

## PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

### Module 3 - Maturation et vulnérabilité

#### Objectif 32 - DEVELOPPEMENT NORMAL DU LANGAGE ET SES TROUBLES

Rédaction : Claude BURSZTEJN

Relecture : Charles AUSSILLOUX

---

#### **Objectifs :**

- *Connaître les définitions du langage et de la parole.*
- *Connaître les fonctions du langage et les facteurs qui conditionnent son développement.*
- *Connaître le développement du langage et ses repères chronologiques.*
- *Savoir dépister un trouble du langage, orienter les investigations complémentaires.*
- *Connaître et savoir caractériser les différents types de troubles du langage.*
- *Connaître les éléments d'évaluation de ces troubles.*
- *Connaître les principaux facteurs favorisants.*
- *Connaître les principales orientations thérapeutiques*

Le langage, principal vecteur de la communication inter-humaine, est aussi un support de la pensée, en rapport avec les processus de symbolisation. Les messages qu'il véhicule ne sont pas seulement des informations ou des demandes : le langage sert aussi à communiquer des sentiments, des impressions, des angoisses. Il prend ainsi une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui, et est intimement lié au développement et à la structuration du fonctionnement psychique, dans son ensemble.

#### **DEFINITIONS**

Le *langage* est « la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes » (RONDAL°)

La *langue* est un système de code propre à une communauté.

La *parole* est la production de significations sous forme de sons articulés.

Les linguistes différencient quatre composantes du langage :

- la *phonétique* : c'est le niveau concernant les sons du langage ou phonèmes,
- la *sémantique* : c'est ce qui concerne les mots et leur signification (lexique),
- la *syntaxe* : règles d'associations des éléments du langage entre eux,
- la *pragmatique* : étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel, etc.).

## I - DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

Le développement du langage suit un déroulement assez fixe d'un enfant à l'autre, mais avec des variations dans les dates des différentes étapes. Il dépend à la fois de capacités neuro-cognitives innées, probablement génétiquement déterminées, et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant.

Il s'agit d'un processus actif au cours duquel l'enfant explore et expérimente le langage qui l'entourne.

L'acquisition du langage est conditionnée par l'intégrité :

- des organes phonatoires et de leurs commandes neuro-musculaires;
  - des structures corticales et sous-corticales spécialisées dans diverses fonctions du langage;
  - de l'appareil auditif;

### A - PHASE PRE-LINGUISTIQUE

#### 0-2 mois

**Compétences précoces** : le nouveau-né montre un intérêt privilégié pour la voix humaine et est capable de différencier des phonèmes. Les **cris**, premières productions vocales de l'enfant : ils se diversifient dès les premières semaines en fonction des états éprouvés par l'enfant (faim, douleur, appel, bien-être) ; la mère leur attribue déjà des significations, et les fait entrer dans un premier système de communication (anticipation créatrice).

#### 2-6 mois

Au cours du deuxième mois les **vocalisations** se diversifient (babil, jasis ou lallation). Il semble s'agir au début d'un jeu sensori-moteur, source de plaisir pour l'enfant, qui s'enrichit progressivement, et, entre, surtout après le 5ème-6ème mois, dans un jeu interactif avec l'environnement maternel.

#### 2<sup>e</sup> semestre

La **production de syllabes** bien articulées débute entre 6 et 8 mois ; A partir de 8-10 mois, les productions de l'enfant se modifient en fonction du langage du milieu environnant.

A l'évolution des productions vocales s'associe un développement de la **communication non verbale**: par le regard, puis par le sourire (mimiques), enfin vers 8-9 mois par *l'attention conjointe* : l'enfant cherche à attirer l'attention d'autrui, porte son regard sur ce qu'on lui montre, pointe du doigt en direction d'un objet.

### B - PHASE LINGUISTIQUE

Apparition des **premiers mots** : entre 12 et 16 mois. Il s'agit de mono ou dissyllabes systématiquement associées à certains objets ou à certaines situations (demande, désignation).

L'accroissement du vocabulaire -très variable d'un enfant à l'autre- est relativement lente jusque vers 16 mois (moyenne 30 mots).

Vers la fin de la deuxième année, il s'accélère : 250 à 300 mots vers deux ans ;  
Vers 18 mois, l'enfant commence à utiliser le *non*, qui montre un progrès de son individualisation.

Les **premières phrases** (association de deux mots, pour désigner une action) apparaissent entre 20 et 26 mois (protolangage).

Au cours de la **3ème année** :

- L'acquisition du **vocabulaire** s'intensifie pour atteindre environ 1000 mots à 3 ans.  
L'enfant perfectionne l'**articulation** des différents phonèmes (selon une progression assez fixe d'un enfant à l'autre, dépendant des difficultés propres à chaque geste articulatoire).
- Acquisition de la **syntaxe** : les phrases sont d'abord de "style télégraphique" (mots-phrases, mots-valises), puis comportent progressivement sujet, verbe, complément, qualificatifs, pronoms ; le "je" apparaît vers 3 ans marquant une étape importante de l'individuation et de la reconnaissance de sa propre identité par l'enfant.
- Le langage adulte de base, correctement articulé, est généralement acquis entre 3 et 5 ans. Au delà, le langage continue d'évoluer : enrichissement du vocabulaire, perfectionnement de la syntaxe (concordance des temps, accord des participes passés) ; le langage progresse aussi sur le plan expressif et cognitif (acquisition de la métaphore).

**Vers 6 ans** l'enfant est en général prêt pour l'apprentissage du **langage écrit** : la lecture est normalement acquise en une année scolaire, elle continuera de progresser par la suite (rapidité, automatiser).

## II - TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL

Les troubles du développement du langage sont un motif fréquent de consultation. (5 % des enfants de 5 ans ont des troubles du langage).

Un bilan orthophonique, éventuellement complété par des tests standardisés, est nécessaire pour préciser la part des troubles phonétiques, sémantiques et syntaxiques et plus généralement la manière dont l'enfant utilise le langage dans la communication.

L'**examen initial** doit systématiquement

- évaluer le contexte relationnel;
- rechercher l'existence de
  - o une *surdité* ou hypoacousie, une perte auditive partielle bilatérale portant sur certaines fréquences correspondant aux sons du langage, pouvant perturber son acquisition (exemple : otites à répétition ou chroniques, séquelles de prématurité);
  - o des *troubles associés* :
    - troubles émotionnels et affectifs
    - retard mental global : le niveau d'acquisition du langage dépend de l'ensemble du développement psychomoteur et cognitif.
    - autisme et psychoses (les troubles du langage associés seront décrits dans ces affections).

Nous retiendrons ici une classification qui reste en usage chez la plupart des spécialistes du langage en France (voir classifications).

#### **A - TROUBLE DE L'ARTICULATION**

Il s'agit d'une altération systématique d'un ou de quelques phonèmes. Ce trouble porte préférentiellement sur certaines consonnes dites "constrictives" (s, ch, z, j), il en résulte le plus souvent un *sigmatisme interdental* (zézaiement ou zozotement) ou *latéral* (chuintement).

Ce trouble purement fonctionnel est bénin, s'il est isolé, sans conséquences sur la suite du développement de la parole et du langage, ni sur l'acquisition du langage écrit; mais il peut persister indéfiniment en l'absence de rééducation.

Il s'associe souvent à des troubles relationnels mineurs et/ou à une immaturité affective.

Lorsqu'il est associé à d'autres troubles de la parole ou du langage, le pronostic dépend de ces derniers.

**Conduite à tenir** : une rééducation orthophonique est généralement indiquée vers l'âge de 5 ans ; des entretiens psychothérapeutiques peuvent être indiqués lorsque le trouble paraît lié à des facteurs relationnels.

#### **B - RETARD DE PAROLE**

- Il correspond à la persistance au-delà de l'âge 4 ans des altérations phonétiques et phonologiques observées normalement vers 3 ans : confusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, distorsions diverses etc. (persistance du "parler bébé"). Ce trouble porte sur l'ensemble de l'organisation phonétique du langage.
- Ces troubles s'associent souvent à des *signes d'immaturité affective* : notamment des habitudes orales du premier âge (suçage du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide) ; ils s'inscrivent souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives.

**Conduite à tenir :**

une *rééducation orthophonique* est indiquée si les troubles persistent au-delà de 4-5 ans ; il est généralement nécessaire de l'associer à un travail de *guidance parentale tout en favorisant la socialisation*.

**L'évolution** est généralement favorable, lorsque les facteurs relationnels sont rapidement mobilisables.

**C - RETARD SIMPLE DE LANGAGE**

- Le retard simple de langage est caractérisé par une *atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques* du langage *en dehors de tout retard mental global*, de *trouble auditif* ou de *trouble grave de la personnalité* ; il s'accompagne généralement d'un retard de parole.
- L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans.
- Les troubles prédominent sur *l'expression*.
- le vocabulaire est très pauvre, la syntaxe est rudimentaire : juxtaposition de mots sans liaison (style télégraphique) ; verbes non conjugués.
- Des troubles phonétiques sont associés.
- La *compréhension* est meilleure que l'expression : l'enfant répond de façon adaptée aux situations de la vie courante ; mais un examen attentif montre généralement que la compréhension est inférieure à celle des enfants du même âge. L'importance de l'atteinte de la compréhension est un indice pronostique.

Sur le plan étiologique, différents facteurs sont envisagés :

- *facteurs génétiques* (fréquence des retards de langage dans certaines familles),
- *antécédents peri-nataux* (prématurité),
- *facteurs socio-culturels* (insuffisance de stimulation par le milieu, pauvreté des interactions),
- *facteurs psychoaffectifs* (relation mère-enfant maintenant l'enfant dans une position régressive et fusionnelle).

L'évolution est généralement spontanément favorable mais parfois de façon lente. Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent faire suite.

**Conduite à tenir :**

- Une *rééducation orthophonique* est généralement indiquée à partir de 4 ans si les troubles persistent ; éventuellement plus précocement si les troubles sont sévères faisant évoquer une dysphasie.  
Elle peut être complétée par une *rééducation psychomotrice* si un retard moteur, des difficultés praxiques, ou des troubles de l'organisation spatio-temporel sont associés.
- Une *psychothérapie* peut être proposée si des facteurs psychoaffectifs ou relationnels apparaissent prédominants.

L'absence de progrès significatif malgré une rééducation bien conduite, doit faire poser le diagnostic de dysphasie.

#### **D - DYSPHASIE**

C'est la forme plus sévère des troubles du développement du langage ; elle est définie comme un *trouble de la structure du langage sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.*

Il s'agit d'enfants qui n'ont, à l'âge de 4 ans, qu'un langage très sommaire - souvent encore au stade du mot-phrase. Le langage spontané est réduit avec un vocabulaire imprécis et rudimentaire, souvent difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques ; il est agrammatique ou comporte d'importantes et nombreuses erreurs syntaxiques.

On parle d'*audimutité* lorsque n'existe pratiquement aucun langage.

Il existe habituellement des *troubles du versant réceptif du langage*, portant sur la compréhension et/ou sur la discrimination des divers éléments phonétiques.

Enfin, certains enfants dysphasiques présentent d'importantes dyspraxies bucco-linguo-faciales contribuant aux troubles articulatoires.

On distingue en fait plusieurs formes de dysphasies en fonction de la prédominance de l'atteinte des différentes composantes du langage (la classification des dysphasies en annexe)

Il faut souligner que les limites du cadre des dysphasies restent imprécises

- il n'y a pas de critère absolu de différenciation avec le *retard de langage* : en fait, c'est bien souvent l'intensité des troubles et la lenteur ou l'absence d'évolution malgré une rééducation orthophonique intensive qui fait poser le diagnostic de dysphasie,
- dans certains cas, des troubles du fonctionnement psychique se révèlent au cours du bilan ou de l'évolution, posant le problème de troubles psychotiques ou autistiques.

**L'évolution à long terme** de ces cas est variable : certains sujets restent sévèrement handicapés et n'acquièrent qu'un langage utilitaire avec, sur le plan cognitif, des troubles persistants de la symbolisation ; d'autres acquièrent tardivement un langage apparemment normal. L'acquisition du langage écrit reste généralement difficile (dyslexie) ; sauf dans les formes comportant surtout des troubles phonologiques où, au contraire, l'apprentissage de la lecture peut favoriser l'acquisition et la progression du langage oral.

La survenue tardive de troubles psychiatriques dans certains cas souligne à nouveau les problèmes de frontières avec les troubles psychotiques.

### Conduite à tenir :

- Malgré ses difficultés et la lenteur des progrès, la *rééducation orthophonique* doit être entreprise le plus tôt possible (dès 3 ans) après un bilan approfondi et poursuivie longtemps à un rythme suffisant (au moins 2 séances par semaine).
- Une *scolarisation spécialisée* est souvent nécessaire étant donné les difficultés majeures que rencontrent ces enfants dans la scolarité.
- Une approche psychothérapique et éventuellement une prise en charge institutionnelle du type hôpital de jour, en fonction des troubles de la personnalité et troubles affectifs éventuellement associés aux troubles du langage.

## III - AUTRES TROUBLES DU LANGAGE ORAL

### A . SURDIMUTITE

- L'absence totale de langage (mutité) doit faire systématiquement évoquer une surdité. En fait, il faut insister sur l'importance d'un *diagnostic très précoce* devant une extinction du babil chez un enfant de moins d'un an ou même ultérieurement devant une régression du langage ou des troubles phonétiques majeurs.
- Le pronostic -du point de vue de l'acquisition du langage oral- dépend en effet de la précocité de l'appareillage et de l'éducation spécialisée précoce.
- Un avis O.R.L. spécialisé est nécessaire pour préciser le type de surdité, ainsi que les indications d'appareillage, voire d'implantation cochléaire.
- Ultérieurement, en fonction de l'évolution de l'oralisation et en tenant compte des demandes de la famille, l'intérêt de la poursuite d'une éducation purement orale, éventuellement avec l'aide du "langage parlé complété" (aide gestuelle à la lecture labiale), ou encore de langage des signes, devront être discutés.

### B - TROUBLES DU LANGAGE ET ATTEINTE CEREBRALE

- Les troubles du langage sont fréquents chez des enfants atteints d'**infirmité motrice congénitale** (troubles neurologiques sans retard mental majeur, généralement d'origine périnatale).  
Il peut s'agir :
  - de *troubles articulatoires* à type de dysarthrie par atteinte des noyaux commandant les organes phonatoires et la motricité bucco-linguo-faciale,
  - ou de *troubles du langage* et de la parole rejoignant ceux décrits ci-dessus.
- Les **aphasies** survenant après traumatisme (accident vasculaire cérébral) sont rares chez l'enfant. Leur évolution apparaît plus favorable que chez l'adulte jusqu'à l'âge de dix ans.

- Le **syndrome de Landau-Kleffner** associe une *régression du langage*, pouvant aller jusqu'à une disparition totale, associée à une épilepsie, avec à l'électro-encéphogramme, un tracé de *pointes-ondes continues au cours du sommeil*.  
L'évolution est variable avec des périodes de rémission et des rechutes ; les anti-épileptiques classiques sont peu efficaces ; le traitement fait plutôt appel aux corticoïdes ou à l'A.C.T.H. qu'aux anticomitiaux classiques.

## C - LE MUTISME

**Définition** : *Suspension ou disparition de la parole* chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement.

Le mutisme peut être total ou électif.

### 1 - Mutisme total

- Il apparaît le plus souvent brutalement, à la suite d'un événement à valeur traumatique ou ayant une forte charge émotionnelle (agression, deuil, séparation, etc.).
- Il est généralement transitoire, de quelques jours à quelques semaines, parfois prolongé par une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant.
- L'indication d'une psychothérapie est à discuter en fonction de la durée du trouble, et du contexte déclenchant.

### 2 - Mutisme électif

- Le mutisme ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :
  - Le plus souvent il s'agit d'un *mutisme extra-familial* : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers y compris le plus souvent en milieu scolaire.
  - A l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites.
  - Dans le *mutisme intra-familial*, l'enfant n'accepte de parler - parfois seulement en chuchotant - qu'à certaines personnes de son entourage.
- Il peut se prolonger pendant des mois voire des années.
- Ce type de mutisme nécessite une exploration approfondie de la personnalité de l'enfant, de son histoire, et du contexte relationnel au sein de la famille.
- Le mutisme électif peut relever :
  - de mécanismes inconscients s'apparentant à la conversion hystérique,
  - d'une inhibition liée à des mécanismes phobiques,
  - d'un refus oppositionnel,
  - plus rarement, le mutisme peut survenir dans un contexte psychotique : début d'une schizophrénie de l'enfant.



Plusieurs de ces facteurs peuvent s'imbriquer.

L'analyse de la situation doit rechercher un contexte favorisant

- relation mère-enfant exclusive, de type symbiotique : tout étranger apparaît dangereux à l'enfant,
- maltraitance ou abus sexuels, ou encore secret familial pesant sur l'enfant
- enfant de milieu culturel et linguistique différent, ayant des difficultés à s'adapter,
- dans certains cas le mutisme est associé à un retard de langage, toléré ou méconnu par les parents : il survient ou s'aggrave lorsque l'enfant se trouve confronté aux premières expériences de socialisation, notamment à l'école.

**Conduite à tenir** : Une psychothérapie individuelle doit être proposée ; un travail avec l'entourage familial et social est nécessaire (thérapie mère-enfant, thérapie familiale, soutien au milieu scolaire, parfois aménagement de la scolarité); une prise en hôpital de jour de pédo-psychiatrie peut être indiquée.

#### **D - BEGAIEMENT**

**Définition** : Trouble de la fluidité de la parole caractérisée par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente.

- Le bégaiement touche en majorité les garçons.
- Il peut être
  - *tonique* : blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production dès le début,
  - *clonique* : répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

Ces deux formes coexistent le plus souvent avec une prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre selon les individus.

Le bégaiement s'accompagne souvent de manifestations neurovégétatives et surtout manifestations motrices : syncinésies de la face et des membres (stratégie consciente ou inconsciente) pour surmonter le blocage de la parole.

- Circonstances d'apparition :
  - Le bégaiement débute généralement avant 8 ans et surtout entre 3 et 5.
  - Un bégaiement transitoire peut s'observer chez les enfants très jeunes
  - Le bégaiement se manifeste de façon variable selon le contexte émotionnel et les interlocuteurs, il est accru par l'anxiété, l'attention portée au discours; il ne se manifeste pas lors de la lecture, de la récitation ou du chant.
- La sévérité de l'évolution est variable.

- L'attitude de l'enfant vis-à-vis de son bégaiement est très variable, certains semblent peu gênés et parlent abondamment. Pour d'autres, il s'accompagne, au contraire, d'une inhibition importante (mutisme plus ou moins important) et d'une tendance à l'isolement social.
- Du point de vue étiopathogénique, l'hypothèse d'un facteur génétique, ou neuro-cognitif a été avancée. Pour d'autres auteurs, le bégaiement est considéré comme un trouble de la communication intersubjective, d'origine psychogène, mais pouvant correspondre à des structures psychopathologiques variées.

**Conduite à tenir** : Différentes approches thérapeutiques ont été proposées (rééducation orthophonique, psychothérapie analytique, psychothérapie comportementale utilisant des techniques de feed-back auditif, relaxation), les résultats restent inconstants.

### III - TROUBLES DU LANGAGE ECRIT

#### A - DYSLEXIE

**Définition** : Déficit sévère et durable dans les processus d'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale, normalement scolarisé.

- Dès le début de l'apprentissage, l'enfant présente des difficultés majeures pour associer les phonèmes (sons du langage) avec les graphèmes (leurs représentations sous forme de symboles écrits)
- Contrairement au *retard simple de lecture*, fréquent, ces difficultés vont persister après un éventuel redoublement du cours préparatoire et souvent en dépit de la rééducation orthophonique.

Vers l'âge de 8 ans, on peut se trouver devant un enfant totalement en échec vis à vis de la lecture, tout juste capable de reconnaître quelques mots simples qu'il a mémorisés, après deux ans de scolarité régulière.

Lorsque l'enfant a pu faire quelques acquisitions, la lecture reste lente, demandant un effort soutenu, entrecoupée par de fréquentes pauses devant des mots longs ou inconnus, pour lesquels l'enfant a recours au déchiffrage alphabétique.

- La **compréhension** du texte écrit est souvent fragmentaire, l'enfant cherchant à deviner, d'après le contexte, plutôt qu'à extraire la signification du texte lui-même.
- A la dictée, comme au texte libre, de graves **erreurs orthographiques** apparaissent : outre des fautes d'usages ou d'accord, non spécifiques, on constate des omissions de syllabes, des mots mal découpés, des confusions entre les sons ; le *graphisme* est souvent maladroit, peu soigné, témoignant du faible investissement de cette activité par l'enfant.

- Les difficultés scolaires sont en principe limitées au domaine de la lecture et de l'orthographe ; cependant il peut exister des confusions sur certains symboles mathématiques, en outre les difficultés de lecture et de compréhension de textes écrits perturbent les activités scolaires.
- Un **examen psychologique** est utile pour confirmer la normalité du développement intellectuel. Les résultats des épreuves verbales sont généralement inférieurs à ceux des *épreuves de performances* (non verbales).
- L'**examen orthophonique** précise l'importance des troubles du langage écrit. Des tests spécifiques étalonnés, évaluant la vitesse de lecture et le nombre d'erreurs, montrent un *retard de plus de deux ans* par rapport aux performances moyennes des enfants du même âge. Certains auteurs évaluent l'importance du décalage des performances en lecture par rapport au Q.I. (notion de décalage lexico-intellectuel). On retrouve souvent certaines fautes : confusions de lettres symétriques (b/d, p/q) ou encore des inversions de graphèmes ; cependant ces erreurs ne sont pas spécifiques de dyslexie.  
On observe parfois des séquelles de retard de langage plus ou moins méconnu.

- **Evolution :**

Les troubles dyslexiques se prolongent en général pendant des années, entraînant d'importantes difficultés scolaires, obligeant souvent à des redoublements. La lecture ne progresse que lentement, exigeant un effort soutenu, elle ne devient automatique que tardivement.

Même lorsque une lecture courante est acquise, une *dysorthographe* importante peut persister.

- Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer la dyslexie :
  - trouble d'origine génétique
  - anomalie de la latéralisation cérébrale
  - anomalie du développement cérébral (troubles de la migration durant l'embryogenèse) affectant les zones auditivo-verbales
  - trouble psychogène de l'investissement du langage écrit.
 Aucune de ces hypothèses ne paraît rendre compte de la totalité des cas observés.

**Conduite à tenir :**

- Une *rééducation orthophonique*, à un rythme soutenu (au moins 2 séances hebdomadaires) et prolongée est souvent nécessaire pour soutenir la progression lente de l'enfant. Elle peut être débutée au cours de la première année de CP si les troubles sont nets ou font suite à des troubles du langage oral, et en tous cas dès la deuxième année.
- Dans certaines formes particulièrement sévères, une *scolarité adaptée*, utilisant des techniques audio-visuelles de préférence au langage écrit, apparaîtrait logique; elle est cependant rarement réalisable actuellement.

## **B - DYSORTHOGRAPHIE**

Elle fait généralement suite à une dyslexie ; cependant des erreurs analogues à celles décrites dans la dyslexie peuvent se voir isolément chez des enfants ayant acquis normalement une lecture courante. Ces troubles justifient une rééducation orthophonique.

## **C - DYSGRAPHIE**

Certains enfants présentent une écriture particulièrement maladroite, pratiquement illisible ou encore très lente, et de ce fait, source de difficultés scolaires.

Un examen attentif doit faire la part :

- De *troubles psychomoteurs* : retard moteur global retentissant sur le graphisme, gestes tendus, crispés.
- De *difficultés relationnelles*, source d'inhibition, de difficultés d'investissement des activités scolaires, ou encore d'un refus oppositionnel focalisé sur les activités scolaires.

En fonction des facteurs prédominants, le traitement pourra faire appel :

- à la relaxation,
- à une thérapie psychomotrice,
- à des rééducations spécifiques du geste graphique ou encore à une approche psychothérapique.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- DE SCHONEN S., VAN HOUT A., MANCINI J., LIVET M.O., 1994  
Neuropsychologie et développement cognitif.  
In SERON X., JEANNEROD M., *Neuropsychologie Humaine*, 487-527, P. Mardaga (Ed).
- GERARD Cl., 1991  
L'enfant dysphasique  
Editions Universitaires, Paris.
- RONDAL J.A., SERON X., 1985  
Troubles du langage. Diagnostic et rééducation.  
P. Mardaga (Ed).
- ZESIGNER P., DE PARTZ M.-P., 1994  
Perturbations du langage écrit : les dyslexies et les dysgraphies.  
In SERON X., JEANNEROD M., *Neuropsychologie Humaine*, 419-437, P. Mardaga (Ed).

**Fonctions du Langage**

On reconnaît au langage plusieurs fonctions :

- 1 instrumentale (visant à la satisfaction d'un besoin ou d'une demande : "Je veux ceci"),
- 1 régulatoire (visant au contrôle du comportement d'autrui : ex. "Fais ceci"),
- 1 interactive (ex. : réponse à des salutations),
- 1 personnelle (visant à l'expression de soi : opinions, sentiments),
- 1 informative (échange d'informations d'un locuteur à un autre),
- 1 etc.

**Classification des troubles du langage**

La classification et la dénomination des différents types de troubles du développement du langage ne font pas encore l'objet d'un accord unanime : la Classification Internationale de l'O.M.S. (C.I.M.10) distingue le *trouble spécifique de l'articulation*, le *trouble du langage de type expressif*, le *trouble du langage de type réceptif*.

La Classification Américaine (D.S.M.-IV) distingue *trouble du langage de type expressif*, *trouble du langage de type mixte*, *réceptif/expressif*.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (C.F.T.M.E.A.) distingue *retard de langage*, *trouble isolé de l'articulation* et *troubles complexes du langage oral*.

**Classification des syndromes dysphasiques (RAPIN et ALLEN, 1983):**

**Les troubles où la compréhension du langage est préservée :**

- 1 - *Dyspraxie verbale* : langage très peu fluent ; nombreuses substitutions non systématisées de phonèmes et troubles syntaxiques et légers.
- 2 - *Déficit de programmation phonémique* : fluence plus grande et même souvent élevée ; multiples substitutions de phonèmes rendant les productions peu intelligibles (parfois comparables à un jargon) ; mais tendance fréquente aux autocorrections.

**Les troubles affectant à la fois la compréhension et l'expression :**

- 3 - *Syndrome phonologico-syntaxique* : langage peu fluent avec tendance au style télégraphique ; substitutions phonologiques multiples ne s'améliorant pas en situation de répétition ; conscience syntaxique relativement préservée ; compréhension auditivo-syntaxique meilleure que l'expression.
- 4 - *Agnosie verbale ou surdité pour les mots* : langage non fluent avec troubles syntaxiques comportant la production de paraphrasies verbales ou sémantiques et parfois de néologismes ; compréhension du langage oral sévèrement altérée ; accompagnée dans certains cas, d'altération de la reconnaissance des bruits de l'environnement (agnosie auditive).

**- Troubles du lexique :**

- 5 - *Syndrome sémantico-pragmatique* : fluence élevée, absence de troubles syntaxiques ou phonologiques. Langage produit faisant souvent "illusion" ; mais la compréhension, l'utilisation contextuelle du langage et ses aspects pragmatiques sont affectés ; vocabulaire paraissant riche, mais souvent utilisé à mauvais escient, sans compréhension.

Ce syndrome s'accompagne souvent d'écholalie immédiate ou différée ; il s'observe aussi dans certaines hydrocéphalies et chez les autistes "intelligents" (syndrome d'Asperger).

6 - *Syndrome lexico-syntaxique* : langage fluent mais parfois une certaine diffluence due à des reprises incessantes (pseudo-bégaiements) ; difficulté d'évocation verbale en langage spontané et en confrontation, paraphasies verbales et phonémiques, difficultés d'évocation portant aussi sur les mots grammaticaux ; contrairement au syndrome sémantico-pragmatique, vocabulaire passif conservé, les enfants sont à même de définir et catégoriser les mots qu'ils évoquent mal.

- Sur le plan du *comportement verbal*, certains enfants sont très prolixes malgré leurs troubles du langage, d'autres au contraire ont une production très réduite, faisant évoquer une composante d'inhibition.  
Les difficultés d'expression sont parfois compensées par un langage gestuel ou des mimes.