance. Il nous paraît donc primordial qu'un avis auprès de ces professionnels soit pris dès le plus jeune âge en cas de difficultés langagières repérés. Concernant les ophtalmologistes, ils sont aussi à solliciter idéalement en cas de retard de langage, et plus largement en cas de difficultés de communication car comme nous avons pu le voir, les échanges de regard jouent un rôle central dans la communication, et ce dès le plus jeune âge.

Quant à la réponse proposée « guidance parentale +/- réassurance », il nous apparaît logique de la sélectionner quel que soit l'âge de l'enfant. En effet, il nous paraît évident que tout médecin devrait prendre le temps d'expliquer aux parents la situation en plus des prescriptions d'examens complémentaires et/ou demandes d'avis spécialisés, de les réassurer si nécessaire, et de les guider sur comment aider leur enfant à progresser (comme parler plus lentement, reformuler ce que leur enfant dit, etc).

A l'âge de **9 mois**, l'absence de babillage est un signe qui doit commencer à interpeller.

A **18 mois**, la HAS souligne bien que les signes d'alertes sont l'absence de babillage et l'absence de mot signifiant (HAS, 2017b).

A **24 mois**, l'absence d'association de 2 mots est un signe qui doit interpeller sans équivoque, ces pseudo-phrases commençant à apparaître vers 18 mois normalement. Nombreux sont les enfants que nous rencontrons au CRTLA et pour qui la case « n'associe pas deux mots » dans leur carnet de santé n'est pas coché à 2 ans. C'est devant ce signe clinique majeur que nous avons décidé de fixer notre critère de jugement principal à l'âge de 2 ans. La HAS évoque également comme signe d'appel à cet âge un enfant qui n'a pas l'air de bien comprendre alors

qu'il communique bien, ainsi qu'un langage très pauvre (HAS, 2017b), soit moins de 50 mots de vocabulaire (Sommelet, 2007a). Enfin, un enfant qui ne comprend pas une consigne simple (sans geste associé) à 2 ans est un enfant pour qui des examens et des avis spécialistes doivent être demandés (HAS, 2017b ; Sommelet, 2007a). Quant à la démarche, étant donnée la possibilité de repérer un éventuel trouble du spectre de l'autisme lorsque des difficultés de communication sont présentes, une des réponses attendues, bien que ne faisait pas partie du critère de jugement principal, est « J'évalue la communication verbale et non verbale (jeu de 'faire semblant', imitation, pointage proto-déclaratif, attention partagée) » (HAS, 2017b).

A **3 ans**, l'absence de compréhension d'une consigne simple doit d'autant plus interpeller. Les autres signes particulièrement importants à cet âge sont l'absence de phrase constituées de 3 éléments (sujet – verbe – complément), ainsi qu'un langage non intelligible par des personnes non familières (*ibid*). Pour certains auteurs, l'absence de phrases syntaxiquement correctes de 3 mots doit interpeller à 3 ans et demi et non 3 ans (Glasel et Mazeau, 2017).

#### ❖ Antécédents familiaux

L'une des dernières questions de cette partie portent sur les antécédents familiaux, à savoir ce que les médecins recherchent, ou s'ils ne prennent pas toujours le temps de les questionner. Ces éléments familiaux, nous paraissent être d'une grande importance ne serait-ce que pour évaluer un éventuel risque d'évolution vers un trouble spécifique du langage, oral ou écrit, ou un trouble des apprentissages dont on connaît le caractère héréditaire comme nous allons le voir. En pratique au CRTLA, nous retrouvons très fréquemment dans la famille, même au deuxième degré voire plus, des difficultés en langage écrit ou oral (« *il a une tante dyslexique* »), en motricité globale (« *elle a un cousin de 9 ans qui ne sait toujours pas faire de vélo* ») ou fine (graphisme laborieux, manipulation de Lego® difficiles, etc.). En effet, les études génétiques montrent l'existence d'antécédents familiaux fréquents, au point qu'il semble parfois exister un « profil familial », sans qu'un type de transmission plus particulier puisse être mis en évidence (Plaza, 2016 ; Toppelberg et Shapiro, 2000). Les troubles praxiques étant eux aussi considérés comme des troubles neurodéveloppementaux, ils sont à rechercher au même titre que les troubles du langage dans la famille, mais aussi chez l'enfant en question.

#### ❖ Inventaire Français du Développement Communicatif

Les inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC), ou test de Kern, sont un outil de dépistage des troubles de la communication chez le bébé à différents âges : 12 mois, 18 mois et 24 mois (Kern et Gayraud, 2010). Ils sont basés sur des questionnaires parentaux

retracant le développement gestuel et langagier du nourrisson et du jeune enfant. Les questionnaires sont remis aux parents en salle d'attente ou en fin de consultation. Leur exploitation ne prend que quelques minutes et repose sur une feuille d'évaluation avec des repères en percentiles (du 10e au 90e) ou en pourcentages. Leur interprétation repose sur la trajectoire des résultats obtenus à 12, 18 et 24 mois et suppose une bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de sa famille, de son développement psychomoteur et de son style relationnel (Annexes 9 et 10).

#### ❖ DPL3

Le Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans, dont la première édition est parue en 2000, est un outil de repérage construit sur le principe de l'observation. Il privilégie une approche qui appréhende l'enfant selon 10 focalisations spécifiques. Celles-ci correspondent à des comportements attendus pour la tranche d'âge ciblée : de 3 ans à 3 ans et demi. Quatre domaines sont étudiés : la socialisation/communication, le graphisme, le vocabulaire et la compréhension/expression (Coquet et Maetz, 2010). La 2<sup>ème</sup> édition élargit la cible de ses utilisateurs : les enseignants (lors des activités de classe ou des ateliers, lors des moments individualisés avec l'enfant), le médecin ou l'équipe de PMI qui reçoit l'enfant en consultation, et les orthophonistes, comme outil de première intention.

#### ❖ A 4 ans

Bien que le titre de notre travail mentionne les enfants de 4 ans, nous avons décidé de ne pas inclure dans notre enquête une question au sujet du test ERTL 4 (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans). En effet, notre souci principal étant les enfants d'âges préscolaires, nous avons pris le parti de ne pas inclure ce test dont l'âge limite supérieur est 4 ans 6 mois.

#### *II.1.2.4 Les orthophonistes*

Ces quelques questions visent à mettre en lumière d'éventuelles méconnaissances du métier d'orthophoniste. Nous faisons l'hypothèse qu'un nombre relativement élevé de médecins n'orientent pas vers un orthophoniste suffisamment tôt du fait d'idées fausses, comme par exemple l'âge de l'enfant à partir duquel un orthophoniste peut intervenir. En effet, en discutant avec des médecins d'âge avancé, ceux-ci rapportent avoir appris qu'un enfant ne pouvait pas être examiné sur un plan orthophonique avant 4 ans du fait d'un manque de stabilité de l'enfant durant l'examen et car il fallait attendre l'effet de la scolarisation et de la socialisation.

Ainsi, un enfant qui ne parle pas peut bien être pris en charge par un orthophoniste, même dès sa naissance si nécessaire. Dans les premières semaines ou mois de vie, le premier motif de consultation orthophonique concerne souvent les troubles de l'oralité.

« *A partir de quel moment envoyez-vous un enfant chez un orthophoniste ?* » est une question centrale dans notre travail. Comme nous l'expliquions, de nombreux parents évoquent un certain retard de prise en charge après avoir entendu « on attend la scolarisation ». La réponse « *Avant la scolarisation en maternelle* » fait donc partie de notre critère de jugement principal.

« *Pour quel(s) motif(s) n'adresseriez-vous pas un enfant à un(e) orthophoniste ?* » est également une question non négligeable, l'idée étant d'en dégager quels sont les éventuels freins à une prise en charge orthophonique précoce. De même pour la question sur la capacité à tirer les informations principales d'un bilan orthophonique.

Enfin, il nous paraît essentiel que tout médecin qui reçoit un enfant pour une problématique langagière, ou qui en décèle une, revoie l'enfant spécifiquement à ce sujet dans les 6 mois, ne serait-ce que pour en apprécier l'évolution. Le fait de revoir l'enfant à ce sujet dans les 6 mois, 6<sup>ème</sup> mois compris, fait donc partie de notre critère de jugement principal. Au-delà de ce suivi rapproché, il semble évident qu'un suivi à long terme doit également se mettre en place.

#### *II.1.2.5 Parlons du langage*

Quelques-unes de ces questions visent à se faire une idée des représentations qu'ont les médecins du langage et de ses problématiques.

Le rôle des carences psycho-affectives et socio-culturelles dans le développement de trouble du langage nous semble, en tant que pédopsychiatre, prépondérante dans certains cas (Golse, 1996). La question à ce sujet vise à connaître la position d'autres médecins probablement moins familiarisés avec cette problématique.

Les deux questions suivantes sont plus théoriques :

- « *La déficience mentale légère en âge pré-scolaire a pour signe principal un déficit du langage* » : Vrai, la déficience mentale légère en âge pré-scolaire a pour signe principal un déficit de langage (Billard, 2007). En effet, la cause la plus fréquente de déficit secondaire est le retard mental. Dans ce dernier, le déficit du langage touche la compréhension mais aussi le lexique.

- « *Les structures sophistiquées du langage (vocabulaire et morphosyntaxe) sont installées dans leurs versants réceptif et expressif avant l'âge de 3 ans* » : Vrai (Billard, 2007 ; Le Normand, 1999).

La question sur la prescription systématique d'un avis ORL et d'un audiogramme vient confirmer les réponses des médecins au sujet de ces deux points concernant l'audition.

Concernant la question sur les éléments pouvant entraver le développement du langage, elle vise à mettre en évidence les connaissances ou idées reçues des médecins à sujet :

- Des **troubles de la vision**, par leur entrave à la communication, peuvent bien gêner la mise en place du langage.
- Un **décès dans la famille**, de par le choc émotionnel qu'il peut engendrer au sein de la famille et chez l'enfant, peut venir restreindre les échanges verbaux intra-familiaux et contribuer à freiner le développement langagier.
- En revanche, **parler à un enfant avec des gestes** peut favoriser ledit développement. En effet, les gestes de l'interlocuteur peuvent venir appuyer sa parole et aident l'enfant à mieux s'imprégner de la signification des mots. Les trois « entrées » permettant les apprentissages étant la vision, l'audition et la motricité, parler à un enfant avec des gestes sollicite deux « canaux d'entrée » et favorise bien le développement du langage.
- La **baisse de l'audition**, nous l'avons vu, est le premier élément à éliminer devant un enfant avec retard de parole et/ou de langage tant son impact négatif peut être grand.
- L'**utilisation de la tétine** est controversée. « Quoi de plus vivant – quel doux euphémisme ! – qu'une réunion de professionnels de l'enfance négociant un consensus sur la pratique de la sucette » comme le disent Sylvain Missonnier et Nathalie Boige (Missonnier et Boige, *Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette*, p10). Bien que la succion non nutritive, du pouce ou de la sucette, puisse avoir des effets apaisants pour l'enfant, l'utilisation de cette dernière peut être un véritable frein au développement du langage. En pratique, nombreux sont les enfants que nous recevons au CRTLA et pour qui les parents nous disent qu'il ou elle a gardé la sucette jusqu'à 4 ans, 5 ans. Loin d'être l'unique cause d'un retard de langage, elle ne favorise clairement pas son développement ; « sous peur de la perdre, [la tétine] ne favorise pas l'expression de la parole » avertit le site info-langage.org (info-langage.org, 2018). Cela sans parler de l'intelligibilité du langage oral, certains enfants reçus en consultation étant quasiment inintelligibles du fait d'un palais et d'une denture grandement déformés vers l'avant. Sans parler non plus de la solution de facilité pour les parents de calmer des pleurs, voire

de diminuer le volume sonore du babillage de leur enfant en situation de groupe. Qu'en est-il alors du développement de sa pensée ?

- Un **handicap mental**, à prendre au sens de déficit cognitif, nous l'avons vu aussi, est une cause fréquente de déficit langagier.
- La **télévision**, ainsi que les **écrans tactiles (smartphone, tablette, etc)**, ne sont clairement pas recommandés avant l'âge de 3 ans. « Avant 3 ans, la meilleure émission, celle qui se crée lui-même », comme nous le dit la Campagne 3-6-9-12 : Maîtrisons les écrans. En effet, la télévision, même soi-disant spécifique au bébé, et même en présence d'un adulte, ne favorise pas les interactions « réelles » (regarder maman, mettre en bouche un objet, le toucher, le manipuler, le lancer, en bref jouer avec) car aucune parole n'est vraiment adressée au bébé ou au jeune enfant. (Tisseron, 2013). Celui-ci a également besoin qu'on lui lise des histoires, mais aussi qu'il feuillette des livres, des imagiers, pour que puissent s'installer les notions d'avant, pendant, après. C'est en se repérant dans le temps grâce aux interactions directes avec les personnes de son entourage que l'enfant entre pleinement dans le langage. « Le 'bain linguistique' réel, avec des enjeux émotionnels de communication, est incontestablement plus riche qu'une exposition à un écran » (Tisseron, *Grandir avec les écrans*, p20). Enfin, l'enfant doit aussi apprendre à faire face à l'absence, à l'ennui, au vide, lui permettant plus tard de ne pas être dans une activité permanente, *hyper-activité* dit-on parfois, dans une quête du « tout-tout-de-suite » (Ficheux, 2011 et 2013).
- **Faire répéter l'enfant pour qu'il prononce bien**, telle est une demande souvent pleine de bonne intention. Seulement, il est préférable d'obtenir plus de mots ou plus de phrases simples moins bien prononcées que des mots à la prononciation parfaite. Faire répéter peut être une source d'anxiété et de tension interne, et peut dans le pire des cas entraîner un bégaiement. Tout est une question de priorité à donner, l'articulation pourra être travaillée par la suite (Denni-Krichnel, 2009). En revanche, **reformuler ce que l'enfant a dit** permet de stimuler le développement de son langage, à condition de le laisser finir sa phrase avant, de ne pas interrompre son message.
- Un **bilinguisme parental au domicile** n'est, contrairement aux idées reçues, pas un facteur entravant le développement du langage (Kohl et al, 2008). Il est d'ailleurs conseillé aux parents de parler une langue chacun avec l'enfant, et toujours la même.
- Enfin, **les moments de jeux seuls (construction, poupées, voitures, etc)** favorisent le développement du langage. Ces jeux symboliques permettent la mise en place de l'écart intersubjectif, conférant peu à peu à l'enfant le sentiment d'être un individu à part entière, non fusionné à l'autre, « préalable évidemment indispensable à la possibilité de

pouvoir penser l'autre et de pouvoir s'adresser à lui » (Golse, *Qui aime bien châtie bien : un adage qui ne convient guère pour les bébés*, p65).

Quant au site internet info-langage.org, édité par la Fédération Nationale des Orthophonistes, il nous semble être une source de renseignements fiables et pratico-pratiques de grande qualité.

#### *II.1.2.6 A vous la parole*

A travers la question « *Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé aux troubles spécifiques du langage oral ?* » nous voulions savoir si ce questionnaire avait sensibilisé, sur une échelle de 0 à 5, les médecins y ayant répondu ; l'idée sous-jacente étant de confirmer ou infirmer notre hypothèse que trop peu de médecins sont au fait de cette problématique.

La dernière question recueille leur avis personnel sur notre sujet et les axes d'amélioration possibles, grâce au texte libre sans limite de caractères.

### II.2 Questionnaire adressé aux orthophonistes

L'idée de ce questionnaire, nettement plus court, est de pouvoir le mettre en parallèle avec celui des médecins, afin de comparer les pratiques et éventuelles « idées reçues » de ces derniers au sujet des orthophonistes avec leur « réalité de terrain » (annexe 11)

#### II.2.1 Population cible

Notre étude s'étendant sur toute la région Nouvelle Aquitaine, l'ensemble des orthophonistes travaillant en libéral et sur ce territoire était ciblé.

Les orthophonistes de Poitou-Charentes et Limousin ont été sollicités par mail par le Syndicat Régional des Orthophonistes de Charentes Poitou Limousin, et ce grâce aux orthophonistes du CRTLA et une orthophoniste installée en Charente qui ont pu transmettre au syndicat notre demande par mail.

Quant aux orthophonistes d'Aquitaine, nous regrettons l'absence de réponse du Syndicat Régional des Orthophonistes d'Aquitaine, malgré quatre sollicitations de notre part et sur différents canaux (mail, réseau social, praticien).

## II.2.2 Population générale

Nous n'avons malheureusement pas pu trouver le nombre d'orthophonistes exerçant en Nouvelle Aquitaine à ce jour, qui plus est le nombre de ceux installés en libéral.

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Aquitaine recensait 827 orthophonistes en 2009, tous modes d'exercice confondus (DRASS, 2009). L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Poitou-Charente en recensait elle 385 en 2015, tous modes d'exercice confondus aussi (ARS Poitou-Charente, 2015). Quant à la région Limousin, nous n'avons pu trouver leur nombre exact.

La carte en annexe 12, publiée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine met en évidence la grande disparité démographique des orthophonistes en Nouvelle Aquitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## II.2.3 Constitution du questionnaire

Les 8 questions à destination des orthophonistes touchent leur lieu d'installation (le département et le milieu, urbain ou rural), l'origine de la demande reçue le plus souvent (parents, école, médecin, autre), de quels médecins la prescription est la plus fréquente (généralistes, PMI, pédiatres, pédopsychiatres, autres), de quel type est la majorité des prescriptions reçues (« bilan d'investigation » ou « bilan et rééducation si nécessaire »), et dans quels délais il peuvent recevoir un enfant en situation non urgente, puis en situation urgente (moins de 50 mots de vocabulaire à 24 mois). Enfin, la dernière question est un espace de libre parole sans limite de caractères sur leurs relations avec les médecins prescripteurs, et sur le sujet qu'il souhaite.

Concernant les types de prescription reçues par les orthophonistes, il en existe trois :

- Bilan d'investigation : bilan à l'issue duquel l'orthophoniste adresse au médecin prescripteur un compte-rendu comportant le diagnostic orthophonique et les propositions de traitement. C'est alors le médecin qui prescrit si nécessaire une rééducation en conformité avec la nomenclature générale des actes professionnels. L'orthophoniste établit de son côté une demande d'accord préalable.
- Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : bilan à l'issue duquel l'orthophoniste adresse au médecin prescripteur un compte-rendu comportant le diagnostic orthophonique ainsi que les objectifs, le nombre et la nature des séances de

rééducation orthophonique s'il juge que celles-ci sont nécessaire. Sauf contre-indication médicale, l'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.

- Bilan de renouvellement : si à l'issue des 50 ou 100 premières séances de rééducation il est envisagé une poursuite de celle-ci, l'orthophoniste peut demander au médecin la prescription d'un « bilan de renouvellement » ; bilan à la suite duquel l'orthophoniste détermine lui-même s'il y a lieu de réellement poursuivre la rééducation, et en détermine le nombre et la nature des séances.

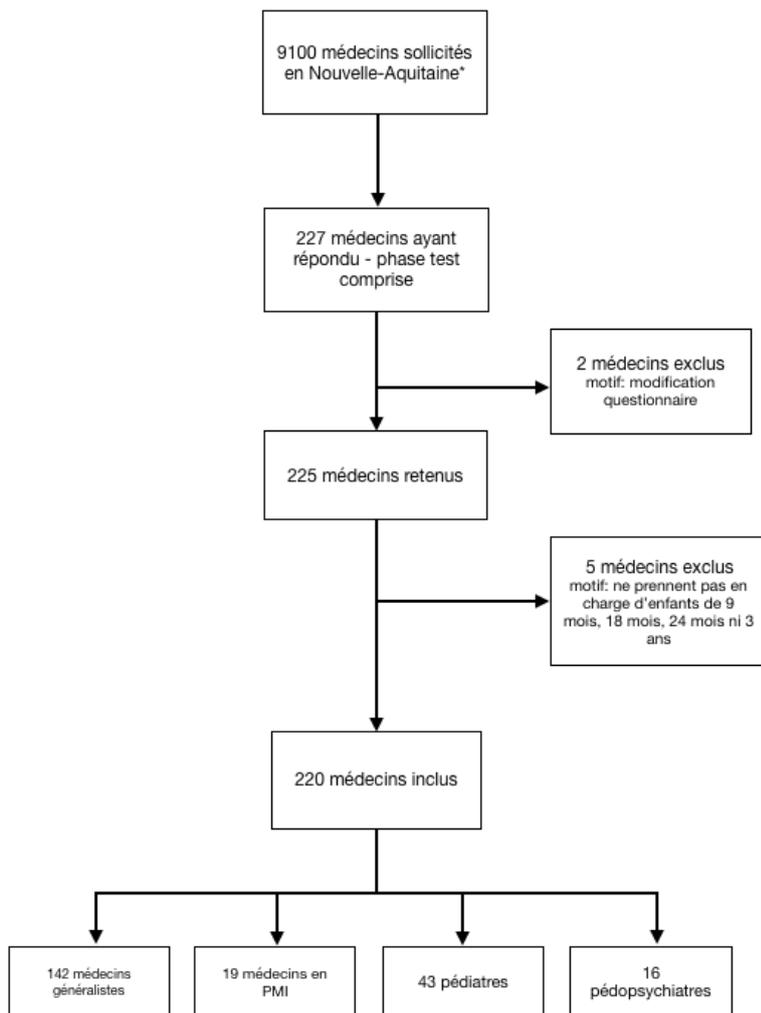
### **III Résultats**

#### III.1 Questionnaire adressé aux médecins

##### III.1.1 Déroulement de l'étude

Notre étude s'est déroulée du 27 mars 2018 au 9 juillet 2018. Une phase de test du questionnaire a été réalisée auprès de 6 médecins du 20 février 2018 au 27 mars 2017. Quatre réponses ont été incluses dans les résultats finaux étant donné que le questionnaire n'a plus été modifié.

Le diagramme de flux est présenté figure 7, ci-après.



**Figure 7 - Diagramme de flux de notre étude**

\* : données sûrement moins importantes en réalité du fait du mode de diffusion et de l'absence de mailing-list dans certains départements

### III.1.2 Caractéristiques des médecins inclus

L'ensemble des caractéristiques des médecins ayant été inclus est résumé dans le tableau 6. Les caractéristiques regroupées sont : le genre, le nombre d'années de pratique, avoir au moins un enfant, et avoir fait une formation sur les troubles du langage oral chez les enfants.

Si on se base sur le critère du sexe (tableau 7), il apparaît que notre population est représentative de celle de Nouvelle-Aquitaine pour les médecins pédiatres et pédopsychiatres. En revanche, la différence est nettement significative concernant la population de médecins généralistes ( $p < 0,001$ ). Concernant la population générale de médecins de PMI en Nouvelle-Aquitaine, nous n'avons malheureusement pas pu obtenir ce détail et donc ne pouvons évaluer la représentativité.

	Médecins généralistes <i>n = 142</i>	Médecins de PMI <i>n = 19</i>	Pédiatres <i>n = 43</i>	Pédopsychiatres <i>n = 16</i>	Total <i>n = 220</i>
<b>Sexe</b>					
<i>hommes</i>	54	0	10	4	68
<i>femmes</i>	88	19	33	12	152
<b>Nombre d'années de pratique</b>					
1 - 10	37	2	4	4	47
11 - 20	42	5	12	4	63
21 - 30	30	10	11	4	55
31 - 40	27	2	15	2	46
41 - 50	6	0	1	2	9
<b>Avoir un ou des enfant(s)</b>					
<i>oui</i>	118	18	41	14	191
<i>non</i>	24	1	2	2	29
<b>Formation trouble langage</b>					
<i>oui</i>	43	12	29	10	94
<i>non</i>	99	7	14	6	126

**Tableau 6 - Caractéristiques des médecins étudiés**

	Echantillon d'étude <i>n = 220</i>	Population générale (Nouvelle-Aquitaine) <i>n = 9100</i>	Proportion éch.étudié/pop. générale (%)	p-value**
<b>Médecins généralistes</b>	<b>142</b>	<b>8429</b>	<b>1,68 %</b>	< 0,001
<i>hommes</i>	54	4604	1,17 %	
<i>femmes</i>	88	3825	2,30 %	
<b>Médecins de PMI</b>	<b>19</b>	<b>127</b>	<b>14,96 %</b>	*
<i>hommes</i>	0	*		
<i>femmes</i>	19	*		
<b>Pédiatres</b>	<b>43</b>	<b>460</b>	<b>9,35 %</b>	0,484
<i>hommes</i>	10	130	7,69 %	
<i>femmes</i>	33	330	10 %	
<b>Pédopsychiatres</b>	<b>16</b>	<b>84</b>	<b>19,05 %</b>	0,113
<i>hommes</i>	4	39	10,26 %	
<i>femmes</i>	12	45	26,67 %	

**Tableau 7 - Comparaison échantillon étudié / population générale selon le critère sexe**

\* : données manquantes

\*\* : selon test du chi 2, au seuil 5%.

### III.1.3 Résultats bruts

Au vu du nombre de questions, l'ensemble des résultats ne sont pas repris en détails ici mais sont représentés dans les figures suivantes et sont analysés ultérieurement. Les différentes

proportions présentées sont toutes spécialités confondues. Les réponses « Autres » sont détaillées lorsqu'elles nous semblent pertinentes. Les caractéristiques des médecins inclus ayant été détaillées ci-dessus, les figures commencent à la question 7, « Quel(s) type(s) de formation ? ». Les valeurs indiquées sur les histogrammes représentent le nombre de médecins et non un pourcentage.

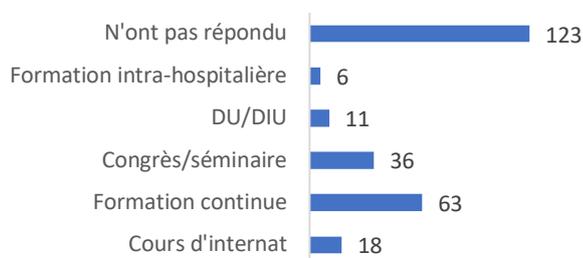


Figure 8 - Q7 - Types de formation faite sur les troubles du langage chez l'enfant

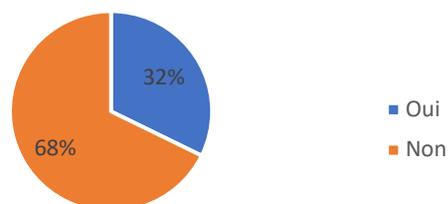


Figure 11 - Q9 - Pensez-vous prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication (verbale et non verbale) de l'enfant présentant un trouble du langage ?

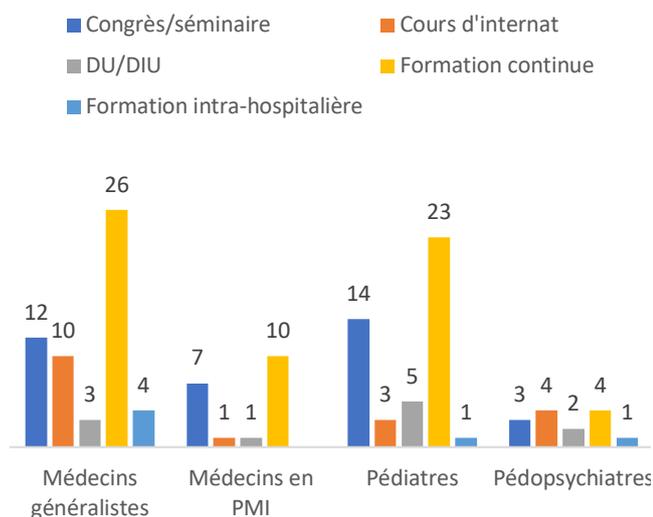


Figure 9 - Q7 - Types de formation faite par spécialité

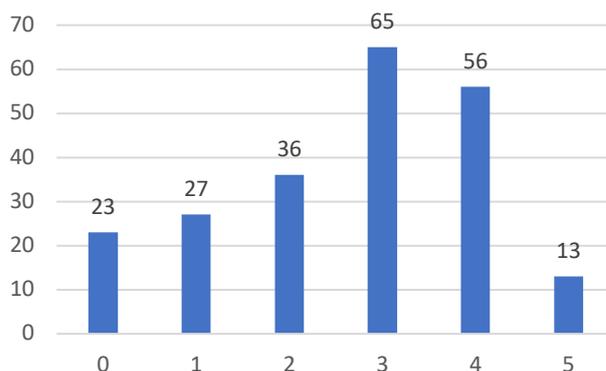


Figure 12 - Q10 - Analysez-vous bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral ?  
0 = non pas du tout  
5 = oui tout à fait

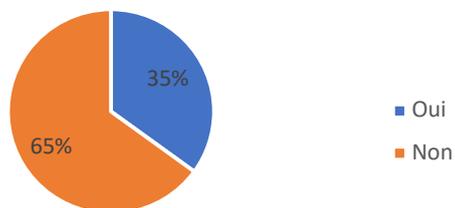
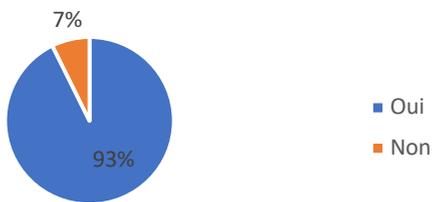
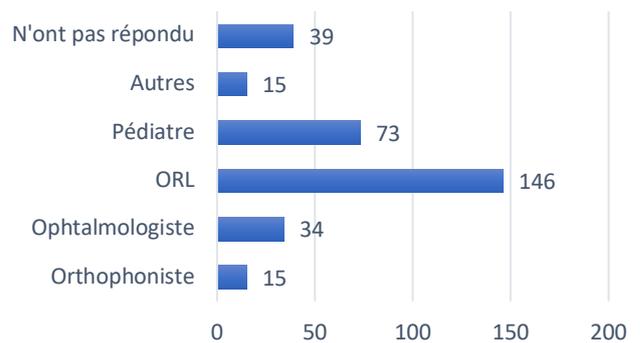


Figure 10 - Q8 - Impression d'avoir suffisamment de temps pour bien évaluer les éventuels troubles du développement (en général)

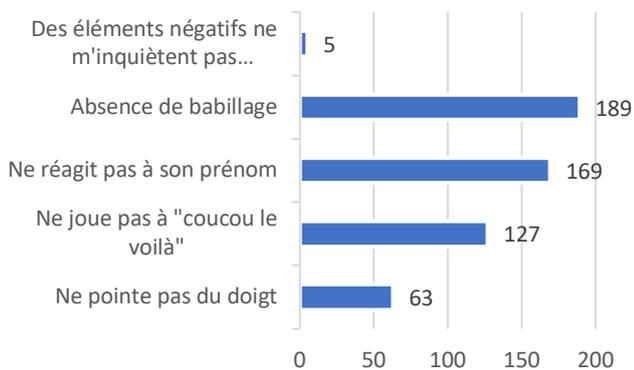
**Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à l'évaluation des enfants de 9 mois.**



**Figure 13 - Q11 - Prenez-vous en charge des enfants de 9 mois ?**



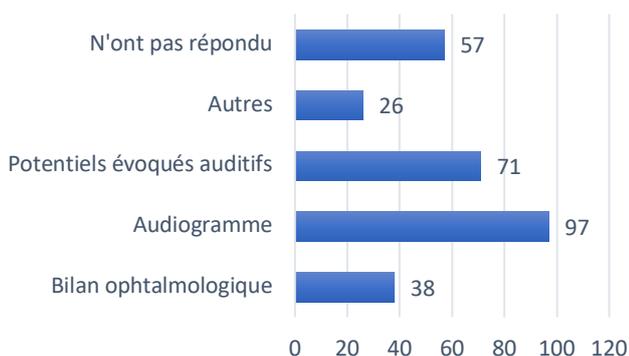
**Figure 17 - Q15 - Avis spécialisés demandés à 9 mois**



**Figure 14 - Q12 - Éléments particulièrement interpellant à 9 mois**

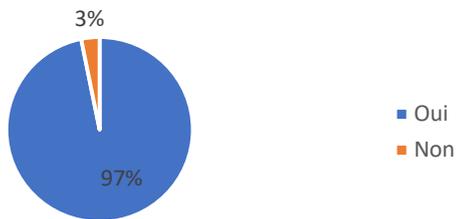


**Figure 15 - Q13 - Démarches réalisées à 9 mois**

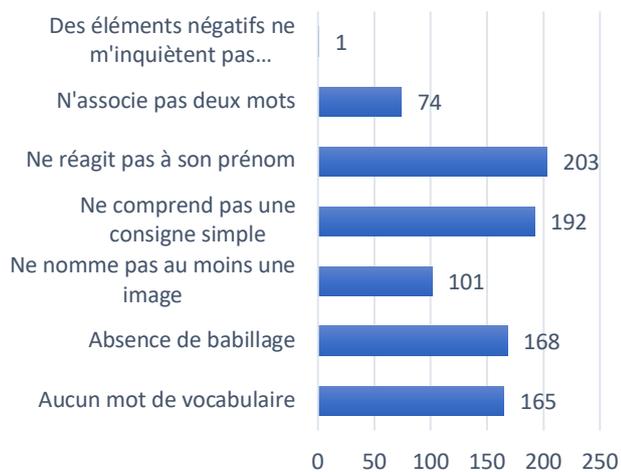


**Figure 16 - Q14 - Examens complémentaires prescrits à 9 mois**

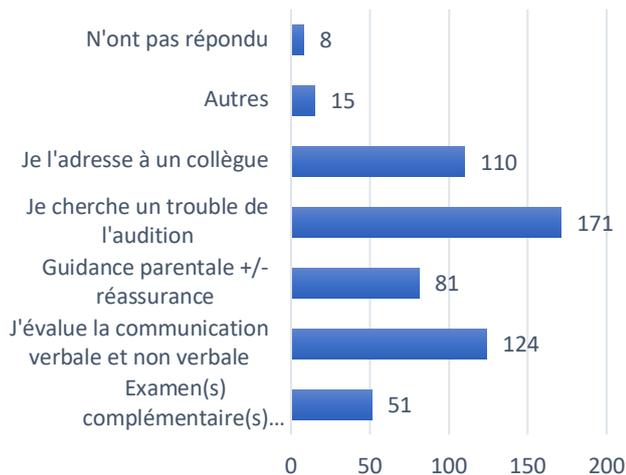
**Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à l'évaluation des enfants de 18 mois.**



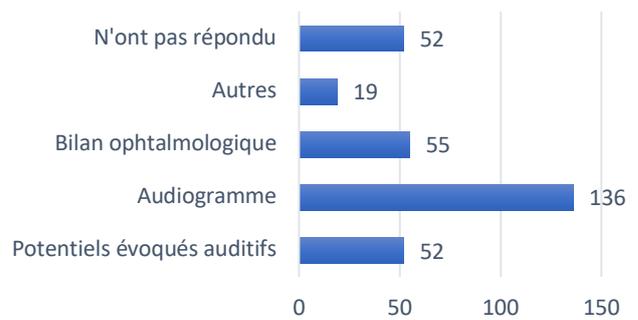
**Figure 18 - Q16 - Prenez-vous en charge des enfants de 18 mois ?**



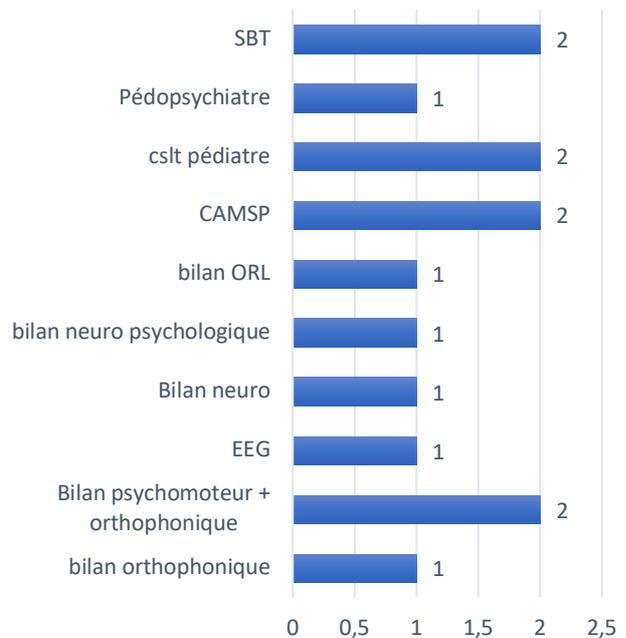
**Figure 19 - Q17 - Éléments particulièrement interpellant à 18 mois**



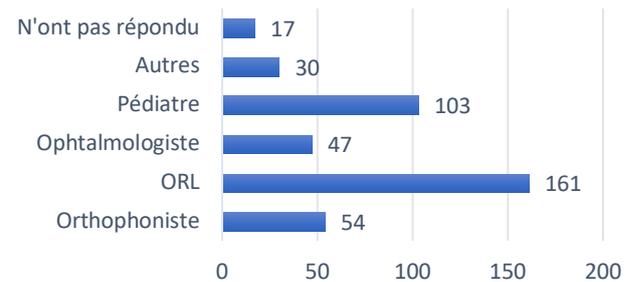
**Figure 20 - Q18 - Démarches réalisées à 18 mois**



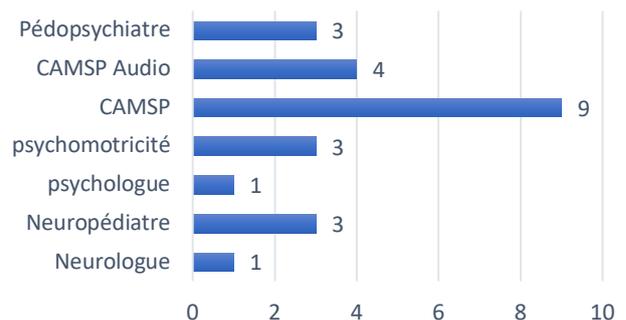
**Figure 21 - Q19 - Examens complémentaires prescrits à 18 mois**



**Figure 22 - Extrait des réponses « autres » des examens prescrits à 18 mois**



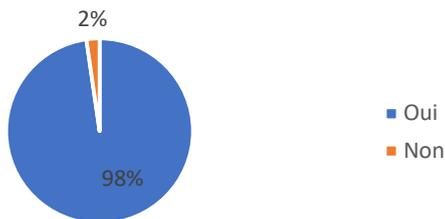
**Figure 23 - Q20 - Avis spécialisés demandés à 18 mois**



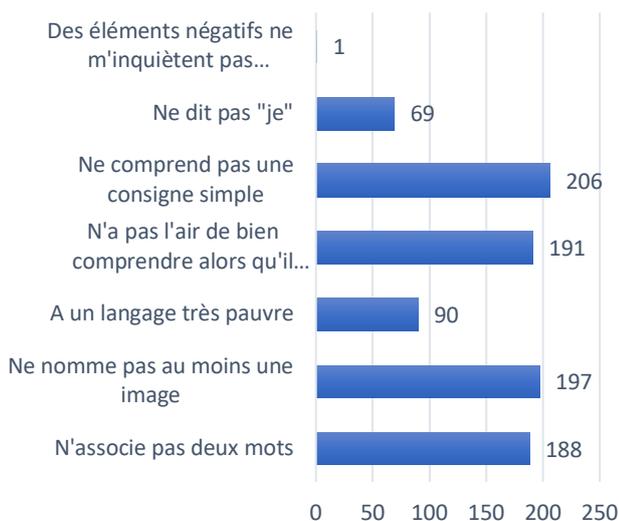
**Figure 24 - Avis spécialisés « autres » à 18 mois**

Le « CAMSP Audio », ou CAMSP Audiologie est a priori une spécialité bordelaise. Ce service travaille en partenariat avec le centre d'Audiologie du service ORL de l'hôpital Pellegrin (CHU). Il est notamment agréé pour le bilan et le diagnostic auditif chez les enfants de moins de 7 ans domiciliés en Gironde et adressés par les services de PMI, la médecine scolaire et le CAMSP polyvalent (description issue du site internet <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unites-medicales/CAMSP-audiologie/>).

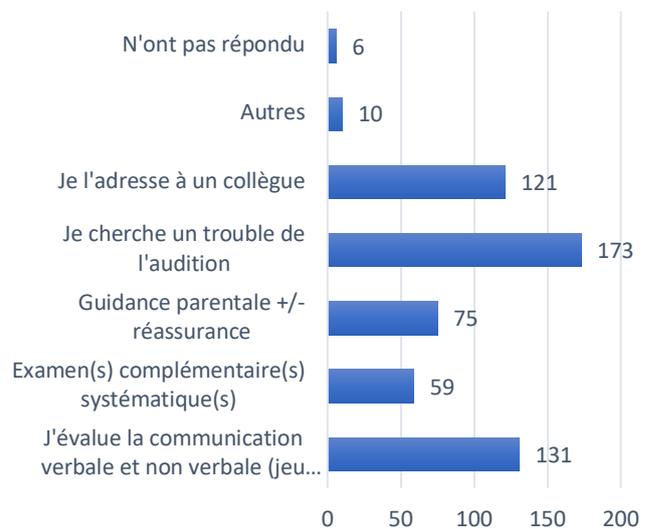
**Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à l'évaluation des enfants de 24 mois.**



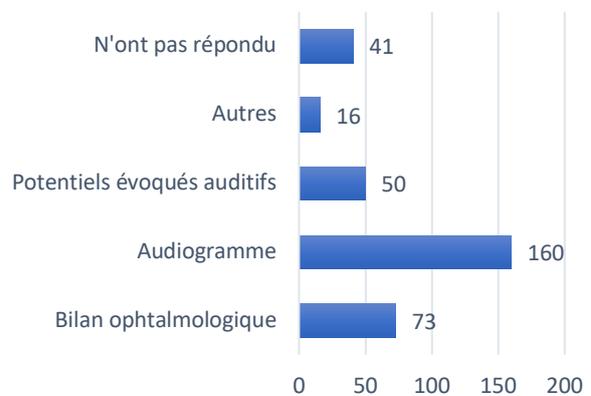
**Figure 25 - Q21 - Prenez-vous en charge des enfants de 24 mois ?**



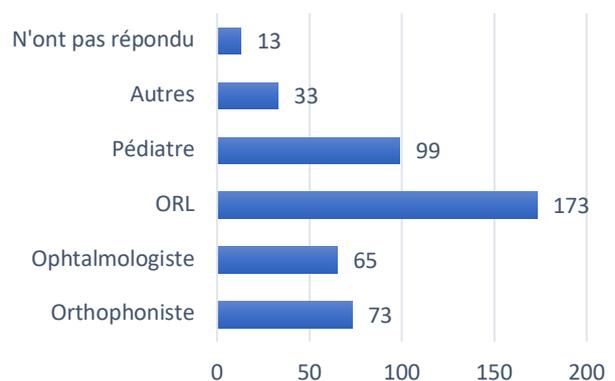
**Figure 26 - Q22 - Éléments particulièrement interpellant à 24 mois**



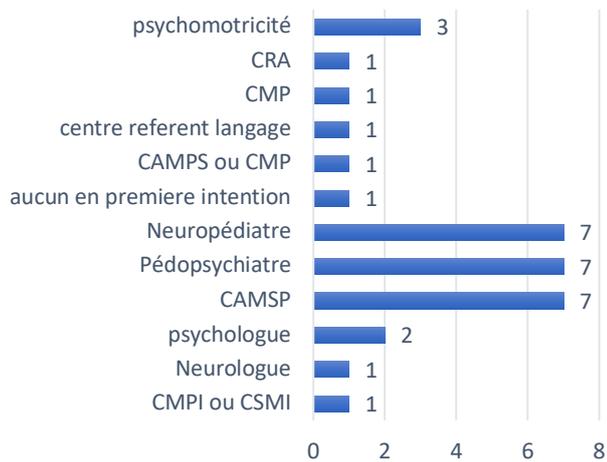
**Figure 27 - Q23 - Démarches réalisées à 24 mois**



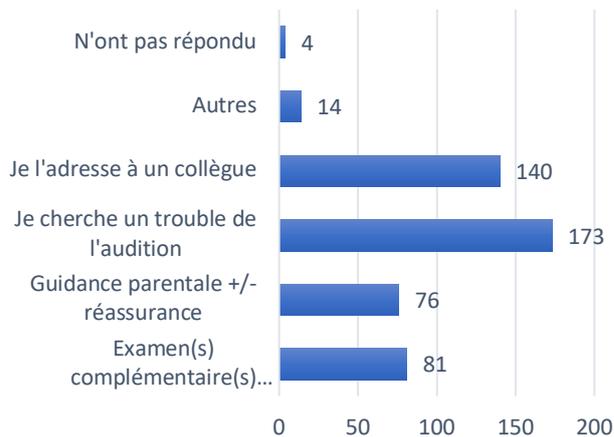
**Figure 28 - Q24 - Examens complémentaires prescrits à 24 mois**



**Figure 29 - Q25 - Avis spécialisés demandés à 24 mois**

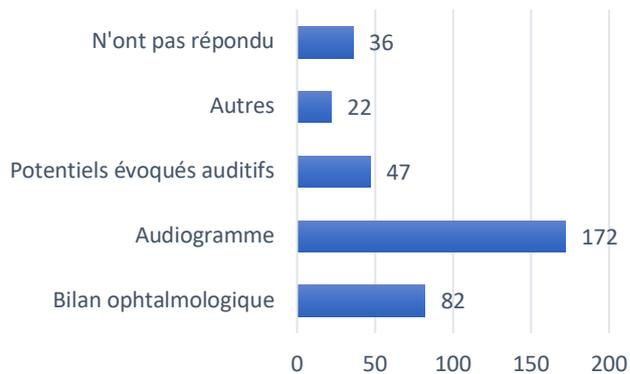


**Figure 30 - Avis spécialisés « autres » à 24 mois**  
 CMPI : Centre Médico-Psychologique Infantile  
 CSMI : Centre de Santé Mentale Infantile  
 CRA : Centre de Ressources Autisme

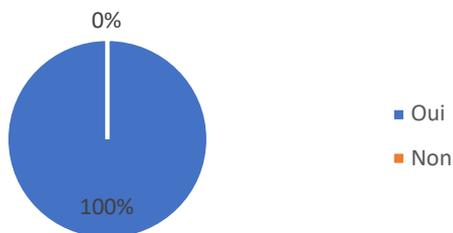


**Figure 33 - Q28 - Démarches réalisées à 3 ans**

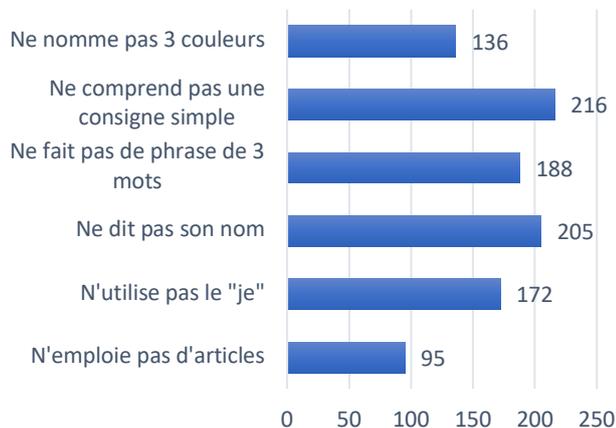
Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à l'évaluation des enfants de 3 ans.



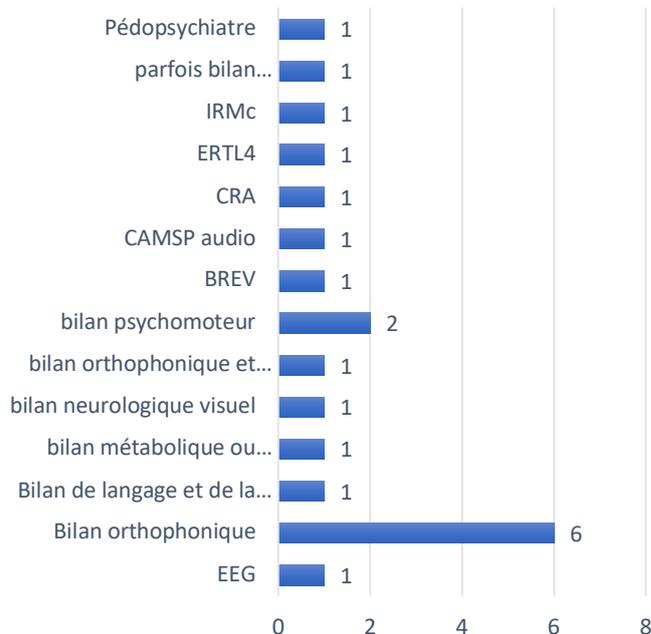
**Figure 34 - Q29 - Examens complémentaires prescrits à 3 ans**



**Figure 31 - Q26 - Prenez-vous en charge des enfants de 3 ans ?**



**Figure 32 - Q27 - Éléments particulièrement interpellant à 3 ans**



**Figure 35 - Examens complémentaires « autres » à 3 ans**

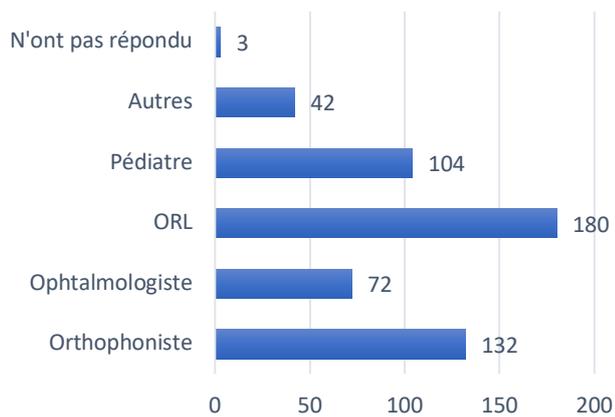


Figure 36 - Q30 - Avis spécialisés demandés à 3 ans

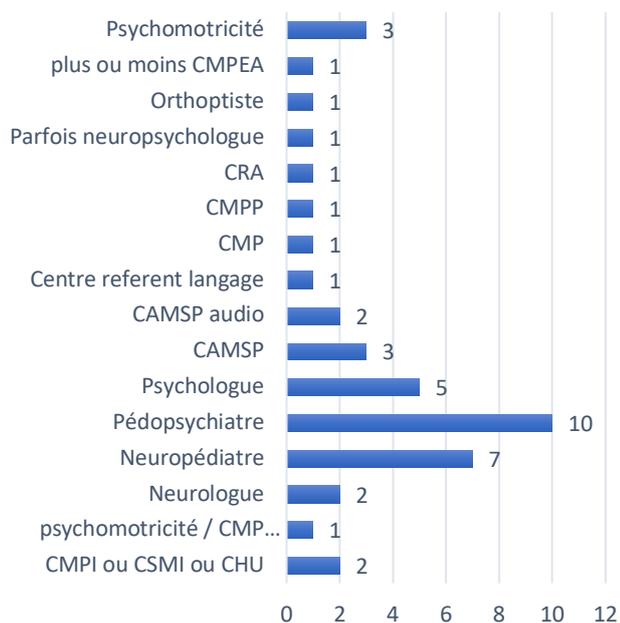


Figure 37 - Avis spécialisés « autres » à 3 ans

Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à des généralités durant leurs consultations.



Figure 38 - Q31 - Que recherchez-vous systématiquement dans les antécédents familiaux ?

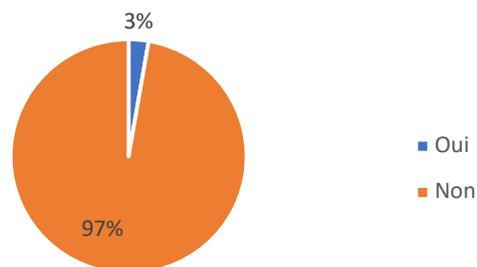


Figure 39 - Q32 - Proportion de médecins faisant passer l'IFDC

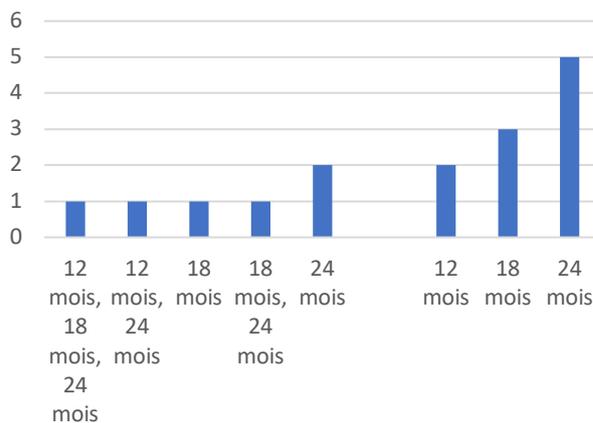


Figure 40 - Q33 - Détails des 6 médecins faisant passer l'IFDC

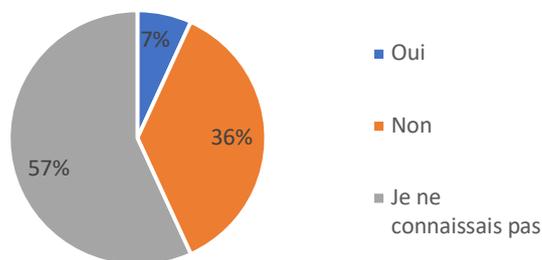
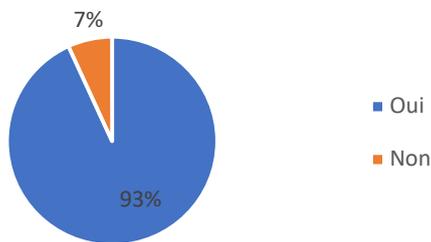
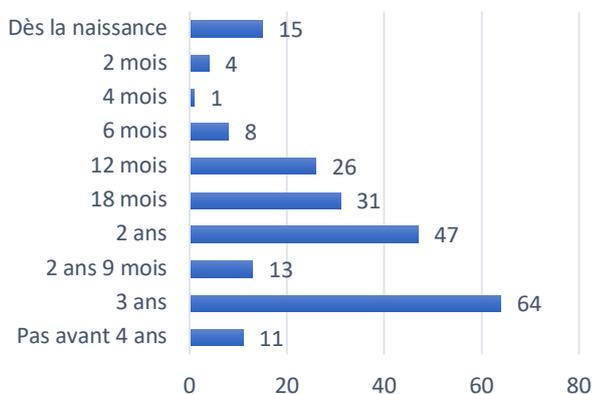


Figure 41 - Q34 - Proportion de médecins faisant passer le DPL3

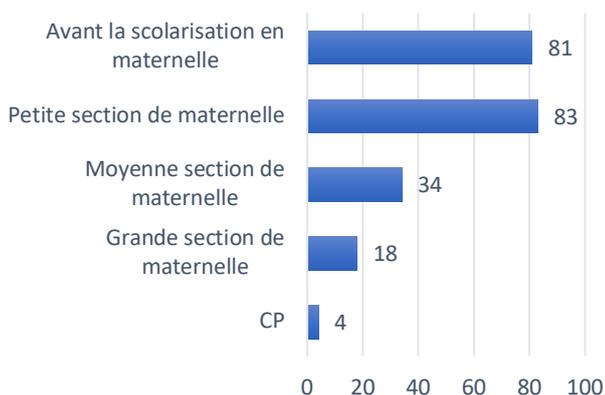
**Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à leur lien avec l'Orthophonie.**



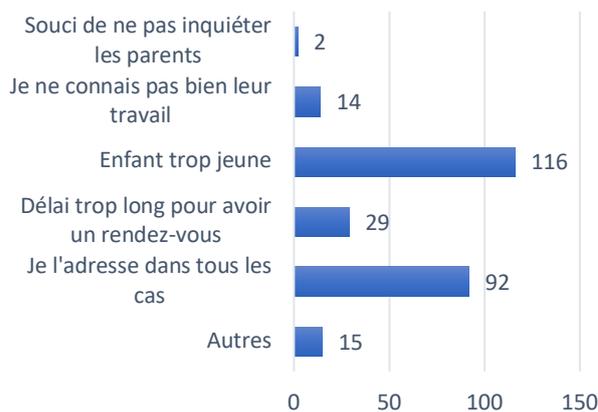
**Figure 42 - Q35 - Un enfant qui ne parle pas peut-il être pris en charge en orthophonie ?**



**Figure 43 - Q36 - A partir de quand peut-on adresser un enfant en orthophonie ?**



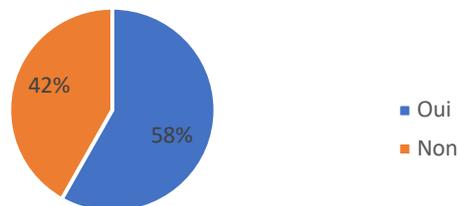
**Figure 44 - Q37 - A partir de quel moment envoyez-vous un enfant chez un orthophoniste ?**



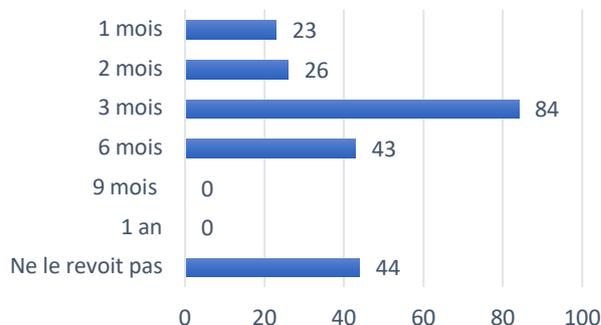
**Figure 45 - Q38 - Motifs de non envoi chez orthophoniste**

Quelques motifs « autres », pertinents ou qui interrogent (1 fois chacun) :

- « bilan ORL et pédiatrique à faire avant pour recherche étiologique »
- « connaissance de leur formation »
- « coût »
- « délai entre suspicion et confirmation du trouble »
- « je ne trouve pas d'indication »
- « l'éveil du langage peut se faire avec d'autres professionnels »
- « manque de maturité globale ou de stimulation (garde à domicile) »
- « opposition des parents »
- « peu d'orthophonistes formés à la prise en charge des moins de 2-3 ans dans le département »



**Figure 46 - Q39 - Pensez-vous savoir tirer les informations principales d'un bilan orthophonique**



**Figure 47 - Q40 et 41 - Proportion de médecins qui revoient ou non enfant ayant un probable retard de parole et/ou langage, et dans quels délais**

Les figures suivantes correspondent aux questions relatives à la partie du questionnaire *Parlons du langage*.

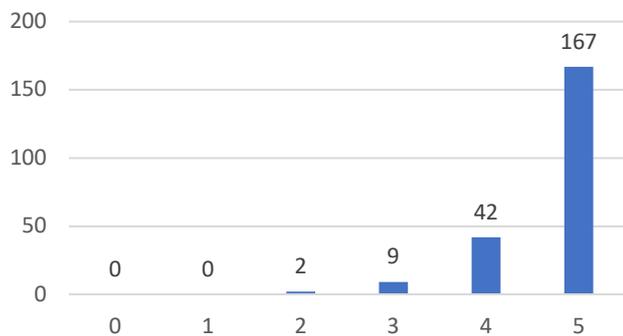


Figure 48 - Q42 - Des carences psycho-affectives et socio-culturelles peuvent-elles entraîner des troubles du développement du langage oral ?

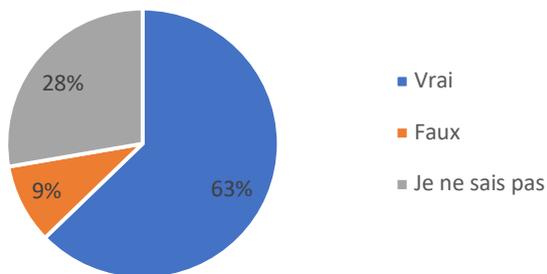


Figure 49 - Q43 - La déficience mentale légère en âge préscolaire a pour signe un déficit du langage

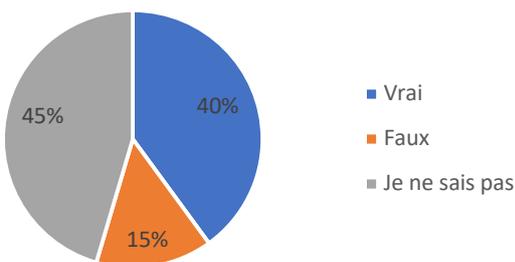


Figure 50 - Q44 - Les structures sophistiquées du langage (vocabulaire et morphosyntaxe) sont installées dans leurs versants expressif et réceptif avant l'âge de 3 ans.

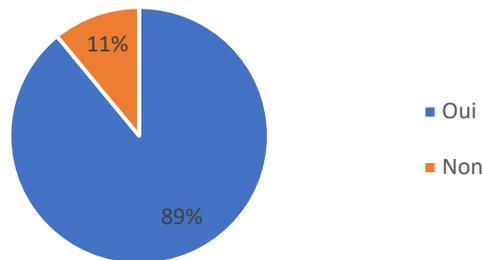


Figure 51 - Q45 - Prescription systématique de consultation ORL et d'audiogramme devant toute suspicion de retard de parole et /ou langage

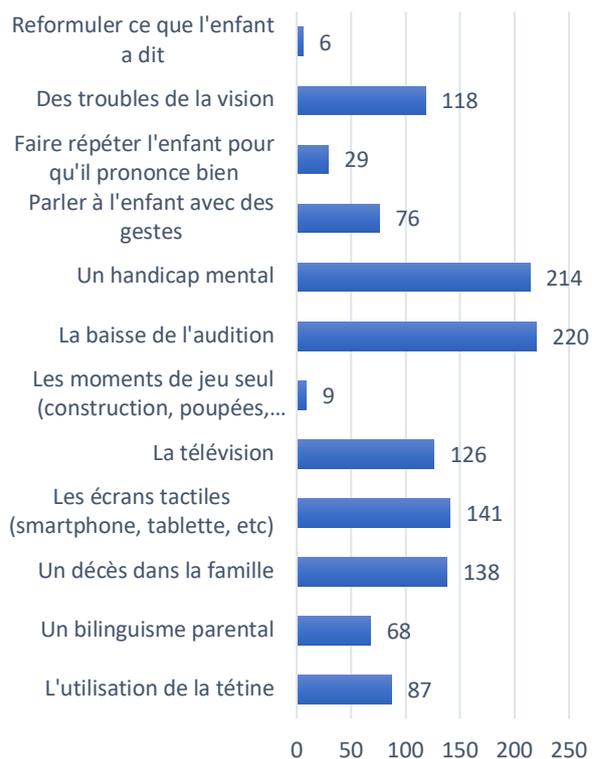


Figure 52 - Q46 - Lequel/lesquels de ces éléments peuvent entraver le développement du langage ?

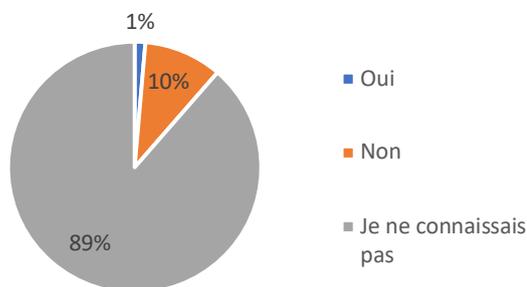


Figure 53 - Q47 - Conseillez-vous aux parents le site [info-langage.org](http://info-langage.org) ?

La figure suivante correspond à la question relative à la partie A vous la parole.

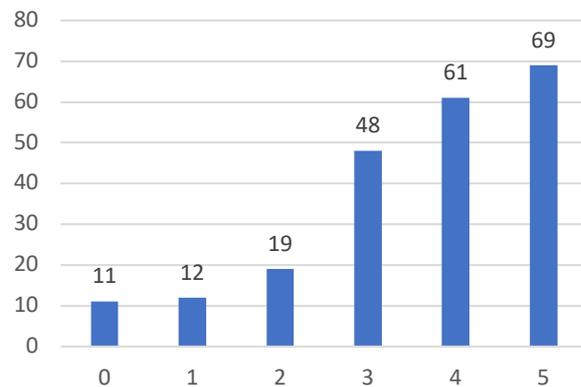


Figure 54 - Q48 - Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé aux troubles du langage ?  
 0 = non pas du tout  
 5 = oui tout à fait

### III.1.4 Plus en détails

#### III.1.4.1 Un bon repérage chez trop peu de médecins

Concernant notre objectif principal, nous avons fait la distinction entre bon repérage et mauvais repérage. Les médecins faisant un bon repérage sont ceux ayant répondu au critère de jugement principal.

#### Pour rappel

Bon repérage =

- Avis ORL : Réponse « ORL » à la question 25 « *Quel(s) collègue ?* » (24 mois)
- Et avis orthophonique : réponse « Orthophoniste » à la question 25 « *Quel(s) collègues ?* » (24 mois) et réponse « avant la scolarisation en maternelle » à la question 37 « *A partir de quel moment envoyez-vous un enfant chez un orthophoniste ?* » et réponse « Je l'adresse dans tous les cas » à la question 38 « *Pour quel(s) motif(s) n'adresseriez-vous pas un enfant chez un(e) orthophoniste ?* ».
- Et revoir l'enfant dans les 6 mois : réponse « 1 mois » ou « 2 mois » ou « 3 mois » ou « 6 mois » à la question 41 « *Si oui, dans quel délai ?* ».

Au vu de ces critères, il apparaît alors que 22 médecins sur les 220 inclus, soit 10%, font un bon repérage. Plus précisément, 10 médecins généralistes ont un bon repérage, 4 médecins de PMI, 3 pédiatres et 5 pédopsychiatres (tableau 8).

	<b>Bon repérage</b>	<b>Mauvais repérage</b>	<b>Total</b>	<b>% Bon repérage</b>
<b>Médecins généralistes</b>	10	132	142	7,0%
<b>Médecins en PMI</b>	4	15	19	21,1%
<b>Pédiatres</b>	3	40	43	7,0%
<b>Pédopsychiatres</b>	5	11	16	31,3%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>198</b>	<b>220</b>	<b>10,0%</b>

**Tableau 8 - Proportions de bon et mauvais repérage précoce des troubles du langage oral**

Ces résultats rejoignent de relativement près ceux du travail de thèse de Camille Sauvadet sur le repérage, le dépistage, la prise en charge et la place du médecin généraliste dans les troubles du langage chez l'enfant : 90,5% des médecins qu'elle a rencontrés font appel à l'orthophoniste devant une problématique langagière chez l'enfant, et seulement 19% font appel à un ORL. Or une consultation ORL était un des critères de jugement de notre travail. Nous en déduisons donc qu'au maximum 19% des médecins de son étude réaliseraient un bon dépistage, sans prendre en compte le fait de revoir l'enfant dans les 6 mois (Sauvadet, 2010).

#### *III.1.4.2 Différents facteurs associés*

Pour rappel, les différents facteurs étudiés sont :

- Le sexe
- Le nombre d'années de pratique
- Avoir au moins un enfant
- Avoir eu une formation au sujet des troubles du langage
- Quel(s) type(s) de formation
- L'impression d'avoir suffisamment de temps pour évaluer le développement global de l'enfant
- Prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication verbale et non verbale chez un enfant présentant un trouble du langage
- Analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral
- Le fait d'être interpellé ou non par l'absence d'association de 2 mots à 2 ans
- Rechercher des antécédents familiaux
- Faire passer l'Indice Français du Développement Communicatif (IFDC)
- Connaître le DPL3

Les résultats ont été doublement analysés, à l'aide du logiciel XLSTAT et du site web <https://biostatgv.sentiweb.fr>. Les résultats sont concordants.

Étant donné le petit effectif de médecins ayant un bon repérage ( $n=22$ ), certaines variables ont des effectifs théoriques nettement inférieurs à 5, voire égal à 0. Or pour réaliser un test statistique sur des variables qualitatives à plus de 2 classes ( $k > 2$ ), les effectifs théoriques doivent être supérieurs à 5. Pour des variables qualitatives dichotomique, le test de Fisher permet l'analyse même si des effectifs théoriques sont inférieurs à 5. Ainsi, toute comparaison de variables autre que dichotomique ne peut s'effectuer dans notre cas. Nous avons donc dû procéder à des regroupements de données :

- Années de pratiques : 1-20 / 21-50
- Types de formation : formation continue + cours d'internat + formation intra-hospitalière / congrès + séminaire + DU + DIU
- Analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral (échelle de 0 à 5) : oui = réponses 3-4-5 / non = réponses 0-1-2
- Rechercher les antécédents familiaux : oui = réponses « troubles de la motricité globale » et/ou « trouble du langage/parole » et/ou « trouble du graphisme » / non = réponse « je ne prends pas toujours le temps de questionner les ATCD familiaux ». Les médecins ayant pu cocher plusieurs de ces réponses, les effectifs observés pour chacune d'entre elle peuvent dépasser le nombre de médecins inclus
- Connaître le DPL3 : oui = réponses « oui » et « non » / non = « je ne connaissais pas »

Ces différents facteurs ont été analysés selon un test statistique du Chi-2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, et par un test exact de Fisher lorsque même après regroupement ce n'était pas le cas.

Il apparaît alors que seuls sont associés à un meilleur repérage précoce des troubles du langage oral (tableaux 9) l'impression d'avoir suffisamment de temps pour évaluer le développement global d'un enfant, le fait de prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication verbale et non verbale, le fait d'analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral, et le fait de rechercher des antécédents familiaux

Le tableau 9 ci-après présente l'ensemble des facteurs étudiés.

	<b>Bon repérage</b>	<b>Mauvais repérage</b>	<b>p-value</b>
<b>Sexe</b>			0,173 *
<i>homme</i>	4 (5,9%)	64 (94,1%)	
<i>femme</i>	18 (11,8%)	134 (88,2%)	
<b>Années de pratique</b>			0,257 *
<i>1 - 20</i>	10 (9,1%)	100 (90,9%)	
<i>21 - 50</i>	12 (5,7%)	198 (94,3%)	
<b>Avoir un ou des enfants</b>			0,746 **
<i>oui</i>	20 (10,5%)	171 (89,5)	
<i>non</i>	2 (6,9%)	27 (93,1)	
<b>Formation trouble langage</b>			0,785 *
<i>oui</i>	10 (10,6%)	84 (89,4%)	
<i>non</i>	12 (9,5%)	114 (90,5%)	
<b>Types de formation faite</b>			0,868 *
<i>FC / cours d'internat / formation intra-hospitalière</i>	12 (13,8%)	75 (86,2%)	
<i>Congrès / séminaires / DU / DIU</i>	6 (12,8%)	41 (87,2%)	
<b>Impression de temps suffisant / évaluation développement global</b>			<b>&lt; 0,0001 *</b>
<i>oui</i>	16 (20,8%)	61 (79,2%)	
<i>non</i>	6 (4,2%)	137 (95,8%)	
<b>Temps suffisant / évaluation communication V et NV</b>			<b>&lt; 0,0001 *</b>
<i>oui</i>	16 (22,5%)	55 (77,5%)	
<i>non</i>	6 (4%)	143 (96,0%)	
<b>Analyse bien séparée compréhension / expression</b>			<b>0,010 *</b>
<i>oui</i>	19 (14,2%)	115 (85,8%)	
<i>non</i>	3 (3,5%)	83 (96,5%)	
<b>2 mots à 2 ans</b>			0,213 **
<i>interpelé</i>	21	167	
<i>non interpelé</i>	1	31	
<b>Recherche ATCD familiaux</b>			<b>0,013 *</b>
<i>oui</i>	37 (13,5%)	237 (86,5%)	
<i>non</i>	3 (3,7%)	79 (96,3%)	
<b>Faire passer l'IFDC</b>			1,00 **
<i>oui</i>	0 (0%)	6 (100%)	
<i>non</i>	22 (10,3%)	192 (89,7)	
<b>Connaître le DPL3</b>			0,112 *
<i>oui</i>	13 (13,7%)	82 (86,3%)	
<i>non</i>	9 (7,2%)	116 (92,8%)	

**Tableau 9 – Étude des facteurs associés au bon repérage précoce des troubles du langage oral**

*En caractères gras les résultats significatifs*

*FC : formation continue*

*V : verbale*

*NV : non verbale*

*\* : test du Chi-2*

*\*\* : test exact de Fisher*

### III.2 Questionnaire adressé aux orthophonistes

De même, les résultats bruts des 51 orthophonistes nous ayant répondu sont les suivants. Les valeurs indiquées sur les histogrammes représentent le nombre d'orthophonistes et non un pourcentage.

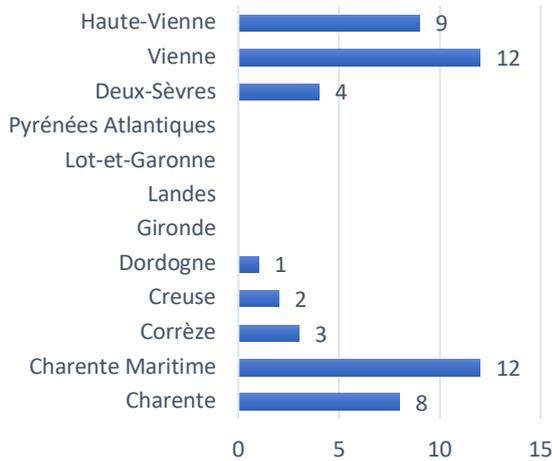


Figure 55 – Q1 – Département d'installation

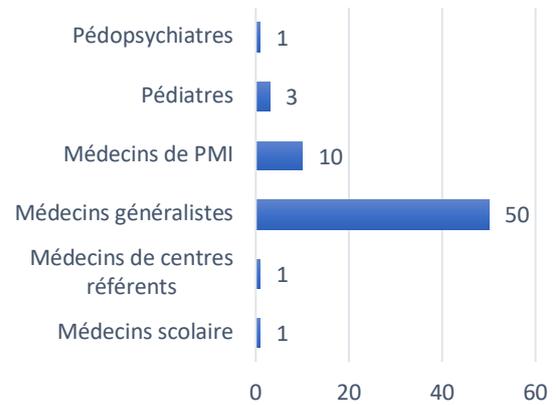


Figure 58 – Q4 – Origine de prescription la plus fréquente

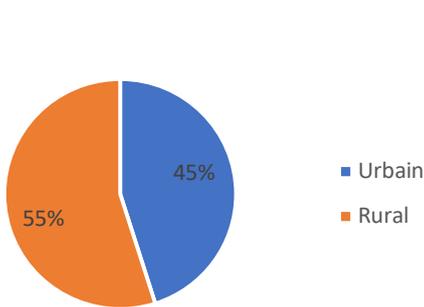


Figure 56 – Q2 – Milieu d'installation

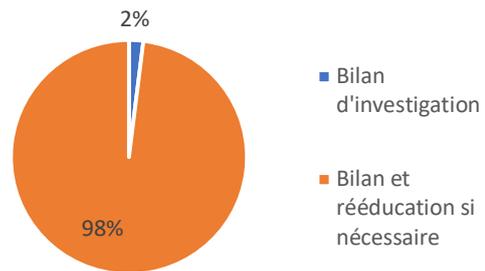


Figure 59 – Q5 – Type de prescription le plus fréquent

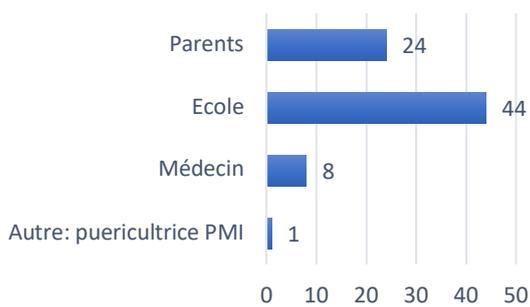


Figure 57 – Q3 – Origine de la demande reçue le plus fréquemment

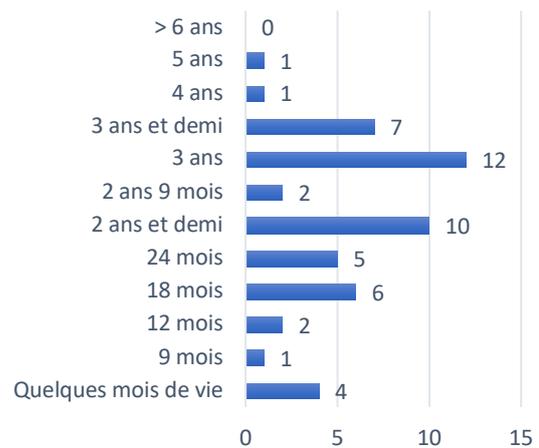


Figure 50 – Q6 – Âges des plus jeunes enfants reçus en pratique

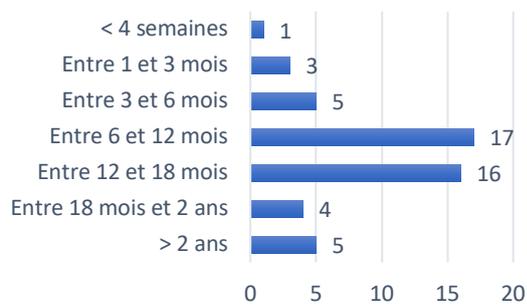


Figure 61 – Q7 – Délai d'attente pour un nouveau patient nécessitant un bilan, hors urgence absolue

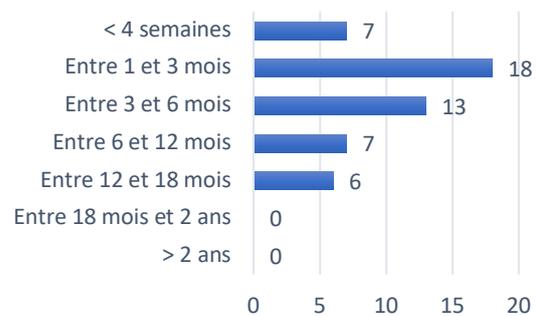


Figure 62 – Q8 – Délai de prise en charge d'un enfant de 24 mois ayant moins de 50 mots de vocabulaire (critère d'urgence)

## IV Discussion

### IV.1 Un critère de jugement trop sélectif ?

Les résultats de cette étude observationnelle chez les médecins montrent un taux de bon repérage malheureusement trop faible. Ces résultats peuvent s'expliquer selon nous par un critère de jugement particulièrement sélectif. En effet, en reprenant séparément les différentes composantes du critère de jugement principal, les chiffres sont les suivants :

- 173 médecins (78,6%) adressent l'enfant de 24 mois à un ORL
- 73 médecins (33,2%) adressent l'enfant de 24 mois à un orthophoniste
- 66 médecins (30%) adressent l'enfant de 24 mois à un ORL et un orthophoniste
- 81 médecins (36,8%) adressent l'enfant en Orthophonie avant la scolarisation
- 92 médecins (41,8%) adressent l'enfant dans tous les cas en Orthophonie
- Et 176 médecins (80%) revoient dans les 6 mois l'enfant avec probable retard de parole ou de langage

Notons d'ores et déjà que notre critère de jugement ne prend pas en compte les médecins ne rencontrant que des enfants de 3 ans. Ils sont au nombre de 5, soit 2,3% du nombre total de médecins inclus (220).

Les seules proportions retrouvées ci-dessus inférieures à 50% étant celles concernant l'Orthophonie, celle-ci apparaît alors comme le critère le plus sélectif. En reprenant la figure 44 (Q38), le fait que l'enfant soit trop jeune semble être le principal frein à la demande d'avis orthophonique, plus de la moitié des médecins évoquant cela. En parallèle, les quelques

orthophonistes nous ayant répondu nous montrent bien que des enfants jeunes, voire très jeunes (« quelques mois de vie ») peuvent bénéficier de rééducation orthophonique (figure 59) : 28 orthophonistes, soit 54,9% de ceux ayant répondu, prennent en charge des enfants de moins de 2 ans et demi (2 ans et demi compris).

Quant à ce chiffre de 10% de bon dépistage, bien qu'il apparaisse faible en soit il serait intéressant de pouvoir le comparer à d'autres taux de bonne pratique de dépistage fait par les médecins pour différentes problématiques à la même tranche d'âge (diabète, surpoids, etc.). Nous n'avons malheureusement pas trouvé dans la littérature ce type d'étude.

#### IV.2 Intérêt porté à notre problématique et biais inévitable

Bien qu'ils ne représentent que 2,5% des médecins de Nouvelle-Aquitaine, les 227 médecins ayant répondu à notre enquête, qui plus est à un questionnaire particulièrement long, montrent pour nous l'intérêt que portent nombre d'entre eux aux troubles du langage oral. Mais comment évoquer cela sans évoquer de fait le *biais de recrutement*. En effet, comme tout questionnaire, les médecins qui y répondent sont souvent ceux interpellés par la problématique abordée. Et qui dit médecins interpellés par ce questionnaire dit sûrement aussi médecins plus sensibles à ce sujet, et donc plus à même de pouvoir y répondre correctement. Dès lors, quel pourrait être le taux de bon dépistage chez les médecins non sensibilisés à cette problématique ?

#### IV.3 Une prise en considération qui commence réellement à 3 ans ?

L'analyse des différents âges vus en consultation met en évidence que plus l'âge avance et plus les professionnels sollicités sont nombreux (tableau 10). Concernant la demande prise en charge orthophonique, critère qui nous apparaît comme le plus sélectif, elle double quasiment entre l'âge de 2 ans et 3 ans : 73 demandes à 24 mois, 132 à 3 ans. Cela pourrait être en rapport avec les recommandations de 2001 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé: *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans* (ANAES, 2001). Lors de nos recherches bibliographiques nous n'avons malheureusement trouvé aucune recommandation concernant l'orthophonie chez des enfants de moins de 3 ans.

	<b>9 mois</b>	<b>18 mois</b>	<b>24 mois</b>	<b>3 ans</b>
<b>ORL</b>	145	161	173	180
<b>Pédiatre</b>	73	103	99	104
<b>Orthophoniste</b>	15	54	73	132
<b>Ophthalmologiste</b>	34	47	65	72
<b>CAMSP</b>	2	10	7	3
<b>Pédopsychiatre</b>	1	3	7	10
<b>Neuropédiatre</b>	2	3	7	7
<b>Psychomotricité</b>	3	3	3	4
<b>CAMSP audio</b>	4	4		2
<b>Psychologue</b>	1	1	2	6
<b>CMP</b>			2	4
<b>Neurologue</b>		1	1	2
<b>Orthoptiste</b>		1		1
<b>Centre référent du langage</b>			1	1
<b>CRA</b>			1	1
<b>CMPP</b>				1

**Tableau 10 – Nombre d’avis spécialisés demandés en fonction de l’âge de l’enfant**

L’espace de parole libre aux orthophonistes à la fin du questionnaire met en évidence cette tendance des médecins à attendre au moins 3 ans : « *Les médecins savent peu que l’on peut recevoir les enfants de façon précoce* » ; « *Trop de médecins pensent que le langage se développe à 3 ans et qu’il est inutile de s’inquiéter avant* » ; ou encore « *Dans l’ensemble on entend encore très régulièrement qu’on a conseillé d’attendre l’entrée à l’école avant de consulter donc on a ces demandes de bilan vers 3 ans 8 mois* » (verbatim).

Il nous semble pourtant primordial qu’au moins un avis orthophonique vienne nourrir la réflexion pluridisciplinaire concernant un enfant plus jeune présentant un retard de parole et/ou de langage. Cela est possible en France grâce à des tests comme EVALO BB, réalisable dès l’âge de 20 mois, bien que ce test ne soit pas standardisé (Coquet et al., 2010). Le premier test standardisé est l’EVALO 2-6, réalisable à partir de 2 ans 3 mois (Coquet et al., 2009).

#### IV.4 Une sensibilité féminine

Une thèse de Médecine Générale sur l'intérêt de l'ERTL4 soutenue tout récemment rapportait les propos d'un médecin au sujet de l'évolution sociétale et de l'incidence en augmentation des troubles du langage : « Selon le participant n°10, il y a quelques années les femmes élevaient leurs enfants, elles s'occupaient davantage d'eux, elles surveillaient leur langage. *'Il y a 30, 40, 50 ans de ça, entre parenthèses, les femmes ne travaillaient pas, elles élevaient les enfants et elles s'occupaient de tout ça'* (verbatim) » (Gyasi, 2018, p33).

Force est de constater que malheureusement les propos de ce médecin ne sont pas tant en dehors de la réalité si on les rapporte au dépistage des troubles du langage. Bien que la différence de sexe n'apparaisse pas significative dans nos résultats entre les médecins qui font un bon repérage et ceux en font un moins bon, il apparaît une nette tendance en faveur des propos de ce médecin. En effet, sur nos 220 médecins inclus, 152 sont des femmes, soit 69,1%. De plus, sur les 22 médecins ayant un bon repérage, 18 sont des femmes, soit 81,8%. Ainsi, bien que la différence ne soit pas significative du fait d'effectifs limités, il existe une tendance (non significative au seuil 5%) à ce que le sexe féminin soit associé à un meilleur repérage précoce des troubles du langage oral.

Certaines problématiques abordées en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sont *genrées*, nous le savons (l'anorexie masculine n'est pas de bon pronostic par exemple, de même que les conduites psychopathiques chez l'adolescente). Mais, du côté médical et non patient, ne serait-ce pas aussi le cas pour le dépistage de certains troubles, au vu de ces résultats ?

#### IV.5 Plusieurs facteurs limitant un bon dépistage ?

Bien que le type d'étude utilisé ne nous permette pas de déterminer l'influence positive ou négative de tel ou tel facteur, certains peuvent apparaître comme jouant un rôle dans la démarche médicale devant un retard de parole et/ou de langage.

##### IV.5.1 Non connaissance des échelles de repérage précoce

Nos résultats montrent que malheureusement l'IFDC et le DPL3 ne sont pas utilisés (Figures 39-40-41) : 6 médecins font passer l'IFDC, aucun ne faisant partie du groupe « bon repérage », et 15 font passer le DPL3, dont 2 seulement faisant partie de ce même groupe. Concernant le DPL3, 121 médecins, soit plus de la moitié, ont répondu ne pas connaître cette échelle. Ce

dernier point est mis en avant par la remarque d'un médecin en fin de questionnaire évoquant la nécessité de créer « *un mini test à 3 ans (plus facile que l'RTL4 etc..)* » pour améliorer la prise en charge précoce des troubles du langage oral.

Le fait que seulement 6 médecins fassent passer l'IFDC rejoint notre impression que les troubles du langage sont réellement pris en charge à partir de 3 ans. En revanche, l'absence de connaissance de l'échelle DPL3 nous étonne fortement. Cela majore notre regret d'absence de question sur l'ERTL4 car une telle question nous aurait permis de savoir si cette échelle était mieux connue et plus souvent utilisée ou pas.

Camille Sauvadet, dans son travail de thèse, retrouve cette même sous-utilisation et non connaissance des outils d'évaluation : « En effet, 76,2% des médecins interrogés estiment ne pas disposer d'outils de repérage au cabinet » (Sauvadet, 2010).

Bien que le bon sens clinique soit à nos yeux le meilleur outil du médecin, les échelles d'évaluation peuvent lui servir de point d'appui, qui plus est sur des sujets qu'il ne maîtrise pas forcément très bien. Ainsi, des outils tels que l'IFDC ou le DPL3 devrait être mis plus en avant par des campagnes de sensibilisation. Nous y reviendrons.

#### IV.5.2 Orthophonistes non formés aux très jeunes enfants : faux !

Deux médecins évoquent dans leurs commentaires libres l'absence d'orthophonistes formés aux troubles du langage chez le tout jeune enfant : « *[manque de] disponibilité d'orthophoniste spécialisé chez les enfants en bas âges* » ; « *[nécessité de] former des orthophonistes pour une prise en charge d'enfants très jeunes* ».

Nous nous sommes donc posé la question de savoir si tous les orthophonistes peuvent recevoir de tous jeunes enfants de moins de 3 ans, ou si cela nécessite une surspécialisation ; d'autant plus qu'à peine plus de la moitié (28) des 51 orthophonistes nous ayant répondu prennent en charge des enfants entre quelques mois de vie et 2 ans et demi.

La réponse est oui : tout orthophoniste sortant d'un centre de formation avec un Certificat de Capacité d'Orthophonie (niveau *Master*) peut prendre en charge de enfants de moins de 3 ans. Le fait de ne pas en recevoir en cabinet relèverait donc plus d'une préférence personnelle que d'un manque de formation.

#### IV.5.3 Délai de rendez-vous et méconnaissance du travail orthophonique

Vingt-neuf médecins (13,2%) évoquent un délai trop long pour avoir un rendez-vous chez un orthophoniste (question 38 « *Pour quel(s) motif(s) n'adresseriez-vous pas un enfant en orthophonie ?* »), chiffre que nous pensions initialement plus élevé.

Le questionnaire envoyé aux orthophonistes vient pourtant bien montrer cela (figure 61) :

- 17 d'entre eux (33,3%) ont un délai d'attente allant de 6 à 12 mois
- 16 d'entre eux (31,4%) ont un délai d'attente de 12 à 18 mois.
- 9 d'entre eux (17,6%) ont un délai supérieur à 18 mois

Seuls 9 des orthophonistes nous ayant répondu (17,6%) peuvent donc recevoir un enfant dans les 6 mois.

Quant à la connaissance de leur travail, 41,8% des médecins inclus confient ne pas savoir tirer les informations principales d'un bilan orthophonique. Ce chiffre est à mettre en lien avec le peu de bilan d'investigation que les orthophonistes reçoivent : 2% de ceux ayant répondu reçoivent ce type de bilan le plus fréquemment. En effet, nous pensons dommageable qu'un tel bilan d'investigation ne soit pas prescrit plus souvent, afin que le médecin prescripteur puisse nourrir sa réflexion sur la problématique langagière rencontrée, conseiller les parents sur comment faire au mieux au domicile, prescrire d'autres examens si nécessaire, et prescrire, s'il la juge lui aussi nécessaire et réalisable, l'éventuelle rééducation qu'aura proposée l'orthophoniste dans la conclusion de son bilan. Par ailleurs, nous regrettons l'absence de question aux médecins sur le type de bilan orthophonique qu'ils prescrivent fréquemment.

Pour un orthophoniste, la différence entre un bilan d'investigation et un bilan puis rééducation nous semble non négligeable en termes de temps et d'investissement. Ainsi, nous faisons initialement l'hypothèse que le délai pour un bilan d'investigation était plus court que si la prescription mentionnait l'éventualité d'une rééducation. Seulement, les réponses à la question « *Sauf urgence absolue, quel est dans votre cabinet le délai d'attente pour un nouveau patient nécessitant un bilan ?* » ne sont pas en faveur de cette hypothèse : 33,3% des 51 orthophonistes ont un délai entre 6 et 12 mois, et 31,4% entre 12 et 18 mois. Seuls 17,6% peuvent recevoir un enfant pour un bilan dans un délai de moins de 6 mois. Ces résultats ne sont donc pas en faveur de notre hypothèse. Cependant, nous n'avons pas de point de comparaison avec un délai de prise en charge pour une rééducation d'un enfant présentant un retard de parole/langage sans signe d'urgence absolue chez ces mêmes orthophonistes.

« Mais pourquoi ne pas faire directement une prescription de type « bilan orthophonique et rééducation si nécessaire » ? » est une question que nous avons fini par nous poser aussi. Nous pensons que la réalisation d'un seul bilan d'investigation peut permettre de donner à une famille plusieurs outils afin de *travailler* le langage au domicile. Ces outils pourront être donnés par l'orthophoniste lui-même, mais aussi par le médecins traitant, partant du principe qu'il connaît bien l'environnement dans lequel grandit l'enfant. Ainsi, nous pensons qu'un tel guidage parental et familial permettrait de désengorger les cabinets d'orthophonie des cas les plus « légers ». En effet, dans la conjoncture actuelle de surcharge des cabinets d'Orthophonie, il serait intéressant de pouvoir proposer à ces enfants aux troubles les plus légers de « simples » entretiens orthophoniques de réévaluation à distance avec des *exercices* à faire au domicile, tel que cela peut se faire pour une rééducation kinésithérapique.

#### IV.6 Une réflexion pluridisciplinaire

La possibilité de répondre librement (« autre ») à la question « Quel(s) collègue(s) ? » aux différents âges évoqués nous montre la variété des professions médicales et para-médicales que les médecins sollicitent devant un enfant présentant un retard ou un trouble de langage et/ou de la parole (tableau 10). Pour rappel, les réponses que nous proposons de manière identique aux différents âges étaient : ophtalmologiste / ORL / pédiatre / orthophoniste / autre (réponse libre).

##### IV.6.1 Place des CAMSP

Un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est une structure dans laquelle une équipe pluridisciplinaire accueille des enfants de la naissance à 6 ans. Ceux-ci sont adressés le plus souvent par des médecins (PMI, hospitaliers, libéraux, autres), et présentent des retards ou des troubles dans leur développement. Tout commence par une période d'évaluation. Puis, un projet d'accompagnement est élaboré avec les parents, et est inscrit dans le document individuel de prise en charge qui fixe les objectifs et les modalités de suivi de l'enfant.

L'équipe peut être composée de médecins (pédiatres et neuro-pédiatres en particuliers, ORL, médecins de rééducation fonctionnelle, quelque fois pédopsychiatres), de psychologues, d'éducateurs de jeunes enfants, d'orthophonistes, de puéricultrices, d'assistante sociales, de secrétaires. Le médecin a un rôle de médecin référent, qui coordonne et fait le lien entre toutes les prises en charge de l'enfant. Ces dernières peuvent d'ailleurs être complétées par

l'intervention d'autres professionnels en libéral ou en hospitalier (radiologues ou généticiens par exemple).

Ces CAMSP sont donc des structures ayant toute leur place dans le dépistage et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants présentant un retard ou un trouble spécifique du langage oral.

Cependant, nous soulignons l'importance du pédopsychiatre dans ces structures et dans la réflexion pluridisciplinaire au sujet de ces enfants. En effet, sa vision de la place des affects et de la dynamique relationnelle intra-familiale dans le développement de l'enfant est plus spécialisée.

Malheureusement, le nombre d'annonces d'offres d'emploi de pédopsychiatre en CAMSP publiées sur Internet nous laisse à penser que peu de CAMSP en possède un.

#### IV.6.2 Pédiatres et neuropédiatres

Les troubles du langage, qu'il s'agisse de retards ou de troubles spécifiques, s'inscrivent dans une problématique développementale de l'enfant, donc relèvent de fait de la Pédiatrie. Les troubles spécifiques étant d'origine neuro-développementale, il apparaît évident que les neuropédiatres ont une place importante dans leur dépistage et leur suivi.

Néanmoins, à travers nos lectures et les discours entendus lors de congrès ou lors d'échanges entre professionnels, il nous a semblé que la tendance actuelle était au « tout cérébral », au « tout neuro-développemental » mais sans l'aspect affectif, ne prenant en compte que l'aspect instrumental. Ainsi, la place de la Neuro-Pédiatrie dans la problématique des troubles spécifiques du langage (et des apprentissages) est centrale, mais pas exclusive.

#### IV.6.3 Place de la Psychomotricité

*« La parole est un geste complexe qui ne peut se détacher de l'expérience du corps ».* Cette phrase de Merleau-Ponty résume toute la place de la Psychomotricité dans la prise en charge des enfants présentant un trouble de la parole et/ou du langage.

Les 2 études réalisées dans l'Hérault (cf VI.I Epidémiologie) rapportent que les troubles psychomoteurs étaient 4 fois plus fréquents chez les enfants porteurs d'un trouble du langage,

et 6% des enfants présentaient à la fois des troubles du langage, de la motricité et du comportement (Vaivre-Douret et Tursz, 1999).

Selon Suzanne Masson, la rééducation psychomotrice est une thérapeutique originale neurophysiologique et psychophysiologique dans sa technique, psychologique dans son but, destinée à agir par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales et comportementales perturbées. Partant du versant moteur et corporel d'accès plus aisé, elle se propose d'agir sur le psychisme afin de permettre au sujet une meilleure faculté d'adaptation : la personnalité de celui-ci s'affirme et s'adapte d'autant plus facilement qu'il connaît mieux son corps, l'accepte plus volontiers et peut ainsi saisir le milieu qui l'entoure et y répondre de façon plus adéquate (Masson, 1983).

Comme nous l'avons vu, la notion de portage et d'enveloppe psychique sont fondamentales dans les processus d'acquisition et de développement du langage de par leur rôle dans la constitution d'un objet interne stable. En clinique, nombreux sont les enfants présentant des retards développementaux, du langage et autres, et pour qui les professionnels évoquent le sentiment que « *l'enfant n'habite pas son corps* ».

De plus, la notion de Moi corporel, repris et théorisé plus spécifiquement par Didier Anzieu avec le Moi-Peau, met également en avant l'importance de la dimension physique et proprioceptive dans le développement.

Ainsi, si des points d'appel existent, un bilan psychomoteur nous paraît bien avoir toute sa place dans la réflexion sur un enfant présentant un retard ou un trouble spécifique du langage oral. Quant à la rééducation psychomotrice, elle pourrait être axée sur les composantes spatio-temporelles (tel que le rythme, la mélodie du langage, etc.) et l'intégration du schéma corporel (Plaza, 2016).

#### IV.6.4 Place de la Psychologie clinique et de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

##### *IV.6.4.1 Un rôle central aussi*

La lecture des réponses libres à la question « Quel(s) collègue(s) ? » nous a fait réaliser l'absence de proposition « pédopsychiatre » ou « psychologue », alors même que nous pensons leur place comme centrale dans l'évaluation primaire d'un enfant présentant un retard ou un trouble de langage et/ou de la parole. Trop souvent confrontés aux cas complexes au CRTLA,

nos propositions se sont trop centrées sur les bilans les plus souvent préconisés, à savoir la vérification de l'audition et de la vision, un bilan orthophonique et un bilan psychométrique.

Bien que relative, la fréquence des réponses spontanées « pédopsychiatre » ou « psychologue » nous conforte dans notre vision de leur place dans l'évaluation primaire, mais aussi dans notre incompréhension de la place faite aux troubles psychiques dans la dernière publication de l'HAS sur le « Parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages » : « *Un avis psychologique ou pédopsychiatrique doit être proposé lorsque le retentissement des troubles génère une souffrance psychologique, et/ou des difficultés relationnelle et/ou du comportement* » (HAS, 2017a, p19). Dès lors, la place du psychologue ou du pédopsychiatre est secondaire, les troubles psychiques ne pouvant plus être que des conséquences des troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit.

Bien que ces notions de conséquences psycho-affective soient réelles, cette place proposée par la HAS nous apparaît comme particulièrement paradoxal. En effet, pour qualifier un trouble du langage de « spécifique », toutes les autres étiologies doivent avoir été éliminées, étiologies psychiatriques y compris (« troubles du développement de la personnalité, de la sphère émotionnelle et/ou comportementale » nous dit le DSM-5). De ce fait, le pédopsychiatre a donc bien sa place dès le début de l'évaluation de ces enfants et dans son accompagnement.

Une étude en Champagne-Ardenne au sujet de la prise en charge des enfants avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) a été réalisée par le CRAI Grand Est. Plusieurs questions étaient posées aux CMPP, CMP, SESSAD et autres structures. A la question « Établissez-vous des diagnostics de TSLA ou y contribuez-vous ? » l'équipe d'un CMP a répondu « *Oui, c'est le métier des pédopsychiatres et cela fait partie des missions de la pédopsychiatrie publique* » (Bernard, 2018, p55).

Enfin, les réponses à la question « *Selon vous, des carences psycho-affectives et socio-culturelles peuvent-elles entraîner des troubles du développement du langage oral ?* » montrent bien que bon nombre de médecins considèrent qu'un milieu carencé n'est pas le meilleur pour que le langage se développent correctement : sur une échelle de 0 à 5 (0 = non pas du tout / 5 = oui tout à fait), 167 médecins (75,9%) ont répondu 5, 42 (19,1%) ont répondu 4. Les patients issus de milieux carencés étant malheureusement les plus à même de consulter les Centres Médico-Psychologiques, il nous paraît invraisemblable que les pédopsychiatres ou les psychologues cliniciens ne viennent pas nourrir eux aussi la réflexion autour d'un enfant présentant un retard de parole et/ou de langage dès le moindre point d'appel.

#### *IV.6.4.2 Une modification des pratiques en Pédopsychiatrie*

Longtemps l'aspect psychodynamique et le « tout affectif » a prévalu sur le reste en Pédopsychiatrie. Puis, les théories cognitivo-comportementales (TCC) se sont de plus en plus développées, pouvant entraîner alors de véritables « guerres de chapelle » entre praticiens, parfois au détriment du patient. Au fil du temps, ce sont les TCC qui ont prévalu sur le reste, recevant alors les mêmes critiques que celles dont la vision psychodynamique a souffert. Aujourd'hui, il nous semble que bon nombre de praticiens ne sont plus dans cette vision particulièrement dichotomique. Beaucoup d'entre eux prônent une réflexion intégrative, au cas par cas, empruntant à telle théorie tel élément, et à telle autre théorie tel autre élément. Bernard Golse évoquant lui-même les points de raccord de la TCC et de la psychanalyse lors des Seizième rencontres de perfectionnement. Cela sans oublier évidemment toutes les théories autres que les TCC et la psychodynamie.

Malheureusement, il est parfois difficile de maintenir la coexistence féconde psychanalyse / neurosciences sans céder à leur opposition stérile et réductionniste ; opposition qui vient fréquemment servir les résistances psychiques, certains lobbys ou les intérêts financiers des managers de la santé, avides de simplifications.

#### *IV.6.4.3 Une place à retrouver malgré des sous-effectifs criants*

La Pédopsychiatrie actuelle, sortie de ses dogmes et soucieuse de vouloir travailler en partenariat avec les autres professionnels de l'Enfance, se retrouve confrontée à une évolution sociétale différente.

Psychiatrie, Pédopsychiatrie, tels sont des mots qui semblent faire peur tellement ils disparaissent au profit de « santé mentale » ou de « handicap ». Par exemple, les troubles du spectre de l'autisme ne relèveraient exclusivement que du médico-social et du handicap, la phobie scolaire ne relèverait pour certains pas de la Pédopsychiatrie, les troubles du langage serait une problématique purement développemento-instrumentale, etc.

Concernant ce dernier point sur les TSLO, il est frappant de voir la liste des participants à l'élaboration des *Parcours de Soins* de la HAS à ce sujet (HAS, 2017a). Sur les 40 membres du groupe de travail, seuls 5 sont des pédopsychiatres ; sur les 31 parties prenantes, seules 3 relèvent de la Psychiatrie ; et sur les 7 experts auditionnés, aucun ne relève de celle-ci ou de la Pédopsychiatrie.

Avec une vision très spécialisée du développement, prenant particulièrement en compte la notion de vulnérabilité, le pédopsychiatre devrait avoir une place non négligeable dans ces problématiques de langage et d'apprentissage.

La situation de pénurie actuelle de pédopsychiatres vient compliquer la place et le rôle de chacun. La Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent doit se réaménager. Pour cela, il est actuellement évoqué soit une modification de la politique de sectorisation, soit une modification plus profonde du parcours du patient, prenant une forme similaire au Parcours de Soins des enfants avec TSLO proposé récemment par la HAS, avec 3 niveaux de soins.

#### *IV.6.4.4 Troubles des apprentissages: neuropédiatres et pédopsychiatres*

Au vu des éléments précédents, il nous paraît fondamental de sortir de cette vision très dichotomique concernant les troubles du langage et des apprentissages.

Comme nous venons de le voir, chacune de ces spécialités a ses spécificités mais qui n'excluent aucunement celles de l'autre. Au contraire, ces spécificités devraient systématiquement être mises en résonnance, notamment dans les CRTLA, car elles se complètent. Par conséquent, leur complémentarité permet une meilleure compréhension des problématiques en jeux, aussi bien instrumentales que psycho-affectives, et favorise *in fine* un bien meilleur accompagnement de nos jeunes patients. Florence Delteil et Jean Chambry l'exposent très bien à travers un cas clinique publié en 2013 (Delteil et Chambry, 2013).

Outre les troubles spécifiques du langage et des apprentissages et les CRTLA, il nous semble que ces réflexions sur la présence commune de pédopsychiatres et pédiatres/neuropédiatres dans les structures peuvent s'étendre à d'autres lieux de soins, notamment les CAMSP, mais aussi les CMP et les CMPP, confrontés tous les trois à des problématiques développementales pouvant mêler affects et processus instrumentaux.

## **PARTIE III – QUELQUES PISTES D’AMELIORATION**

Plusieurs pistes d’amélioration se dégagent de notre étude et de nos lectures. Nous en proposons ici quelques-unes.

### **I Les parents : des acteurs à ne pas oublier**

Première communauté linguistique de leur enfant, les parents ont un rôle fondamental dans le développement du langage. De ce fait, il nous paraît important de ne pas banaliser toute inquiétude parentale au sujet de l’acquisition du langage chez leur enfant. « *Ça ira mieux avec la scolarisation* » est une phrase que l’on ne devrait prononcer qu’après s’être assuré de l’absence de « retard » majeur de parole et de langage.

Comme le soulignait déjà en 2001 l’ANAES, « on peut remarquer un certain sous-développement en France des méthodes de dépistage basées sur l’avis des parents et des enseignants, qui pourtant seraient efficaces » (ANAES, 2001, p9).

Les mêmes recommandations de l’ANAES évoquent aussi la place non négligeable des enseignants : « L’éducation nationale devrait être plus impliquée dans le dépistage » (*ibid*).

### **II Un carnet de santé encore perfectible**

Notre stage en Pédiatrie, en parallèle de celui au CRTLA, nous a entre autres permis de réaliser l’absence de page spécifique ou de paragraphe pédagogique quant à l’acquisition du langage dans le carnet de santé.

Dès 2001, toujours dans le même document, l’ANAES évoquaient déjà l’intérêt de conseils au sujet du langage dans le carnet de santé (ANAES, 2001).

Force est de constater que ces préconisations n’ont malheureusement pas été suivies 17 ans après. En effet, le nouveau carnet de santé paru en 2018 ne présente comme « grande

nouveauté » que les avertissements sur l'impact des écrans et du numérique. Quant aux quelques lignes de points d'appel sur le langage à destination des parents à partir de l'examen de la 3<sup>ème</sup> année, déjà présentes sur l'ancien carnet de santé, elles gagneraient à être mise davantage en évidence. De même que l'IFDC et le DPL3 pourraient être évoqués quelque part.

Concernant les nouveaux avertissements au sujet des écrans numériques, ils nous paraissent être une très bonne évolution du carnet de santé, devant l'ampleur que peuvent prendre ces consommations, aussi bien chez les enfants que chez leurs parents ! L'étude de leur impact sur le langage, oral comme écrit, serait d'ailleurs une recherche complexe mais très intéressante.

### **III Campagnes de sensibilisation**

Des campagnes de sensibilisation (affiches, spots publicitaires à la télévision ou en bordure de page internet) à destination du grand public sur la nécessité de prendre en considération un « parler bébé » qui s'éternise, ou sur l'effet plus néfaste que bénéfique d'une sucette gardée pendant des années, contribuerait à faire des parents des acteurs plus présents.

Par leur aspect grand public, ces campagnes sensibiliseraient aussi les milieux soignants, qu'il s'agisse de puéricultrices, d'éducateurs, comme d'internes et de médecins. Ces derniers, et particulièrement ceux recevant beaucoup d'enfants (médecin généraliste, pédiatre, ORL, ophtalmologiste, pédopsychiatre, etc), devraient être plus particulièrement sensibilisés à ces problématiques durant leur internat.

### **IV Formation des médecins**

« Formation », « se former », tels sont les mots qui reviennent le plus (23 occurrences) dans les commentaires libres des médecins. En effet, devant la spécificité de ces troubles et le manque de formation à leur sujet durant les études médicales, de nombreux médecins expliquent se sentir démunis.

Tel est aussi le cas dans une étude de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) : un quart des 486 pédiatres ayant répondu à leur enquête disent se sentir incapable d'assurer leur rôle de médecin de niveau 1 (Willig et al., 2017).

Comme le souligne le rapport de Danièle Sommelet en 2007, il semblerait que la formation initiale des médecins généralistes et leur disponibilité ne soient pas parfaitement adaptées à la totalité de l'activité de dépistage des troubles du langage oral : « *la liste des éléments anamnestiques, les données de l'examen clinique, l'observation du comportement de l'enfant, la mesure des interactions avec son environnement, exigent une expérience et une approche spécifique acquises par la formation* » (Sommelet, 2007b). Cela nous amène à évoquer leurs consultations en elle-même.

## **V Consultation spécialisée et revalorisation financière**

Quinze minutes. Tel est en moyenne le temps de consultation en Médecin Générale. Nombreux sont donc les généralistes, mais aussi pédiatres, qui évoquent la nécessité de consultations plus longues et spécialisées.

Ne pratiquant pas ces spécialités, nous ne pouvons faire que des suppositions : des consultations plus longues sont-elles vraiment nécessaires ? Ou ne suffirait-il pas de proposer une nouvelle consultation dans un délai court pour aborder ou réaborder plus spécifiquement ce problème ?

En revanche, l'aspect de consultation revalorisée financièrement, abordée à multiples reprises par les médecins dans les commentaires libres, nous paraît justifié dès lors que des échelles d'évaluation sont passées.

Enfin, certains évoquent la nécessité d'un examen plus spécifique du langage, notamment lors de l'examen obligatoire à 24 mois.

## **VI Revalorisation de l'Orthophonie**

Pour l'année 2017-2018, le *numerus clausus* national concernant l'ensemble des 18 écoles d'Orthophonie était fixé à 841. Autrement dit très peu au regard de la problématique du développement langagier chez les enfants, et donc sans prendre en considération les multiples autres indications de suivis orthophoniques (troubles de l'oralité, troubles de la déglutition, rééducation post AVC, etc).

Il nous semblerait donc bénéfique que ce *numerus clausus* soit revu à la hausse afin de pouvoir diminuer les délais d'attente et proposer un suivi optimal.

Profession de plus en plus libérale, l'Orthophonie manque cruellement dans nos institutions hospitalières ou du médico-social. Cela semble pouvoir s'expliquer par une rémunération financière bien inférieure à l'importance du travail fourni. Mais nous ouvrons ici un sujet sensible, en milieu hospitalier comme dans le médico-social.

## CONCLUSION

Fondamentales dans l'acquisition du langage, les interactions précoces mère/bébé apparaissent comme un véritable ballet, comme une « authentique chorégraphie » comme le racontait souvent Daniel Stern (Golse, 2012).

Les macrorhythmes et microrhythmes, s'ils sont bien présents dans les relations précoces, permettent la mise en place d'une première continuité, et favorisent ainsi l'émergence de la pensée symbolique. Cette continuité va alors permettre à son tour la constitution d'une première enveloppe, participant à l'élaboration des premiers objets internes stables, véritables socles à toute acquisitions ultérieures.

Les troubles du langage oral, qu'il s'agisse de retard ou de troubles spécifiques, touchent un nombre non négligeable d'enfants mais aussi d'adolescents. En effet, ces difficultés de langage ont des conséquences à court, moyen et long terme qu'il est nécessaire de souligner. La découverte d'un trouble spécifique du langage oral, les difficultés en langage écrit, en numération, mais aussi dans la relation avec les pairs et dans l'estime de soi sont autant de difficultés pouvant entraîner un remaniement de la personnalité voire un authentique syndrome dépressif.

Les enfants que nous rencontrons au CRTLA nous seraient-ils adressés s'ils avaient été pris en charge plus précocement ? Tel est un des questionnements ayant motivé notre travail.

Notre étude réalisée en Nouvelle Aquitaine auprès de 220 médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres et pédopsychiatres a montré un taux de bonne pratique de dépistage précoce des troubles du langage oral relativement faible (10%) selon nos critères. Mais il serait intéressant de comparer ce chiffre avec d'autres pratiques de dépistages réalisés sur la même tranche d'âge.

Les facteurs associés à ce bon dépistage sont l'impression d'avoir suffisamment de temps pour évaluer le développement global d'un enfant, le fait de prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication verbale et non verbale, le fait d'analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral, et le fait de rechercher systématiquement des antécédents familiaux. Malheureusement, la proportion de médecins réalisant correctement ce dépistage étant très faible, l'analyse de certains facteurs tels que le type de formation réalisée

ou la prise en compte de l'association de deux mots à 2 ans n'a pu se faire. Cela montre l'intérêt de réaliser ce genre d'étude à un niveau inter-régional voire national afin de dégager des pistes d'amélioration encore plus spécifiques que celles mise en évidence ici : plus grande implication des parents, amélioration du carnet de santé, campagne de sensibilisation grand public, formation des médecins plus approfondie sur ce sujet, réalisation de consultations médicales spécialisées revalorisées financièrement, et revalorisation de l'Orthophonie.

Enfin, la sortie progressive des clivages entre psychodynamie et théories cognitivo-comportementales permet un meilleur dialogue au sein de la Pédopsychiatrie. Néanmoins, ce type de conflits tend à se retrouver entre l'aspect neuropédiatrique, très instrumental, et l'aspect pédopsychiatrique, instrumental et psychodynamique. L'ensemble des structures de soins s'occupant de problématiques développementales infantiles devraient se doter de neuropédiatres et de pédopsychiatres – et non pas ou – afin que la complémentarité de leurs approches respectives serve au mieux l'intérêt de ces enfants en difficultés.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham N., Torok M. Introjecter - incorporer. Deuil ou mélancolie. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1972;6:111-122.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2001.
- Ajuriaguerra J. et al. Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiatrie de l'Enfant*. 1965;8:391-452.
- Amar E., Borderies F. Les services de PMI : plus de 5000 sites de consultations en 2012. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Etudes et Résultats. 2015;913:1-6.
- Anzieu D. Le Moi-Peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 1974;9:195-208.
- Anzieu D. Une approche psychanalytique du travail de penser. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 1993;14:146-168.
- APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- ARS Poitou-Charentes. Schéma régional ressources humaines en santé. Révision 2015. 2015.
- Aulagnier P. La violence de l'interprétation – Du pictogramme à l'énoncé. Paris : PUD. 1975.
- Barthélémy S. Aux origines de la représentation : la notion de pictogramme. *Santé mentale*. 2012;164:12.
- Bernard S. Etude sur la prise en charge des enfants avec TSLA en Champagne-Ardenne. [Rapport d'étude]. Grand-Est : CREA – ARS. 2018.
- Billard et al. Les troubles du langage écrit dans les dysphasies de développement. *Bull Audiophonol* 1991;7:271-288.
- Billard C. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. *EMC-Oto-rhinolaryng*. Paris : E. Masson. 2004:126-131.
- Billard C. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. *EMC-Psy/Pédopsy*, 37-201-D-10. Paris : E. Masson. 2007.
- Billard C. Hassairi I., Delteil F. Troubles spécifiques du langage oral et électroencéphalogramme : quelles indications ? Quelle interprétation ? A propos d'une cohorte de 24 enfants. *Archives de Pédiatrie*. 2010;17:350-358.
- Bion W. *Aux sources de l'expérience* (1962). Paris : PUF. 1979.
- Bishop D.V. Autism and specific language impairment: categorical distinction or continuum? Autism: neural basis and treatment possibilities. *Novartis Foundation Symposium* 251. Chichester: John Wiley. 2003:213-226.
- Bishop D.V., Adams C.V., Norbury C.F. Distinct genetics influences on grammar and phonological short-term memory deficits: evidence from 6-year-old twins. *Genes Brain Behavior* 2006;5:158-169.
- Bishop D.V. et al. CATALISE-2 consortium. CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development. Phase 2. Terminology. *PeerJ Preprints*. 2017. 5:e2484v2. URL : <https://doi.org/10.7287/peerj.preprints.2484v2> [consulté le 10 septembre 2018]
- Bouton C.P. Le développement du langage : aspects normaux et pathologiques. Paris: Masson. 1979.
- Bower T.G.R. Le développement psychologique de la première enfance. Bruxelles : Mardaga. 1977.
- Boysson-Bardies De B. Comment la parole vient aux enfants. Paris : Odile Jacob. 1996.
- Brin F. et al. Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues : Ortho Edition. 1997:41-49.
- Bulletin Officiel de l'Education Nationale. URL : [http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91583](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583) [consulté le 30 juillet 2018].
- Busnel M.C., Granier-Deferre C. Aspects de l'audition fœtale. In *Progrès en néonatalogie. Biology of the Neonate*. 1983;3:154-162.
- Cantwell D.P., Baker L. *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1991.
- Castarède M.F. *La voix et ses sortilèges*. Paris : Les Belles Lettres. 1987.

- Catheline N. Le harcèlement scolaire. Paris : PUF. Coll « Que sais-je ? ». 2015.
- Charbonneau Souchet H. Réflexion sur la genèse du langage : pertinence d'un repérage parental précoce du trouble spécifique du langage oral chez l'enfant. Étude comparative entre une population « dysphasique » et une population témoin. [Thèse de Doctorat d'Université, sous la dir de UZE J.] Poitiers : Université de Médecine et de Pharmacie ; 2009.
- Chernet G. Prise en charge institutionnelle de l'enfant sévèrement dysphasique. Illustration à travers un cas clinique. Riga : Presses Académiques Francophones ; 2013.
- Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahiers de psychologie clinique. 2001;17:81-102.
- Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE). Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages. Paris, France: CNNSE; 2013.
- Cohen N.J. et al. Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: prevalence and language and behavioral characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32:595-603.
- Conti-Ramsden G. Commentary: increased risk of later emotional and behavioural problems in children with SLI – reflections on Yew and O'Kearney (2013): commentary. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54:525-526.
- Coquet F., Maëtz B. Repérage des troubles du langage chez l'enfant de trois ans à trois ans et demi. 2<sup>ème</sup> version. Isbergues : Ortho-édition. 2010.
- Coquet F., Roustit J., Ferrand P. Evalo 2-6. Bilan de langage de l'enfant de 2 ans à 6 ans 3 mois. Isbergues : Ortho-édition. 2009.
- Coquet F., Roustit J., Ferrand P. Evalo BB. Évaluation de développement du langage oral du jeune enfant à partir de 20 mois jusqu'à 36 mois. Isbergues : Ortho-édition. 2010.
- Danon-Boileau L. Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Ed. Que sais-je? Paris: PUF; 2004.
- DeCasper A.J., Fifer W. P. Of human bonding : newborns prefer their mothers' voice. Science. 1980;208:1174-1176.
- DeCasper A.J., Spence M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborn perception of speech sound. Infant Behavior and Development. 1986;9(2):133-150.
- Delteil F., Chambry J. Centres référents sur les troubles des apprentissages : neuropédiatres ou pédopsychiatres... ou neuropédiatres et pédopsychiatres. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant (ANAE). 2013;125:388-391.
- Dehaene-Lambertz G., Hertz-Pannier L., Dubois J. Nature and nurture in language acquisition: anatomical and functional brain-imaging studies in infants. Trends in Neurosciences. 2006;29:367-373.
- Denni-Krichnel N. Parents, votre enfant apprend à parler. Fédération Nationale des Orthophonistes. 2009. URL : <http://www.info-langage.org/livret-parent/parent-parler.pdf> [consulté le 22 février 2018].
- Devevey A., Kunz L. Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ? Louvain-la-Neuve : De Boeck. 2013.
- Diatkine R., Van Waeyenberghe M. Dysphasie. Psychiatrie de l'enfant. 1990;33:37- 91.
- Domènech E. Troubles affectifs et pathologie du langage. In Chevrie-Muller C., Narbona J. Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. Issy-les-Moulineaux : E. Masson. 2007. p. 561-576.
- DRASS. Les professions de santé en Aquitaine. Etat des lieux et éléments de projections locales. Les dossiers de la DRASS Aquitaine. 2009;61.
- Fédération nationale des orthophonistes (FNO). Recommandations de l'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral de l'enfant de 3 à 7 ans. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES). Rééducation orthophonique. Paris : FNO. 2001.
- Ficheux P. Cogitamus ergo sum. Diffusion Tirésias – CH Camille Claudel. 2011.
- Ficheux P. Looping – Variations sur l'hyper-activité. Diffusion Tirésias – CH Camille Claudel. 2013.
- Fluss J., Korff C.M. Place de l'EEG dans le diagnostic des troubles neurodéveloppementaux. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2011;59:369-375.
- Freud S. Esquisse d'une psychologie scientifique. In Freud S. La naissance de la psychanalyse (1895). Paris : PUF. 1956. p. 313-396.
- Freud S. Le Moi et le Ça. In Freud S. Essais de psychanalyse (1923). Paris : Payot. 1981.

- Freud S. La négation. In Freud S. Résultats, Idées, Problèmes, II (1925). Paris : PUF. 1985. p. 135-139.
- Fujiki M., Brinton B., Todd C.M. Social skills of children with specific language impairment. Lang Speech Hearing Serv School. 1996;27:195-202.
- Georgieff N. Penser l'autre, être pensé par l'autre : intérêt de la notion de « Théorie de l'Esprit » pour la psychopathologie. Le Carnet Psy. 2005;99:24-33.
- Geurts H.M., Embrechts M. Language profiles in ASD, SLI and ADHD. J Autism Dev Disord. 2008;38:1931-1943.
- Glasel H. et Mazeau M. Troubles du langage oral : le diagnostic d'une dysphasie. In Glasel H. et Mazeau M. Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant. Issy-les-Moulineaux : E.Masson. 2017. p. 89-129.
- Golse B. Réflexions sur l'accès au langage verbal et hypothèses sur un certain type d'obstacles liés à la transitionnalité. In Golse B. et Bursztejn C. Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant. Paris : Masson. 1990. p. 149-159.
- Golse B. Le point de vue du psychiatre. Arch Pediatr. 1999;6:389-391.
- Golse B. Qui aime bien, châtie bien » : un adage qui ne convient guère pour les bébés ». Spirale;2012(62):63-70.
- Golse B. À Daniel N. Stern qui nous manque infiniment. Spirale 2012;64:39-42.
- Guralnick M.J. et al. The peer relations of preschool children with communication disorders. Child Dev. 1996;471-489.
- Guedeney N., Guedeney A. L'attachement – Concepts et application. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson. 2002.
- Guerini C., Goyet L. Le développement du langage. In Psychologie du développement. Sous la dir de Miljkovitch R., Morange-Majoux F., Sander E. Paris : Masson. 2017.
- Guillaud-Bataille J.M. et al. Troubles du comportement social et du langage. Prévalence et association chez l'enfant de 4 à 5 ans en milieu scolaire. Neuropsych Enfance Adolesc. 2001;49:397-403.
- Gyasi B. Quels sont les freins rapportés par les médecins généralistes du Lot-et-Garonne sur l'utilisation du test ERTL4 en consultation courante ? [Thèse de Doctorat d'Université, sous la dir de LUACES B.] Poitiers : Université de Médecine et de Pharmacie ; 2018.
- Haag G. Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. Gruppo. 1986;2.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? 2017a. URL : <http://www.has-sante.fr/> [consulté le 20 février 2018].
- Haute Autorité de Santé (HAS). Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre. In : Parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. 2017b. URL : <http://www.has-sante.fr/> [consulté le 20 février 2018].
- Info-langage.org. La tétine ou le pouce ? Avantages – inconvénients. <http://www.info-langage.org/quefaire-tetine-ou-pouce.html> [consulté le 10 juin 2018].
- Jacob S., Maintenant C. Les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) chez l'enfant et leur incidence sur les relations entre pairs. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2017;65:78-82.
- Kern S. et Gayraud F. IFDC. Grenoble : Les éditions La Cigale. 2010.
- Kohl M. et al. Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant. Psychiatr Infant. 2008;51(2):577-595.
- Kuhl P.K. A new view of language acquisition. Proc Natl Acad Sci USA. 2000;97:11850-11857.
- Kuhl P.K. Early language acquisition : cracking the speech code. Nature Reviews Neuroscience. 2004;5:831-843.
- Lanlay de L., Clément M.C. Les éléments supra-segmentaux du langage. In Golse B. et Bursztejn C. Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant. Paris : Masson. 1990. p. 131-139.
- Larousse, dictionnaire en ligne. URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langage/46165> [consulté le 30 juillet 2018].
- Law J. et al. Screening for speech and language delay : a systematic review of the literature. Health Technology Assessment. 1998;2(9).
- Law J., Garrett Z., Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. J Speech Lang Hear Res. 2004;47:924-43.
- Le Normand MT. Modèles Psycholinguistiques du développement du langage. In: Chevrie-Müller C., Narbona J. Le langage de l'enfant. Aspects

- normaux et pathologiques. Paris: Masson; 1999. p. 27-42.
- Lecuyer R. La représentation va pouvoir commencer. In Lecuyer R. Le développement du nourrisson. Paris : Dunod. 2004.
- Leroux F. Dépistage des troubles de la communication et du langage à 18-20 mois : adaptation et expérimentation à l'usage des médecins – Impact auprès des parents. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université de Poitiers. 2016.
- Marcelli D. Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*. 1992;45:57-82.
- Marcelli D. Engagement par le regard et émergence du langage. Un modèle pour la trans-subjectivité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009;57:487-493.
- Marcelli D., Cohen D. Principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique. In: Marcelli D. et Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : E.Masson. Coll Les âges de la vie. 2016a:151-182.
- Marcelli D., Cohen D. Psychopathologie des fonctions cognitives. In: Marcelli D. et Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : E.Masson. Coll Les âges de la vie. 2016b:213-247.
- Masson S. Généralités sur la rééducation psychomotrice et l'examen psychomoteur. Paris : PUF. 1983.
- Mazeau M., Pouhet A. Le langage oral : développement typique et pathologique (dysphasie). In Mazeau M., Pouhet A. *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant – Du développement typique aux dys-*. Paris : Masson. 2014;2:53-111.
- McCabe P.C., Marshall D.J. Measuring the social competence of preschool children with specific language impairment correspondence among informant ratings and behavioral observations. *Topics Early Child Spec Educ*. 2006;26:234-46.
- McCabe P.C., Meller P.J. The relationship between language and social competence: how language impairment affects social growth. *Psychol School*. 2004;41:313-321.
- Meltzoff A.N., Moore M.K. Newborn infants imit adult facial gestures. *Child Development*. 1983;54:702-709.
- Menyuk P., Chesnik M., Liebergott J.W. Predicting reading problems in at-risk children. *J Speech Hearing Res* 1991; 34:893-903.
- Missonnier S. et Boige N. Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique*. 2003;29:9-35.
- Mok P.L.H. et al. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55:516-527.
- Mourgues J.M. Atlas de la démographie médicale en France – Profils comparés : 2007/2017 – Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017. URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476> [consulté le 7 août 2018].
- Nadel, J. La communication prélangagière : concepts et méthodes. In Ghiglione R., Richard J.F. *Cours de Psychologie*. Paris : Dunod. 1994:279-291.
- Nadel J. Imiter pour grandir. In *Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Psychothérapies. Paris : Dunod. 2011.
- Nadel J., Camaioni L. *New perspectives in early communicative development*. London: Routledge. 1993.
- Overvliet G.M. et al. Nocturnal epileptiform EEG discharges, nocturnal epileptic seizures, and language impairments in children: review of the literature. *Epilepsy Behav*, 2010;19:550558.
- Petit-Carrié S., et al. Les bilans de santé des enfants de 3-4 ans : résultats des dépistages réalisés en 1999 par les médecins du service de protection maternelle et infantile de Gironde. *Arch Pédiatr* 2001;8:588-97.
- Piaget J. Équilibre et structures d'ensemble. *Bulletin de Psychologie*. Paris. 1952;53(6):4-10.
- Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. 9<sup>ème</sup> éd. Neufchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé. 1977.
- Piaget J. La formation du symbole chez l'enfant : imitation, jeu et rêve, image et représentation. 7<sup>ème</sup> éd. Neufchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé. 1978.
- Piaget J. Le langage et la pensée chez l'enfant. 10<sup>ème</sup> éd. Neufchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé. 2002.
- Pigman G.W. Freud and the history of empathy. *International journal of psycho-analysis*. 1995;76:412-426.
- Plaza M. Psychopathologie du langage. In: Marcelli D. et Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: E.Masson. Coll Les âges de la vie. 2016:151-182.

- Querleu D., Renard S., Versyp F. Les perceptions auditives du fœtus humain. *Médecine et Hygiène*. 1981;39:2101-2110.
- Rescorla L. Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2009;52:1-30.
- Ringard JC. Rapport : un plan d'action pour une meilleure prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques. Paris. 2000.
- Rousseau D., Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*. 2011;50:127-137.
- Rousseau J.J. Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. 1754.
- Roussillon R. Agonie, clivage et symbolisation. Paris : PUF. 1999.
- Rutter M.R. et al. Investigating the impact of early institutional deprivation on development: background and research strategy of the English and Romanian Adoptee (ERA) study. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2010;75:1-20.
- Salimbene de Adam. The Chronicle of Salimbene de Adam, éditée, traduite et commentée par Joseph L. Baird, Giuseppe Baglivi et John Robert Kane, Binghamton: Medieval and Renaissance Text Studies. 1986.
- Saffran J.R., Aslin R.N., Newport E.L. Statistical learning by 8-month-old infants. *Science*. 1996;274:1926-1928.
- Sauvadet C. Troubles du langage oral chez l'enfant : repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste. [Thèse de Doctorat d'Université, sous la dir du Pr MONIN P]. Nancy : Université Henri Poincaré. Faculté de Médecine ; 2010.
- Schmid-Kitsikis E., Perret-Catipovic M., Perret-Vionnet. Le fonctionnement mental : textes de base en psychologie. Neufchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé. 1991.
- Shriberg L.D. et al. Prevalence of speech delay in 6-years-old children and comorbidity with language impairment. *J Speech Lang Hear Res*. 1999;42:1461-1481.
- Silva P.A., McGee R., Williams S.M. Developmental language delay from 3 to 7 years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age 7. *Dev Med Child Neurol*. 1983;25:783-793.
- Sommelet D. et al. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. Société Française de Pédiatrie, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. 2007a. URL : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette\\_troubles-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf) [consulté le 22 février 2018].
- Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [rapport public]. Paris : Ministère de la santé et des solidarités. 2007b.
- Spitz R.A. Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood. *Psychoanalytic study of the child*. 1945a;1:53-74.
- Spitz R.A. Hospitalism: a follow-up report on investigation described in volume 1. *Psychoanalytic study of the child*. 1945b;2:113-117.
- Spitz R.A. Le non et le oui – la genèse de la communication humaine. Paris : PUF. 1962.
- Spitz R.A. De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris : PUF. 1968.
- Soteleru S., Lebovici S. L'interaction parent-nourrisson. In Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Tome 1. Paris : PUF. 1995:319-339.
- Stanton-Chapman T.L. et al. Social and behavioral characteristics of preschoolers with specific language impairment. *Topics Early Child Spec Educ*. 2007;27:98-109.
- Tisseron S. Grandir avec les écrans. La règle 3-6-9-12. Bruxelles : Yapaka. 2013. Disponible sur l'URL : <http://www.yapaka.be/livre/grandir-avec-les-ecrans-la-regle-3-6-9-12> [consulté le 22 février 2018].
- Tomblin J.B., et al. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res*. 1997;40:1245-1260.
- Toppelberg C.O., Shapiro T. Language disorders: a 10-years research update review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:143-152.
- Trevarthen, C. Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In Bullowa M. Before speech: The beginning of Human Communication. London: Cambridge University press. 1979:321-347.
- Vaivre-Douret L., Tursz A. Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Actualité et dossier en santé publique (HCSP). 1999;26:23-66.

- Valentin E. « Des enfants sans langage » de Laurent Danon-Boileau. *Revue Française de Psychanalyse*. 2003;67:1075-1080.
- Venkateswaran S., Shevell M. The case against routine electroencephalography in specific language impairment. *Pediatrics* 2008;122:911-916.
- Vygotski L. *Pensée et langage*. Paris : Messidor/Éditions Sociales. 1985.
- Willig T.N. et al. Le pédiatre dans le parcours de soins des enfants présentant des troubles « dys ». *Archives de Pédiatrie*. 2017;24:1088-1095.
- Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot. 1958.
- Winnicott D.W. *Processus de maturation chez l'enfant – Développement affectif et environnement*. Paris : Payot. 1965.
- Winnicott D.W. *La crainte de l'effondrement – La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques (publication posthume)*. Paris : Gallimard. 2000.
- Yeung H.H., Werker J. F. Lip movements affect infant audiovisual speech perception. *Psychological Science*. 2013;24(5):603-612.
- Yew S.G.K., O'Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies: SLI and emotional and behavioural disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54:516-524.
- Zeanah C.H. et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest Early Intervention Project. *Development and psychopathology*. 2003;15:885-907.

## GLOSSAIRE

**Conscience phonologique** : capacité à isoler mentalement et à manipuler les unités sonores non significatives de la parole : phonèmes, syllabes et rimes.

**Dysphasie** : trouble grave et spécifique du développement du langage, entraînant des altérations durables dans l'organisation du langage à différents niveaux: phonologique, lexical (au niveau du mot), syntaxique, sémantique et pragmatique. Ce trouble peut atteindre la compréhension et l'expression à des degrés divers, voire seulement l'expression.

**Jeu symbolique** : jeu qui implique l'imagination, le détournement des objets de leur fonction première, la simulation de rôles (ex : jouer au docteur, jouer à préparer le repas avec de l'herbe et des cailloux, etc).

**Langage** : système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres. Le langage représente une faculté inhérente à la condition humaine, celle de symboliser : faculté de représenter le réel par un signe et de comprendre le signe comme représentant le réel, donc d'établir un rapport de signification entre quelque chose et quelque chose d'autre. La « double articulation » (des phrases en mots, des mots en phonèmes) est une caractéristique spécifique du langage.

**Langue** : système de signes et de règles qui permet aux individus d'une même communauté de se comprendre.

**Lexique** : dictionnaire ou plus particulièrement lexique mental, consistant en l'ensemble des représentations phonologiques, syntaxiques et sémantiques des mots qui constituent la connaissance intuitive de ces mots chez le locuteur.

**Mamanais** : de « motherese » en anglais, ou le « parler bébé ». Modification spontanée du discours que tient un adulte à un bébé, avec modulation de la prosodie, simplification du vocabulaire et de la syntaxe, nombreuses répétitions et intonation très marquée.

**Morphosyntaxe**: étude des variations de forme des mots dans la phrase (morphologie) en fonction des règles de combinaison régissant la formation des énoncés (grammaire, syntaxe).

**Parole**: elle appartient au domaine de la phonologie, qui inclut la prosodie (intonation, accentuation, rythme, mélodie, tons) et le choix ou l'arrangement des phonèmes dans la chaîne parlée suivant les règles phonologiques communautaires.

**Phonologie** : étude des phonèmes.

**Phonème** : Le phonème est la plus petite unité – dénuée de sens en elle-même – que l'on puisse délimiter dans la chaîne parlée, un son ou bruit de la chaîne parlée, résultant d'une combinaison de plusieurs traits articulatoires. Chaque langue a ses propres phonèmes répertoriés et classés selon leurs traits distinctifs, et pouvant être retranscrits phonétiquement.

**Pragmatique** : branche de la linguistique qui traite de l'incidence du contexte sur la production et l'interprétation des énoncés et des séquences d'énoncés. La fonction pragmatique du langage est la fonction qui s'exerce dans les interactions sociales.

**Prosodie** : Enveloppe « musicale » de la parole avec des aspects de rythme, tempo, mélodie, accent et intonation, pouvant avoir une valeur linguistique (marquer des frontières de phrases ou de mots) ou non linguistiques (marquer une émotion...).

**Sémantique** : étude de la signification des signes linguistiques (mots et énoncés).

**Syntaxe** : ensemble des règles d'organisation des mots dans une phrase et de bonne formation des énoncés selon la grammaire de la langue.

# ANNEXES

## Annexe 1 – Tableau synoptique sur le développement du langage

Source : Brin F. et al. Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues : Ortho Edition. 1997:41-49.

Ages	Développement du langage	
	Perception et compréhension	Production et expression
<b>de la naissance à 3 mois</b>	de la naissance à 1 mois -réagit à la voix -compréhension indifférenciée mais sensibilité à la prosodie et au rythme - discrimination et préférence pour la langue et la voix maternelle de 2 à 3 mois -réagit aux informations environnementales -capacités de catégorisation des sons	de la naissance à 1 mois -jasis de 2 à 3 mois -début des vocalisations et des vocalisations réponses -imite certaines mimiques -sourire intentionnel réponse
<b>de 3 à 6 mois</b>	de 3 à 4 mois -réactions aux intonations de la voix maternelle -s'oriente vers la voix de 4 à 5 mois -est apaisé par la parole -début d'attention conjointe - reconnaissance des syllabes dans des énoncés différents de 5 à 6 mois -comprend les différences d'intonation (approbation et désapprobation) -réagit au « non » et à son nom -semble reconnaître les mots « papa » et « maman » -catégorisation des voyelles	de 3 à 4 mois -premiers rires et cris de joie -premiers « areu » et sons glottaux de 4 à 5 mois -gazouillis -sons vocaliques -début de contrôle de la phonation - renvoi des vocalisations parentales -mise en place des procédures référentielles et prédicatives dans la communication de 5 à 6 mois -vocalisations de mieux en mieux maîtrisées -variations et imitations des intonations - rit aux éclats -répond à son nom en vocalisant
<b>de 6 à 9 mois</b>	de 6 à 7 mois -regarde la personne qui parle - possibilité de correspondance entre les voyelles et les mouvements de bouche de 7 à 8 mois -réagit bien au « non » -donne un objet sur demande verbale de 8 à 9 mois -comprend « non, bravo, au revoir » - détection des frontières de syntagmes	de 6 à 7 mois -babillage canonique -vocalise face à son image ou ses jouets de 7 à 8 mois -poursuite babillage canonique - chantonne -rires adaptés de 8 à 9 mois -imitation de sons produits par l'entourage -contours intonatoires influencés par la langue maternelle
<b>de 9 à 12 mois</b>	de 9 à 10 mois -début de compréhension lexicale en contexte de 10 à 11 mois -reconnaissance de mots connus hors contexte -détection des frontières des mots - réorganisation des catégories perceptives en fonction de la structure phonologique de la langue maternelle de 11 à 12 mois -une trentaine de mots compris en contexte -apprentissage de mots associés à leur référent	de 9 à 10 mois -« non » de la tête -gestes de « au apparaissent revoir » et « bravo » de 10 à 11 mois -babillage varié intonation -sélection d'un répertoire de consonnes et syllabes adaptées à la langue maternelle de 11 à 12 mois -apparition des premiers mots -présence de productions stables en relation avec les situations

<b>de 12 à 18 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend 100 à 150 mots</li> <li>-comprend les phrases courtes en situation</li> <li>-répond à des consignes simples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vers 16 mois</li> <li>-de plus en plus de productions stables - production de 50 mots (substantifs surtout)</li> <li>-holophrases (mot-phrase)</li> <li>-juxtaposition de deux mots</li> </ul>
<b>de 18 à 24 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-compréhension de plus de 200 mots - désignation d'objets puis sur des images</li> <li>-distingue certaines catégories de mots - comprend les consignes à 2 éléments sans geste d'accompagnement -</li> <li>compréhension des relations syntaxiques entre les mots (en contexte)</li> <li>-la sémantique et la prosodie sont cohérentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-répond « non »</li> <li>-répétition de mots</li> <li>-production de 50 à 170 mots petites phrases agrammaticales (2 ou 3 mots)</li> <li>à partir de 20 mois</li> <li>-augmentation rapide du vocabulaire (250 à 300 mots)</li> <li>-début d'acquisition du genre et nombre</li> <li>-dit son nom dans la parole</li> <li>-absence des finales des mots</li> <li>-absence des groupes consonantiques en « R » et « L »</li> </ul>
<b>de 2 à 3 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-comprend un bon nombre de locutions spatiales et temporelles -comprend la question « quand ? » -connaît les principales couleurs et parties du corps</li> <li>-différencie « gros, grand, petit » - oppose passé, présent, futur -obéit aux ordres plus complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-accroissement rapide du lexique -phrase de 3 ou 4 mots avec verbe et adjectif</li> <li>-élaboration syntaxique se poursuit - apparition des articles, pronoms, prépositions et quelques adverbes - questionne beaucoup sur le lexique - converse avec ses jouets</li> </ul>
<b>de 3 à 4 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>compréhension :</li> <li>-de substantifs abstraits et d'adjectifs de dimension</li> <li>-des notions grammaticales comparatives</li> <li>-des questions où ? et pourquoi ?</li> <li>-des termes relatifs à l'espace et au temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-lexique de 400 à 900 mots</li> <li>-se nomme</li> <li>-utilise les pronoms personnels -fait varier le temps</li> <li>-fautes grammaticales moins fréquentes</li> <li>-phrases d'au moins 6 mots - coordination avec « et »</li> <li>-raconte ce qu'il a fait (se libère de l'action et des contraintes de temps et d'espace)</li> </ul>
<b>de 4 à 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-compréhension de quand ? et comment ?</li> <li>-compréhension de « entre, autour et au milieu »</li> <li>-obéit à des consignes relatives à des objets absents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-conjugue aux temps simples -emploie des relatives -accorde l'adjectif</li> <li>-utilise des mots grossiers -joue avec les mots</li> <li>-adapte progressivement son discours à l'interlocuteur</li> <li>-tous les sons sont acquis hormis les oppositions « s/z » et « ch/j »</li> </ul>
<b>de 5 à 6 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>quasiment tout le langage est compris - comprend les phrases interrogatives (sujet inversé)</li> <li>-s'intéresse au sens des mots -discrimine les sons proches</li> <li>-souhaite apprendre à lire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-phrases complexes (expansion et concordance)</li> <li>-utilise toutes les notions relatives à l'espace et au temps</li> <li>-conjugue et accorde les verbes irréguliers</li> <li>-dit son nom, son âge et son adresse - peut expliquer et définir</li> <li>-raconte de façon claire</li> </ul>
<b>après 6 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en ce qui concerne le temps : - apprentissage des saisons, des mois, de la date, des notions de durée, de l'heure</li> <li>en ce qui concerne l'espace - apprentissage des termes géométriques et de situation spatiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-formulation des questions avec la négation</li> <li>-utilisation du pronom personnel en rapport avec un référent connu - différenciation sémantique dans des champs proches</li> <li>-augmentation continue du stock lexical</li> </ul>

**Annexe 2** - Extrait du guide HAS « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages » - « *Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre* » (décembre 2017)

**Difficultés d'acquisition du langage oral**

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun mot signifiant.</li> <li>Absence de babillage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éliminer d'emblée un doute sur l'audition.</li> <li>Éliminer un trouble de la communication non verbale.</li> </ul>
Avant 3 ANS à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Langage très pauvre.</li> <li>Pas d'association de mots.</li> <li>N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.).</li> <li>Compréhension altérée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen clinique, audition.</li> <li>Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme<sup>1</sup>.</li> <li>Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité).</li> </ul>
À 3 ANS et après <i>si plainte isolée sur le langage oral</i>	<p><b>3 ans / 4 ans et demi</b></p> <p><b>Si critère de sévérité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) ;</li> <li>pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) ;</li> <li>compréhension altérée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen clinique.</li> <li>Diagnostic différentiel (audition/communication)</li> <li>Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres).</li> </ul>
à 4 ans et demi / 5 ans	<p><b>4 ans et demi / 5 ans</b></p> <p><b>Si langage insuffisant mais sans signe de gravité.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réponse pédagogique préventive.</li> <li>Guidance parentale.</li> <li>Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant.</li> <li>Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans.</li> </ul>

1. Âge pour le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme en cours d'actualisation par la HAS (Recommandation de bonne pratique « Trouble du spectre de l'autisme. Diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » en cours d'élaboration).

### Annexe 3 – Les échelles de Wechsler et leurs dates de parution

---

WISC, 1958	WAIS, 1968	WPPSI, 1972
WISC-R, 1981	WAIS-R, 1989	WPPSI-R, 1995
WISC III, 1996	WAIS-3, 2000	WPPSI, 2004
WISC IV, 2005		
WISC V, 2014		

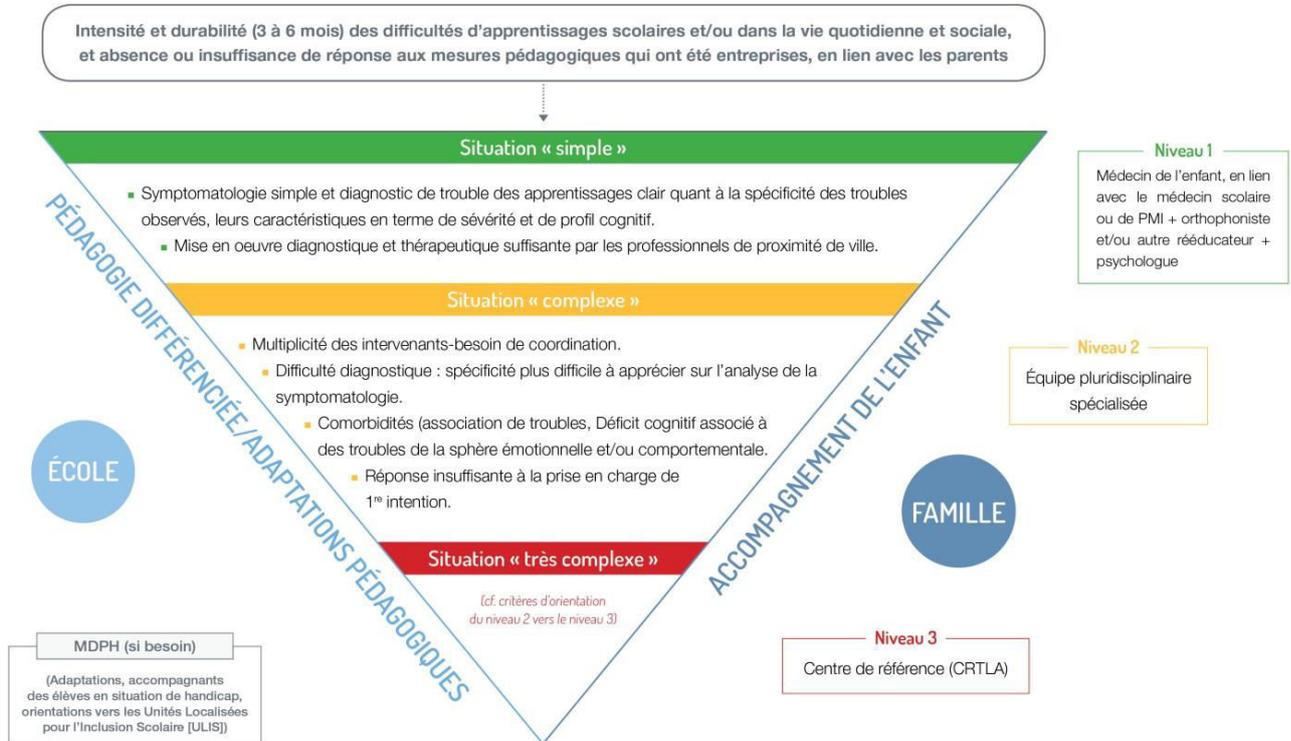
---

**WPPSI** : Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence  
de **2 ans 11 mois à 7 ans 3 mois**

**WISC** : Wechsler Intelligence Scale for Children  
De **6 ans à 16 ans 9 mois**

**WAIS** : Wechsler Adult Intelligence Scale  
de **16 ans à 89 ans**

**Annexe 4** - Extrait du guide HAS « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages » - « *Profils de situations/acteurs du parcours* »



## Annexe 5 - Avis du Comité d’Ethique du Centre Hospitalier Henri Laborit (Poitiers)



Monsieur Raphaël ROCCHESANI  
10, Place de la Liberté  
86000 POITIERS

Poitiers, le 04 juin 2018

### Comité d’Ethique

Tél. : 05 49 44 57 01  
Fax : 05 49 44 57 33

[direction.generale@ch-poitiers.fr](mailto:direction.generale@ch-poitiers.fr)

**Centre hospitalier Laborit**  
370 avenue Jacques Cœur  
CS 10587 - 86021 Poitiers cedex  
Tél. 05 49 44 57 57  
[www.ch-poitiers.fr](http://www.ch-poitiers.fr)

**Objet :** Avis du Comité d’Ethique

**N/Réf. :** BP/DJ/MT - 02-2018

Monsieur,

Nous vous remercions pour la présentation de votre recherche « Repérage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans. Etat des lieux des pratiques et facteurs influençant la prise en charge » (sous la direction du Dr CATHELINE) devant le Comité d’Ethique du CH HENRI LABORIT qui a siégé le 26 mars 2018.

Nous vous rappelons que le Comité d’Ethique, comme l’indique son règlement intérieur, définit l’éthique comme des réflexions sur les questionnements dans les pratiques de soins, une réflexion donc ouverte, collective et indicative ; il n’a donc pas compétence sur les aspects scientifiques et cliniques de votre recherche.

Les membres du Comité d’Ethique tiennent à vous remercier et vous féliciter pour votre présentation scientifique et la qualité éthique de vos réponses. Ils s’interrogent, tout au plus, sur le dilemme éthique suivant :

- l’utilisation de la plateforme Google Forms garantit-elle la confidentialité et la pérennité des réponses des médecins pédiatres, généralistes, pédopsychiatres et de PMI de la région Nouvelle Aquitaine ?

Nous restons bien évidemment à votre entière disposition et vous souhaitons une réussite dans la réalisation de votre recherche et dans de futures publications.

**AVIS FAVORABLE. Fait pour valoir ce que de droit.**

Veuillez croire, Monsieur, en la considération de tous les membres du Comité d’Ethique du CH HENRI LABORIT.

Le Président du Comité d’Ethique  
du CH Henri Laborit,

Benoit PAIN

Copies transmises pour information à :

- Mme le Dr N. CATHELINE – Directeur de thèse,
- les membres du Comité d’Ethique.

## Annexe 6 - Mail envoyé aux 12 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Nouvelle-Aquitaine

Chers confrères,

Interne en Pédopsychiatrie au Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) de Poitiers, je réalise une thèse sur le *repérage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans*, sous la direction du Dr Nicole CATHELINE.

Cette thèse nécessitant la réponse à un questionnaire par les médecins **généralistes**, médecins de **PMI**, **pédiatres** et **pédopsychiatres** de toute la Région Nouvelle-Aquitaine, je me permets de vous solliciter pour la diffusion du lien internet de ce questionnaire auprès de ces différents professionnels.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques médicales sur ce sujet, afin de pouvoir en dégager différentes pistes d'amélioration quant au repérage de ces troubles du langage. Cette démarche s'inscrit dans la continuité de la publication de recommandations HAS à ce sujet en janvier dernier.

Ayant bien connaissances des différentes législations de la CNIL, je ne vous demande pas les adresses mails des différents professionnels. En revanche, pourriez-vous leurs transmettre le lien suivant ?

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfegG9N5koO3IBuVQeTs5Z1zJ3IJ1CtrDAdshRu8yWzRMp4EQ/vie\\_wform?usp=pp\\_url&entry.1449304680](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfegG9N5koO3IBuVQeTs5Z1zJ3IJ1CtrDAdshRu8yWzRMp4EQ/vie_wform?usp=pp_url&entry.1449304680)

En espérant que cela soit possible, je vous prie d'agréer, chers confrères, l'expression de ma sincère reconnaissance.

Raphaël Rocchesani  
Université de Poitiers  
D.E.S. de Psychiatrie  
D.E.S.C. de Psychiatrie de  
l'Enfant et de l'Adolescent

## **Annexe 7 - Questionnaire à destination des médecins de Nouvelle-Aquitaine (généralistes, de PMI, pédiatres, pédopsychiatres)**

Avec la parution récente de nouvelles recommandations, la H.A.S. met en avant la nécessité d'une meilleure prise en charge précoce des Troubles Spécifiques du Langage Oral (TSL), appelés communément « dysphasies ».

Ce questionnaire anonyme a pour but de faire un état des lieux des pratiques à ce sujet chez les médecins prenant en charge des enfants de moins de 4 ans.

Il ne s'agit ici aucunement d'évaluer de manière académique vos connaissances et votre prise en charge. Les résultats permettront alors, à travers le travail de thèse, une réflexion sur les différents axes possibles d'amélioration.

Le nombre de pages peut paraître important mais il y a peu de questions par page.

Des guides pratiques sur les troubles du langage sont mis à votre disposition à la fin du questionnaire.

Un grand merci pour votre aide.

### **Généralités**

Q1 – Vous êtes :

1. Médecin en PMI
2. Médecin généraliste
3. Pédiatre
4. Pédopsychiatre

Q2 – De sexe :

1. Féminin
2. Masculin

Q3 – Combien d'années de pratique médicale avez-vous (internat compris) ?

1. 1 – 10
2. 11- 20
3. 21 – 30
4. 31 – 40
5. 40 – 50

Q4 – Avez-vous un ou des enfants ?

1. Oui
2. Non

### **Votre formation**

Q5 – Pensez-vous être suffisamment formé au sujet des troubles du développement du langage oral ?

1. Oui
2. Non

Q6 – Avez- vous déjà suivi une formation au sujet des troubles du langage chez les enfants (sans limite d'âge) ?

1. Oui
2. Non

Q7 – Quel(s) type(s) de formation ?

1. DU/DIU
2. Congrès/séminaires
3. Cours d'internat
4. Formation continue
5. Formation intra-hospitalière

### **Votre consultation**

Q8 – Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment de temps pour bien évaluer les éventuels troubles du développement (en général) ?

1. Oui
2. Non

Q9 - Pensez-vous prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication (verbale et non verbale) de l'enfant présentant un trouble du langage ?

1. Oui

2. Non

Q10 – Analysez-vous bien séparément le versant compréhension et le versant expression du langage oral ?

- Echelle de 0 à 5  
(0 = non pas du tout / 5 = oui totalement)

#### Enfant de 9 mois

*Il s'agit ici de cocher ce que vous faites en pratique courante, pas ce que vous feriez dans l'idéal.*

Q11 – Prenez-vous en charge des enfants de 9 mois ?

1. Oui
2. Non (allez page suivante)

Q12 – A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ?

1. Ne pointe pas du doigt
2. Ne réagit pas à son prénom
3. Absence de babillage
4. Ne joue pas à « coucou le voila »
5. Des éléments négatifs ne m'inquiètent pas particulièrement à cet âge là

Q13 – Quelle est alors votre démarche ?

1. Examen(s) complémentaire(s) systématique(s)
2. Guidance parentale +/- réassurance
3. Je l'adresse à un collègue
4. Je cherche un trouble de l'audition
5. Autre : réponse libre

Q14 – Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

1. Potentiels évoqués auditifs
2. Bilan ophtalmologique
3. Audiogramme
4. Autre : réponse libre

Q15 – Quel(s) collègue(s) ?

1. Ophtalmologiste
2. ORL
3. Pédiatre
4. Orthophoniste
5. Autre : réponse libre

#### Enfant de 18 mois

*Idem*

Q16 – Prenez-vous en charge des enfants de 18 mois ?

1. Oui
2. Non (allez page suivante)

Q17 – A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ?

1. Aucun mot de vocabulaire
2. Ne comprend pas une consigne simple
3. Absence de babillage
4. Ne réagit pas à son prénom
5. N'associe pas deux mots
6. Ne nomme pas au moins une image
7. Des éléments négatifs ne m'inquiètent pas particulièrement à cet âge là

Q18 – Quelle est alors votre démarche ? Plusieurs réponses possibles

1. Examen(s) complémentaire(s) systématique(s)
2. Guidance parentale +/- réassurance
3. Je l'adresse à un collègue
4. Je cherche un trouble de l'audition
5. J'évalue la communication verbale et non-verbale
6. Autre : réponse libre

Q19 – Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

1. Potentiels évoqués auditifs
2. Bilan ophtalmologique
3. Audiogramme
4. Autre : réponse libre

Q20 – Quel(s) collègue(s) ?

1. Ophtalmologiste
2. ORL
3. Pédiatre
4. Orthophoniste
5. Autre : réponse libre

Enfant de 24 mois

*Idem*

Q21 – Prenez-vous en charge des enfants de 24 mois ?

1. Oui
2. Non (allez page suivante)

Q22 – A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ?

1. Ne comprend pas une consigne simple
2. N'associe pas deux mots
3. Ne nomme pas au moins une image
4. Ne dit pas « je »
5. N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (gestes, regard, etc)
6. A un langage très pauvre
7. Des éléments négatifs ne m'inquiètent pas particulièrement à cet âge là

Q23 – Quelle est alors votre démarche ?

1. Examen(s) complémentaire(s) systématique(s)
2. Guidance parentale +/- réassurance
3. Je l'adresse à un collègue
4. Je cherche un trouble de l'audition
5. J'évalue la communication verbale et non verbale (jeu de « faire semblant », imitation, pointage proto-déclaratif, attention partagée)
6. Autre : réponse libre

Q24 - Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

1. Potentiels évoqués auditifs
2. Bilan ophtalmologique
3. Audiogramme
4. Autre : réponse libre

Q25 – Quel(s) collègue(s) ?

1. Ophtalmologiste
2. ORL
3. Pédiatre
4. Orthophoniste
5. Autre : réponse libre

Enfant de 3 ans

*Idem*

Q26 – Prenez-vous en charge des enfants de 3 ans ?

1. Oui
2. Non (allez page suivante)

Q27 – A cet âge, quel(s) élément(s) vous interpelle particulièrement ?

1. Ne nomme pas 3 couleurs
2. Ne fait pas de phrase de 3 mots
3. Ne dit pas son nom
4. N'emploie pas d'articles
5. N'utilise pas le « je »
6. Ne comprend pas une consigne simple
7. Des éléments négatifs ne m'inquiètent pas particulièrement à cet âge là

Q28 – Quelle est alors votre démarche ?

1. Examen(s) complémentaire(s) systématique(s)
2. Guidance parentale +/- réassurance
3. Je l'adresse à un collègue
4. Je cherche un trouble de l'audition
5. Autre : réponse libre

Q29 – Quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

1. Potentiels évoqués auditifs

2. Bilan ophtalmologique
3. Audiogramme
4. Autre : réponse libre

Q30 – Quel(s) collègue(s) ?

1. Ophtalmologiste
2. ORL
3. Pédiatre
4. Orthophoniste
5. Autre : réponse libre

Q31 – Que recherchez-vous systématiquement dans les ATCD familiaux ?

1. Troubles du graphisme
2. Trouble de la motricité globale
3. Trouble du langage/parole
4. Je ne prends pas toujours le temps de questionner les ATCD familiaux

Q32 – Faites-vous passer l'échelle de l'Inventaire Français du Développement Communicatif ?

1. Oui
2. Non

Q33 – Si oui, à quel âge ?

1. 12 mois
2. 18 mois
3. 24 mois

Q34 – Faites-vous passer le DPL-3 ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne connaissais pas

### **Les orthophonistes**

Q35 – Selon vous, un enfant qui ne parle pas peut-il être pris en charge en orthophonie ?

1. Oui
2. Non

Q36 – Selon vous, à partir de quand peut-on adresser un enfant en orthophonie ?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. Dès la naissance | 6. 18 mois          |
| 2. 2 mois           | 7. 2 ans            |
| 3. 4 mois           | 8. 2 ans 9 mois     |
| 4. 6 mois           | 9. 3 ans            |
| 5. 12 mois          | 10. Pas avant 4 ans |

Q37 – A partir de quel moment envoyez-vous un enfant chez un orthophoniste ?

1. Avant la scolarisation en maternelle
2. Petite section de maternelle
3. Moyenne section de maternelle
4. Grande section de maternelle
5. CP
6. CE1

Q38 – Pour quel(s) motif(s) n'adresseriez-vous pas un enfant à un(e) orthophoniste ?

1. Enfant trop jeune
2. Délai trop long pour avoir un rendez-vous
3. Soucis de ne pas inquiéter les parents
4. Je ne connais pas bien leur travail
5. Je l'adresse dans tous les cas
6. Autre : réponse libre

Q39 – Pensez-vous savoir tirer les informations principales d'un bilan orthophonique ?

1. Oui
2. Non

Q40 – Devant un probable retard de langage/parole, demandez-vous à revoir l'enfant spécifiquement à ce sujet ?

1. Oui
2. Non

Q41 – Si oui, dans quel dans délai ?

1. 1 mois
2. 2 mois

3. 3 mois
4. 6 mois
5. 9 mois
6. 1 an
7. 18 mois

### **Parlons du langage**

Q42 – Selon vous, des carences psychoaffectives et socioculturelles peuvent-elles entraîner des troubles du développement du langage oral ?

- Echelle de 0 à 5  
(0 = Non pas du tout / 5 = Oui tout à fait)

Q43 – La déficience mentale légère en âge pré-scolaire a pour signe principal un déficit du langage.

1. Vrai
2. Faux
3. Je ne sais pas

Q44 - Les structures sophistiquées du langage (vocabulaire et morphosyntaxe) sont installées dans leurs versants réceptif et expressif avant l'âge de 3 ans.

1. Vrai
2. Faux
3. Je ne sais pas

Q45 – Prescrivez-vous systématiquement une consultation ORL et un audiogramme devant toute suspicion de retard de langage/parole ?

1. Oui
2. Non

Q46 – Selon vous, lequel/lesquels de ces éléments peuvent entraver le développement du langage ?

1. Des troubles de la vision
2. Un décès dans la famille
3. Parler à l'enfant avec des gestes
4. La baisse de l'audition
5. L'utilisation de la tétine
6. Un handicap mental
7. La télévision
8. Faire répéter l'enfant pour qu'il prononce bien
9. Un bilinguisme parental au domicile
10. Les écrans tactiles (smartphone, tablette, etc)
11. Les moments de jeu seul (jeux de construction, poupée, voiture, etc)
12. Reformuler ce que l'enfant a dit

Q47 – Conseillez-vous aux parents le site info-langage.org ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne connaissais pas

### **A vous la parole**

Q48 – Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé aux troubles spécifiques du langage oral ?

- Echelle de 0 à 5  
(0 = Non pas du tout / 5 = Oui totalement)

Q49 – Quelles seraient selon vous les voies d'amélioration possibles concernant la prise en charge de ces troubles du langage précoce ? D'un point de vue médical, paramédical, social, etc.

- Réponse libre

**Annexe 8** - Préconisation de la HAS et guides pratiques sur les troubles du langage mis à la disposition des médecins à la fin du questionnaire.

H.A.S. 2018 – « Signes d’alerte à l’intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre »  
- [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/signes\\_alerte\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/signes_alerte_v2.pdf)

« Les troubles de l’évolution du langage chez l’enfant – Guide pratique »  
- [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution\\_guide\\_pratique.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution_guide_pratique.pdf)

« L’évolution du langage de l’enfant – De la difficulté au trouble »  
- <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/719.pdf>

« Les Inventaires Français du Développement Communicatif » (12, 18 et 24 mois)  
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc-2.pdf>

## Annexe 9 - Extrait de l'IFDC – Questionnaire de 12 mois

### QUESTIONNAIRE DE 12 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kem

Nom ..... Prénom .....

Sexe ..... Date de naissance .....

Nombre de frères et sœurs ..... Ages des frères et sœurs .....

Mode de garde dominant .....

Langue que l'enfant entend le plus souvent .....

Langues parlées à la maison .....

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) ..... Date .....

#### Babillage

	Quelquefois	Souvent	Pas encore
– production d'une suite de syllabes identiques (bababa) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– production d'une suite de syllabes différentes (bodaga) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Gestes

Cochez les actions que l'enfant réalise ou essaye de réaliser actuellement :

Tendre la main pour donner un objet qu'il tient .....	<input type="checkbox"/>	Boire dans une tasse .....	<input type="checkbox"/>
Pointer du doigt un objet/personne/événement intéressant .....	<input type="checkbox"/>	Peigner ou brosser ses cheveux .....	<input type="checkbox"/>
Agiter la main de sa propre initiative en signe d'au revoir .....	<input type="checkbox"/>	Mettre un chapeau .....	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour être porté .....	<input type="checkbox"/>	Mettre un collier, un bracelet ou une montre .....	<input type="checkbox"/>
Secouer la tête pour dire non .....	<input type="checkbox"/>	Porter le combiné du téléphone à son oreille .....	<input type="checkbox"/>
Hocher la tête pour dire oui .....	<input type="checkbox"/>	Pousser des petites voitures ou des camions .....	<input type="checkbox"/>
Faire chut en plaçant son doigt sur les lèvres .....	<input type="checkbox"/>	Jeter une balle .....	<input type="checkbox"/>
Faire coucou .....	<input type="checkbox"/>	Donner à manger aux poupées ou aux peluches .....	<input type="checkbox"/>
Jouer à «ainsi font font les petites marionnettes» .....	<input type="checkbox"/>	Embrasser ou tenir dans ses bras ses poupées ou peluches .....	<input type="checkbox"/>
Chanter .....	<input type="checkbox"/>	Lire (ouvrir le livre, tourner les pages...) .....	<input type="checkbox"/>
Danser .....	<input type="checkbox"/>	Passer l'aspirateur .....	<input type="checkbox"/>
Manger avec une cuillère ou une fourchette .....	<input type="checkbox"/>	Casser avec un marteau .....	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour montrer quelque chose qu'il tient dans sa main .....	<input type="checkbox"/>		

#### Vocabulaire

Cochez :

- les cases de la colonne C (compris) pour les mots que l'enfant comprend mais ne dit pas encore (vous pouvez considérer que l'enfant comprend un mot même s'il ne le comprend que dans une seule situation) ;
- les cases de la colonne CD (compris et dit) pour les mots que l'enfant comprend et qu'il utilise actuellement de manière spontanée (si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot).

	C	CD		C	CD		C	CD
abeille .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuillère .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miaou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	montre/montrer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ainsi font .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	danse/danser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	musique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allô .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donne/donner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nez .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrête/arrêter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dors/dormir/faire dodo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prénom de l'enfant .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attends/attendre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombril/bourrillon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attention .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encore .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au revoir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	être fatigué .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nounours .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir soif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fais/faire un bisou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ouaf-ouaf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenêtre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ballon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	figure/visage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pain .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bébé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fleur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	papa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biberon/bibi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frigo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(petit) déjeuner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bois/boire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gâteau/biscuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pied .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonjour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glace (aliment) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poubelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonne nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prends/prendre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caillou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	là .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	purée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
camion de pompier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lapin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regarde/regarder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s'il te plaît .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	livre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucette/lolette/tutte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaussettes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	main .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tante/tata/tatie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chien/toutou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maison .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tee-shirt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maman .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	téléphone .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clefs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mange/manger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
collier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marche/marcher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tortue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
couche/linge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merci .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coucou .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miam-miam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voiture/auto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 10 - IFDC – Feuille d'évaluation des réponses aux questionnaires

### FEUILLE D'ÉVALUATION DES RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

© S. Kem

Il est recommandé de faire remplir les questionnaires courts à 12, 18 et 24 mois, de façon à décrire un itinéraire de développement communicatif de l'enfant.  
 Pour une raison de simplicité, l'interprétation des résultats est la même chez les filles et chez les garçons, bien que dans tous les domaines les performances des filles soient supérieures à celles des garçons.  
 Deux résultats inférieurs ou égaux au 10<sup>e</sup> percentile sur le même questionnaire ou deux questionnaires d'âges différents représentent des signes d'alerte. L'absence de babillage canonique à 12 mois et l'absence de combinaison de mots à 24 mois sont assimilées à des résultats inférieurs au 10<sup>e</sup> percentile.  
 Chaque feuille est documentée individuellement pour être gardée dans le dossier de l'enfant ou remise aux parents.

(Mettre une croix dans la case correspondant aux réalisations de l'enfant)

Enfant (nom, prénom, date de naissance) : .....

12 mois, date : .....

Babillage canonique	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Babillage diversifié	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Gestes réalisés (nombre)	≤ 9	10-11	12-14	15-16	17-18	≥ 19
Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 11	12-19	20-29	30-44	45-54	≥ 55
Production (nombre de mots dits)	0	1	2-3	4-6	7-10	≥ 11
percentiles		10 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>

18 mois, date : .....

Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 51	52-68	69-83	84-93	94-97	≥ 98
Production (nombre de mots dits)	≤ 4	5-9	10-18	19-28	29-51	≥ 52
Combinaison de mots	non acquise			acquise		
percentiles		10 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>

24 mois, date : .....

Production (nombre de mots dits)	≤ 28	29-46	47-74	75-91	92-98	≥ 99
Longueur moyenne des énoncés*	combinaison non acquise	2,66	3,66	4,66	6	≥ 7
percentiles		10 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e</sup>	75 <sup>e</sup>	90 <sup>e</sup>

\* La longueur moyenne des énoncés est calculée en divisant par 3 le nombre total des mots contenus dans les 3 phrases les plus longues.

Les Inventaires Français du Développement Communicatif sont disponibles sur :  
<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc-2.pdf>

## Annexe 11 - Questionnaire à destination des orthophonistes libérales de Nouvelle-Aquitaine

Chères collègues, chers collègues

Interne en Pédopsychiatrie, je réalise une thèse sous la direction du Dr Nicole Catheline, pédopsychiatre, avec qui je travaille au Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages de Poitiers.

Cette thèse porte sur le repérage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans – Etat des lieux des pratiques et facteurs influençant la prise en charge.

Un premier questionnaire est à destination des médecins pédiatres, généralistes, pédopsychiatres et médecins de PMI ; questionnaire dans lequel est notamment abordé leurs « relations » avec l'Orthophonie et l'idée qu'ils se font de votre travail.

L'idée du questionnaire pour lequel je vous sollicite est de comparer ces derniers éléments avec votre « réalité de terrain ».

Q1 – Dans quel département êtes-vous installé ?

- Charente
- Charente-Maritime
- Corrèze
- Creuse
- Dordogne
- Gironde
- Landes
- Lot-et-Garonne
- Pyrénées Atlantiques
- Deux-Sèvres
- Vienne
- Haute-Vienne

Q2 – Dans quel milieu êtes-vous installé ?

- Urbain
- Rural

Q3 – L'origine de la demande que vous recevez vient le plus souvent de :

- Parents
- Ecole
- Médecin
- Autre : réponse libre

Q4 – De qui recevez-vous le plus de prescriptions ?

- Pédiatres
- Médecins généralistes
- Médecins de PMI
- Pédopsychiatres
- Autres : réponse libre

Q5 – Les prescriptions que vous recevez sont majoritairement des :

- Bilans d'investigation
- Bilans d'investigation + « rééducation si nécessaire »

Q6 – Sauf urgence absolue, quel est dans votre cabinet le délai d'attente pour un nouveau patient nécessitant un bilan ?

- < 4 semaines
- entre 1 et 3 mois
- entre 3 et 6 mois
- entre 6 mois et 1 an
- entre 1 an et 18 mois
- entre 18 mois et 2 ans
- > 2 ans

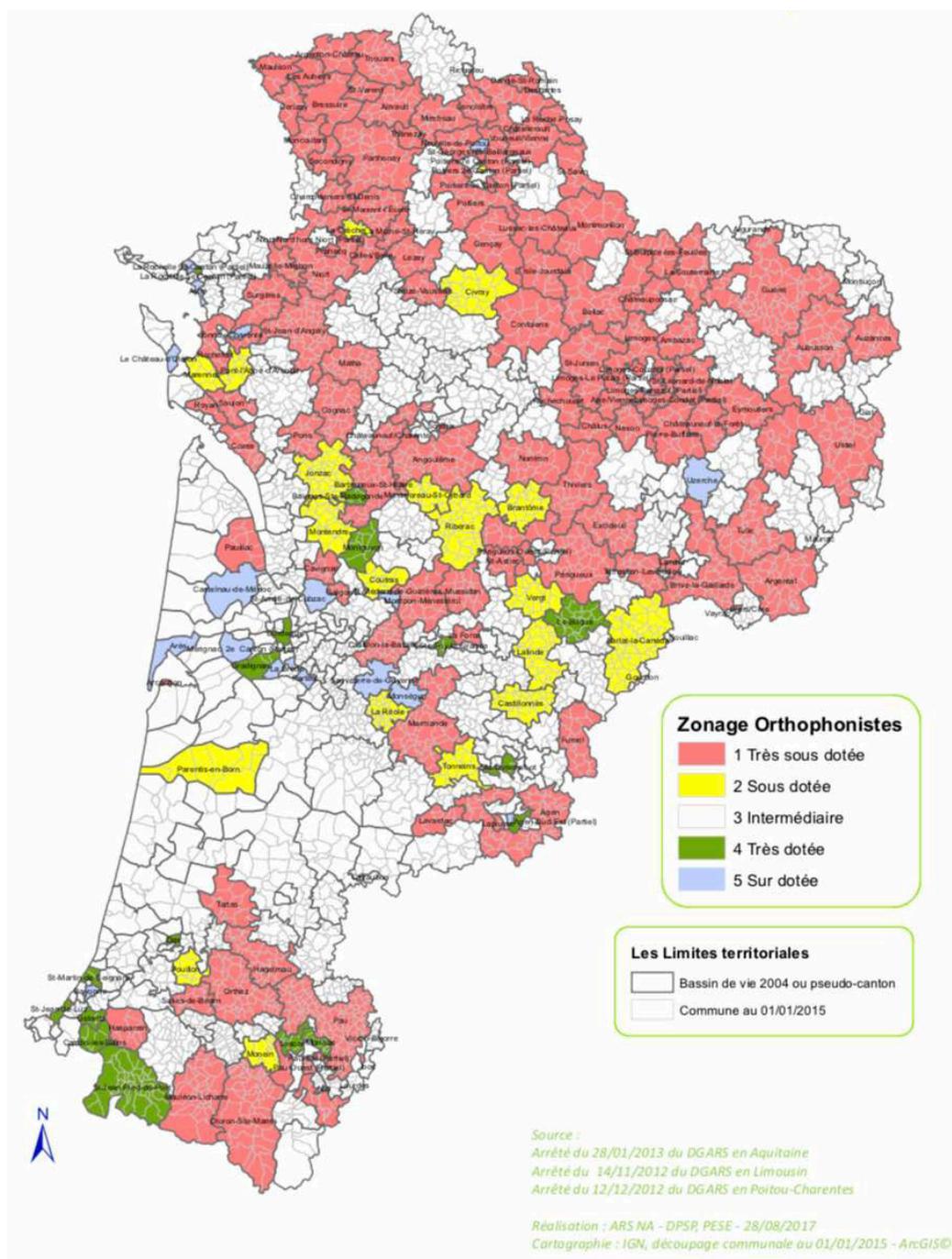
Q7 – Dans quel délai pourriez-vous commencer le suivi d'un enfant de 24 mois ayant moins de 50 mots de vocabulaire ?

- < 4 semaines
- entre 1 et 3 mois
- entre 3 et 6 mois
- entre 6 mois et 1 an
- entre 1 an et 18 mois
- entre 18 mois et 2 ans
- > 2 ans

Q8 – Une remarque sur vos relations avec les médecins prescripteurs ? Une remarque autre ?

- Réponse libre

## Annexe 12 - Zonage démographique des orthophonistes en Nouvelle-Aquitaine



Source : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Zonages\\_Conv\\_ORTH\\_08\\_2017\\_au\\_31\\_12\\_2015.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Zonages_Conv_ORTH_08_2017_au_31_12_2015.pdf)

A tous les enfants présentant une dysphasie sévère reçus à l'Hôpital de Jour de Sèvres,  
lieu où les notions de thérapie institutionnelle et de bain de langage  
se mélangent à merveille.

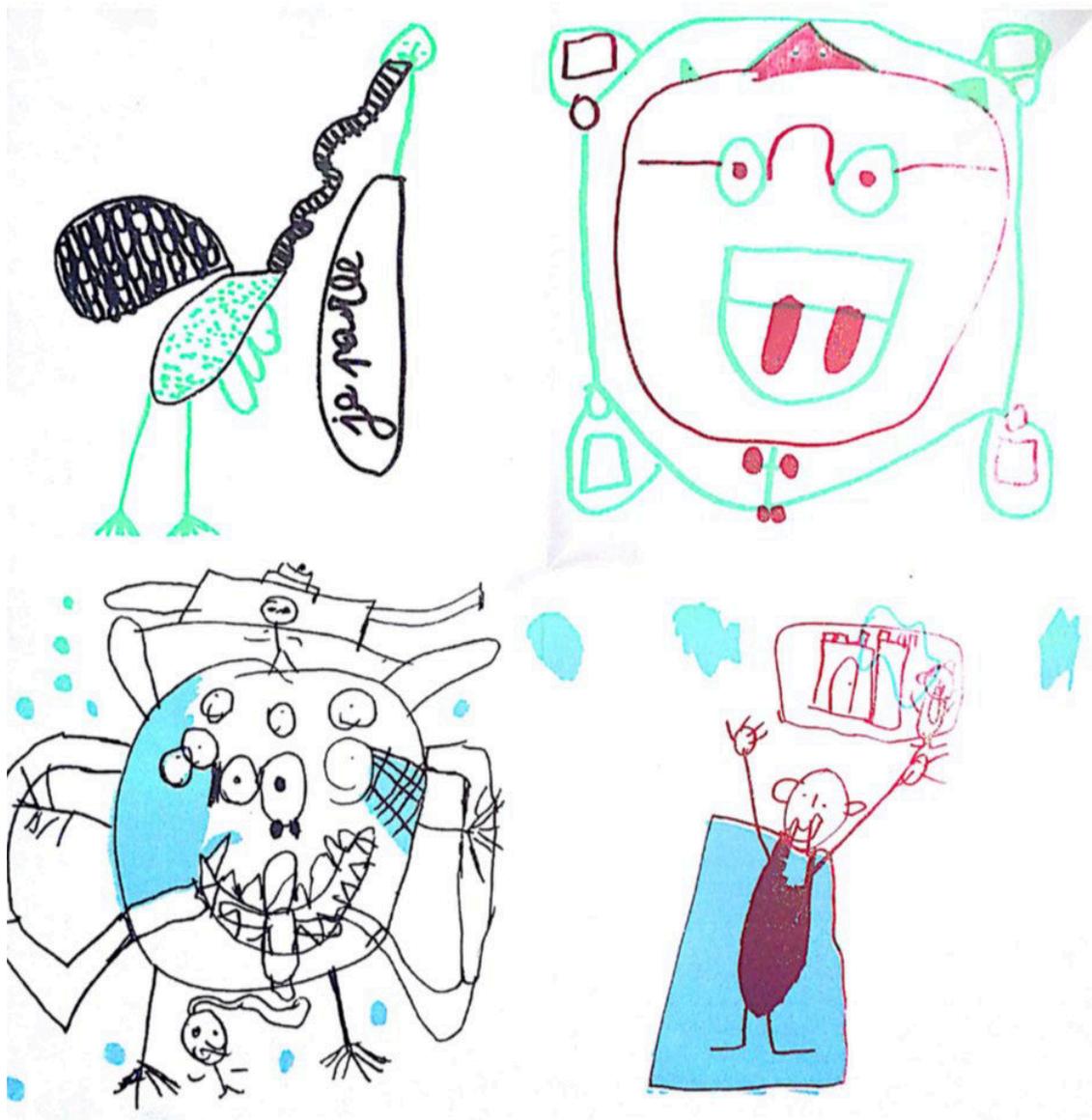


Photo issue de l'atelier Fanzine

*Les monstres rigolos*

avril 2018



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## RESUMÉ

**Introduction** – Principal vecteur de l'interaction entre l'enfant et son environnement, le langage et son acquisition peuvent être perturbés. Les troubles du langage oral regroupent les notions de troubles articulatoires, de retard de parole, de retard de langage et de troubles spécifiques du langage oral. L'ensemble de ces troubles touchent de 3,8% à 26,8% des enfants de moins de 6 ans selon les études. Non cantonnées à l'enfance et la petite enfance, ils peuvent perdurer et avoir des répercussions à court, moyen et long termes. L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux du dépistage précoce des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 4 ans chez les médecins généralistes, médecins de PMI, pédiatres et pédopsychiatres.

**Matériels et méthodes** – Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale par auto-questionnaire réalisée en Nouvelle-Aquitaine. Les 9100 médecins sus-cités de la région ont reçu une invitation à répondre au questionnaire en ligne, principalement via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et les associations de Pédiatrie. Un bon dépistage était défini par l'association d'une prescription de consultation ORL à 24 mois, d'une d'Orthophonie au même âge, et par le fait de revoir l'enfant dans les 6 mois spécifiquement à ce sujet.

**Résultats** – Sur les 220 médecins inclus, seuls 10% réalisent un bon dépistage. Les facteurs associés à celui-ci sont l'impression d'avoir suffisamment de temps pour évaluer le développement global d'un enfant, le fait de prendre assez de temps pour évaluer les capacités de communication verbale et non verbale, le fait d'analyser bien séparément les versants compréhension et expression du langage oral, et le fait de rechercher systématiquement des antécédents familiaux. L'analyse de certains facteurs tels que le type de formation réalisée ou la prise en compte de l'association de deux mots à 2 ans n'a pu se faire du fait de trop faibles effectifs. Les outils d'évaluation précoces sont quant à eux très peu utilisés car très peu connus.

**Conclusion** – La demande d'avis orthophonique apparaît comme le principal frein au dépistage précoce des troubles du langage, nombre de praticiens ne les sollicitant qu'à partir de l'âge de 3 ans. Pourtant les orthophonistes sont tout à fait formés à l'appréciation des tout-petits, et des échelles d'évaluation sont disponibles dès l'âge de 20 mois. Ainsi, un avis orthophonique devrait être demandé devant tout trouble du langage interrogeant le médecin, et ce même avant 3 ans. Le souhait de formation des médecins à cette problématique du langage est très fort. Enfin, la réflexion au sujet de tels troubles devrait être pluridisciplinaire, et devrait venir interroger aussi bien les processus instrumentaux que le développement psycho-affectif.

**Mots-clés** : retard de langage, troubles spécifiques du langage oral, dépistage précoce, médecine générale, orthophonie, psychomotricité, neuropédiatrie, pédopsychiatrie.