

Dysphasie :

Réflexions autour de la définition

et des critères diagnostiques

A.-L. Leclercq, Docteur en Logopédie, Assistante et Chargée de cours adjointe

C. Maillart, Docteur en Logopédie, Professeur

Unité de Logopédie Clinique, Université de Liège

Résumé

L'étiquette de dysphasie renvoie à des réalités très diverses : les profils langagiers et non langagiers des enfants qui portent ce diagnostic peuvent être très différents les uns des autres. L'évolution des connaissances concernant ce trouble a amené à préciser la définition et les critères diagnostiques afin d'en faciliter l'identification. Cependant, sa complexité nous amène parfois à nous questionner sur la pertinence et l'applicabilité des critères proposés. Cet article a pour objectif de jeter les bases d'une réflexion clinique autour du diagnostic de dysphasie, afin de permettre une prise de décision éclairée et argumentée lors de son évaluation et de sa prise en charge.

Mots-clés : dysphasie, critères diagnostiques, classifications, marqueurs diagnostiques, troubles associés

Summary

Specific language impairment refers to a non-homogeneous group: linguistic and non-linguistic abilities differ from one child to another. Increasing knowledge in this field has led to clarify both the definition and the diagnostic criteria in order to facilitate its diagnosis. However, the clinical complexity of this trouble questions the relevance of these diagnostic criteria. The present article intends to think about the clinical diagnostic of specific language impairment in order to allow informed decision making during its assessment and therapy.

Key words: specific language impairment, diagnosis criteria, classifications, clinical markers, associated deficits

Quelle définition de la dysphasie ?

La dysphasie est un trouble développemental, spécifique, sévère et persistant qui concerne l'élaboration du langage oral sur ses versants de production et/ou de compréhension. Différentes terminologies coexistent en clinique telles que *trouble spécifique du développement du langage*, *trouble spécifique du langage*, *trouble du développement du langage*, *trouble primaire du langage*, etc. Ces appellations différentes font référence à une réalité clinique commune sous-jacente, à savoir :

1) un trouble qui entrave le **développement** langagier dès les premières acquisitions, ce qui se traduit par un démarrage plus lent et plus tardif du langage ; → *Diagnostic différentiel à faire avec un trouble acquis du langage ;*

2) un trouble **spécifique** qui présente une altération plus importante au niveau des acquisitions langagières comparées aux autres domaines d'acquisition. Le diagnostic est généralement posé par exclusion : il s'agit d'un trouble du langage qui ne puisse être expliqué par un déficit auditif, un retard général de développement, un trouble neurologique ou un trouble du spectre autistique. Même si la préservation des habiletés non langagières - et donc la spécificité - est parfois remise en cause, il reste évident que l'atteinte langagière est prédominante (ou dite *primaire*) dans le tableau clinique, ce qui conduit à une hétérogénéité interdomaine (le développement langagier est inférieur au développement cognitif ou moteur) ; → *Diagnostic différentiel à faire avec une atteinte homogène touchant de façon similaire différents niveaux de développement ;*

3) un trouble suffisamment **sévère** pour interférer avec les activités quotidiennes et scolaires de l'enfant. La sévérité de l'atteinte devra être attestée par des tests standardisés mais aussi par une évaluation plus fonctionnelle de l'impact du trouble langagier. Néanmoins, cette catégorie de troubles renvoie à des degrés de sévérité divers depuis des enfants qui ne disposent que de très peu de langage jusqu'aux enfants disposant d'habiletés de communication altérées mais néanmoins partiellement efficaces. Afin de rendre compte de ces différents degrés de sévérité, Montfort a récemment proposé un système précisant sa classification selon 3 niveaux de gravité des symptômes cliniques (Montfort & Montfort-Juarez, 2013). → *Diagnostic différentiel à faire avec une atteinte légère pouvant être facilement compensée par l'enfant ;*

4) un trouble qui **persiste** malgré la mise en place d'une rééducation adéquate. Cette caractéristique a été longtemps la plus clinique et la moins évoquée dans la littérature internationale qui peut employer le terme de *specific language impairment* pour des enfants en-dessous de 6 ans n'ayant pas encore eu de prise en charge orthophonique. Néanmoins, ce critère de persistance se retrouve désormais dans les critères diagnostiques du DSMV.
→ *Diagnostic différentiel à faire avec une sous-stimulation langagière.*

Cependant, la réalité du terrain rend souvent compliquée l'application stricte de ces critères et amène à se questionner sur les caractéristiques à prendre en compte afin d'éviter les erreurs diagnostiques.

Quel raisonnement non verbal ?

Présenter un quotient intellectuel dans les normes est un critère communément admis pour poser un diagnostic de dysphasie. En effet, la raison qui sous-tend une telle décision est de pouvoir exclure les troubles du langage qui seraient consécutifs à un retard mental. Cependant, penser que le langage se développe indépendamment des autres fonctions cognitives est illusoire. Les théories neuroconstructivistes du développement cognitif (notamment, Thomas & Karmiloff-Smith, 2005) se départissent de la vision selon laquelle l'organisation du fonctionnement cognitif de l'enfant peut être étudiée à partir du fonctionnement cognitif adulte (fonctionnement cognitif présentant suffisamment de modularité pour qu'une fonction puisse être altérée indépendamment d'une autre). Plusieurs chercheurs voient actuellement la spécialisation du fonctionnement cérébral comme le produit émergent d'un développement ontogénique plutôt que comme une modularité initiale (Thomas & Karmiloff-Smith, 2005). Selon ces théories, le fonctionnement cognitif atypique observé chez un enfant présentant un trouble développemental serait le résultat de processus interactifs et de compensation. De ces théories découle la difficulté de pouvoir observer chez l'enfant puis l'adolescent un fonctionnement langagier altéré avec un fonctionnement non langagier parfaitement préservé. Contrairement au trouble acquis chez un adulte dont les fonctions cognitives auraient suivi un développement typique, un trouble développemental va interférer avec l'ensemble des sphères cognitive, affective, éducative et sociale. Dans nos sociétés occidentales, le langage est l'outil principal d'acquisition du savoir et d'organisation des connaissances. Un enfant qui est entravé dans son accès au langage va non seulement

présenter des difficultés à acquérir les étiquettes verbales des mots, mais également à acquérir les concepts-mêmes qui les sous-tendent. La structuration des connaissances va donc être affectée. Le langage est également notre principal support de raisonnement. Lors de tâches non verbales, il n'est pas rare que nous fassions appel à la verbalisation pour soutenir notre réflexion et maintenir en mémoire ses sous-produits. C'est par exemple le cas lorsque, pour résoudre une tâche destinée à mesurer typiquement l'intelligence fluide telle que les matrices, nous verbalisons les étapes de notre raisonnement (par exemple, « *Il y a une barre verticale à gauche, une barre horizontale à droite, donc je dois choisir une pièce contenant également une barre verticale à gauche,...* »). L'enfant qui est entravé dans son acquisition langagière est donc plus à risque de présenter un retard dans le développement de son raisonnement. Par conséquent, si les auteurs s'accordent pour dire que les troubles langagiers ne doivent pas découler d'un retard mental pour poser l'étiquette de dysphasie, le développement du raisonnement cognitif ne sort généralement pas indemne de plusieurs années de difficultés langagières. Effectivement, les évaluations standardisées amènent à objectiver, chez les pré-adolescents, les adolescents et/ou les adultes des niveaux de raisonnement non verbal en-deçà de la norme attendue à cet âge, le raisonnement se développant moins vite que chez les enfants sans trouble. Certaines études ayant suivi les mêmes patients entre l'enfance et l'âge adulte ont observé une diminution des scores de raisonnement non verbal pouvant correspondre à plus de 20 points (notamment, Botting, 2005). Une telle diminution sans cause objectivable est tout à fait inhabituelle, les études montrant en général une grande stabilité des scores de raisonnement non verbal sur plusieurs années chez les enfants sans trouble langagier (par exemple, Canivez & Watkins, 1998). Ces observations sont donc un argument en faveur de l'existence d'une grande interdépendance entre les développements langagier et non langagier.

Par conséquent, la nécessité d'objectiver un quotient intellectuel non verbal dans les normes pour poser le diagnostic de dysphasie doit être relativisée, notamment en fonction de l'âge de l'enfant. Etant donné que son évaluation chez les enfants plus âgés risque de refléter l'impact d'un trouble langagier de plusieurs années, seul le recours à des évaluations antérieures préservées (même en présence d'évaluations ultérieures moins bonnes) permettrait d'être rassuré sur l'absence initiale d'un retard mental. Le DSMV intègre cette nuance en précisant que les difficultés langagières « *ne doivent pas être plus simplement expliquées par trouble intellectuel développemental ou un retard global de développement* ». Pour les mêmes raisons, il faudra être prudent quant à une application stricte du critère de 15 points d'écart

(repris dans les critères diagnostiques de l'ICD-10) entre le quotient intellectuel verbal (Indice de Compréhension Verbale selon la WISC-4) et le quotient intellectuel non verbal (Indice de Raisonnement Perceptif selon la WISC-4). Une diminution progressive des scores non verbaux pourrait amener à une diminution de l'écart entre les scores observés à ces deux sous-échelles. Une autre raison de se méfier des scores de raisonnement non verbal est la manière dont celui-ci est mesuré. Des épreuves de manipulation (comme c'est le cas notamment pour l'épreuve des cubes dans les échelles de Wechsler) pourraient par exemple mettre en difficulté les enfants dysphasiques qui présentent des troubles praxiques associés.

Le diagnostic clinique ne pourra donc faire l'économie d'une analyse approfondie des épreuves qui ont mené au score de raisonnement non verbal, y compris chez les plus jeunes. Le diagnostic de dysphasie doit être posé sur base d'un ensemble d'indices concordants découlant notamment d'une analyse langagière approfondie. Il ne peut en aucun cas être dicté par le bilan intellectuel du patient, car ni le critère de seuil ni le critère d'écart ne sont des candidats idéaux pour un diagnostic.

Quelles classifications ?

Des théories neuroconstructivites du développement cognitif découle également la conception d'une grande interaction entre les niveaux de développement au sein même du système langagier. Plusieurs auteurs expliquent en effet le développement langagier comme découlant d'un processus progressif d'extraction de connaissances via un enrichissement réciproque des niveaux de langage (par exemple, Leonard, 2000). Selon ces théories, le développement d'un niveau langagier est supporté par les acquisitions réalisées dans les autres niveaux via un phénomène de *bootstrapping* (facilitation). Par exemple, la maîtrise partielle de certaines connaissances syntaxiques relatives aux énoncés (par exemple, comprendre qu'un énoncé ne commence généralement pas par un verbe mais que celui-ci est souvent précédé par un agent animé) permettrait d'extraire des éléments de connaissance sémantique (par exemple, comprendre que ce lexème inconnu qui est produit entre un agent animé et un agent inanimé se réfère probablement à un verbe). Dans ce cadre théorique, il paraît difficile d'envisager l'altération sélective de certaines composantes langagières indépendamment des autres. Cela nous amène à questionner l'utilisation qui est faite des classifications telles qu'elles ont été proposées par Rapin et Allen (1983) puis par Gérard (1993). Dans la pratique, l'étiquetage

d'appartenance à l'un ou l'autre des syndromes définis par ces classifications est établi sur base d'un profil évalué à un moment déterminé : des tests standardisés attestent de déficits accentués dans une composante langagière avec une relative préservation d'une autre composante. Néanmoins, il faut surtout s'interroger sur le sens à donner à ces étiquettes et sur leur impact au niveau de la prise en charge et de l'orientation scolaire des enfants. En effet, ces étiquettes peuvent nous guider sur les priorités de la prise en charge, mais elles risquent de masquer la présence de difficultés plus subtiles (Schelstraete, 2008). Selon les théories neuroconstructivistes, il est par exemple difficile d'envisager une atteinte sélective de la composante phonologique avec une préservation des représentations lexico-sémantiques. En outre, ces étiquettes ne semblent pas pouvoir définir des profils linguistiques distincts. Conti-Ramsden et Botting (1999) ont par exemple montré que 45% des enfants dysphasiques changent de catégorie entre 7 et 8 ans. Si une des grandes caractéristiques de la dysphasie est la persistance d'un trouble langagier, cette notion de persistance ne semble pas pouvoir s'appliquer au maintien dans les sous-types définis par cette classification.

Les variations de profil observées reflètent l'évolution symptomatique d'un problème donné en fonction du développement, du contexte de communication et de la prise en charge. L'impact de ces classifications sur l'orientation de notre prise en charge doit être envisagé avec précaution car elles ne semblent pas permettre de définir des groupes homogènes ni par leur fonctionnement cognitif ni par leurs besoins en termes de prise en charge.

Suite à la difficulté de trouver un consensus dans les classifications telles qu'elles étaient proposées, Bishop (2004) a tenté de recenser les sous-types de dysphasie qui sont communément admis par les orthophonistes. Elle propose des sous-types qui se définissent sur base d'altérations dans des processus sous-jacents distincts du système langagier : l'organisation des formes du langage, la production motrice de la parole, la fonction communicative du langage et le versant réceptif du langage. Le premier sous-type de dysphasie, le plus courant, correspond à la dysphasie dite *linguistique*. Cette catégorie englobe les enfants présentant des difficultés phonologiques, lexicales, sémantiques morphosyntaxiques, et/ou discursives, sur les versants productif ou réceptif. Y sont donc regroupés des enfants présentant des symptômes aussi divers que la persistance de nombreux processus phonologiques simplificateurs, un sévère manque du mot ou une dyssyntaxie prononcée.

La deuxième catégorie correspond à la *dyspraxie verbale développementale* (en anglais : *childhood apraxia of speech*). Les difficultés principales y sont caractérisées par des troubles de programmation et de planification motrice de la parole sans que cela puisse être expliqué par des problèmes musculaires ou sensoriels. Les manifestations comportementales du trouble correspondent à des difficultés principalement marquées lorsqu'il s'agit de produire des syllabes complexes ou d'enchaîner la production de plusieurs syllabes. Parmi les manifestations comportementales de ce trouble, on peut noter d'importantes difficultés lors de la production motrice de la parole, des erreurs inconstantes affectant surtout la syllabe, une dissociation automatico-volontaire, une atteinte de la prosodie et une dégradation des performances généralement associée à une complexification lors de la production des phrases. Si les difficultés dans cette catégorie sont principalement marquées par des troubles de production motrice, il semble que l'on puisse parfois retrouver chez ces enfants des problèmes de discrimination auditive.

Le troisième sous-type de dysphasie décrit par Bishop correspond au *trouble pragmatique développemental*, c'est-à-dire altérant l'utilisation du langage dans son contexte de communication. Ces enfants présentent des difficultés dans la compréhension du langage, en particulier lorsque l'interprétation doit tenir compte du contexte, comme c'est le cas pour l'humour ou les métaphores. Ces enfants présentent également des difficultés à s'adapter à leur interlocuteur lorsqu'il s'agit d'introduire ou de maintenir un thème de communication ou encore de réparer des échecs de communication. Ils sont en général moins aptes à interpréter les signes non verbaux de communication. Ces enfants montrent des difficultés manifestes à établir des relations et des amitiés appropriées à leur âge. Ces caractéristiques sont présentes depuis les premiers moments de communication. Cette catégorie de troubles langagiers pourrait être vue comme appartenant au continuum des difficultés pragmatiques menant aux troubles du spectre autistique. Les enfants présentant un trouble pragmatique développemental se distinguent néanmoins des troubles du spectre autistique car ils n'en rencontrent pas toutes les caractéristiques (on ne retrouve en général pas chez eux de comportements et intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés, ni de difficultés à établir et maintenir le contact visuel).

Le quatrième sous-type, très rare, altère de manière sévère le versant réceptif du langage. Il peut correspondre à *l'agnosie verbale auditive*. Les quatre sous-types proposés par Bishop sont intéressants d'un point de vue clinique : étant donné qu'ils reposent sur une altération de propriétés distinctes du système langagier, ils sont stables dans le temps. Les enfants ne passent pas d'une catégorie à l'autre en fonction des manifestations comportementales de leurs

difficultés. L'utilisation de ces sous-types permettrait ainsi une meilleure prédiction de l'évolution des manifestations comportementales du trouble et par conséquent une meilleure planification des objectifs de prise en charge.

Si on exclut la quatrième distinction qui est cliniquement extrêmement rare, il est intéressant de constater que ces trois catégories sont reprises dans la nouvelle version du DSMV (2013). La rubrique « trouble de la communication » distingue :

- 1) **Trouble langagier** (*Language disorder*) caractérisé par des difficultés persistantes dans l'acquisition et l'utilisation du langage à travers différentes modalités (orale, écrite, langue des signes ou autre) dues à des déficits de compréhension ou de production du langage qui incluent :
 1. Un vocabulaire réduit (connaissance et utilisation des mots) ;
 2. Des structures de phrases limitées (capacité à assembler les mots et les terminaisons de mots pour former des phrases qui respectent les règles morphologiques et grammaticales) ;
 3. Des troubles du discours (capacité à utiliser le vocabulaire et à organiser les phrases pour expliquer ou décrire un sujet, une série d'événements ou tenir une conversation).

Les habiletés langagières sont substantiellement et quantitativement en dessous du niveau attendu étant donné l'âge de l'enfant.

- 2) **Trouble des sons de la parole** (*Speech sound disorder*). Trouble attesté sur la base des quatre critères suivants :
 1. Une inintelligibilité persistante de la parole, consistant en des additions, omissions, distorsions ou substitutions de phonèmes, qui interfère avec la communication verbale ;
 2. Cette inintelligibilité interfère avec la participation sociale, les performances scolaires et/ou professionnelles ;
 3. Les symptômes sont présents dès l'enfance ;
 4. Les symptômes ne peuvent pas être expliqués par un diagnostic médical ou neurologique, incluant un traumatisme crânien.

- 3) **Trouble de communication sociale (pragmatique)** (*Social (pragmatic) communication disorder*) caractérisé par des difficultés persistantes dans l'utilisation

sociale de la communication verbale et non verbale se manifestant par tous les éléments suivants :

1. Des déficits dans l'utilisation de la communication à des fins sociales, comme saluer ou partager de l'information d'une façon appropriée au contexte social ;
2. Des troubles dans la capacité à adapter la communication au contexte et aux besoins de l'interlocuteur, comme parler différemment dans une classe ou dans une plaine de jeux, s'adresser différemment à un enfant qu'à un adulte et éviter l'utilisation d'un langage trop formel ;
3. Des difficultés à suivre les règles conversationnelles ou narratives, comme la gestion des tours de paroles, les réparations en cas d'incompréhension et l'utilisation adéquate des signaux verbaux ou non verbaux pour réguler une interaction ;
4. Des difficultés pour comprendre ce qui n'est pas explicitement exprimé (par exemple, faire des inférences) et pour comprendre la signification non littérale ou ambiguë du langage (par exemple, les idiomes, l'humour, les métaphores ou les significations multiples dont l'interprétation dépend du contexte).

Ces déficits engendrent des limitations fonctionnelles dans l'efficacité de la communication, la participation sociale, les relations sociales, les performances scolaires ou professionnelles, de manière isolée ou dans plusieurs de ces domaines. Le DSMV insiste sur le fait que les symptômes doivent être apparus tôt dans le développement, mais peuvent n'être pleinement observables que lorsque les demandes sociales ou de communication dépassent les capacités limitées des enfants.

L'hétérogénéité des manifestations des troubles langagiers sévères a donné lieu à un premier type de classifications basées sur le niveau d'atteinte linguistique (phonologique, syntaxique, etc.). Ces classifications, non satisfaisantes à différents titres, ont laissé place à des regroupements globaux. Que ce soit dans la proposition de Bishop ou dans le DSMV, on ne distingue actuellement plus que trois troubles dominants : des atteintes du langage, de la parole ou de la communication. Si ces regroupements présentent l'avantage d'être stables dans le temps, ils ne doivent néanmoins pas être considérés comme mutuellement exclusifs. Un enfant qui présente un trouble linguistique, affectant l'organisation des formes du langage, peut également (mais pas systématiquement) présenter une atteinte importante du versant moteur de la parole correspondant à une dyspraxie verbale. Dans la littérature internationale, l'appellation « dysphasie » disparaît au profit de ces différentes catégories. Cela paraît être

une évolution raisonnable pour autant qu'elle soit assortie, comme c'est le cas dans le DSMV par exemple, de critères de sévérité des troubles et d'une mesure de l'atteinte fonctionnelle. Enfin, soulignons que quelle que soit la classification adoptée, il s'agit toujours de regroupements descriptifs et athéoriques.

Quels marqueurs de dysphasie ?

Différents auteurs ont évoqué des marqueurs de déviance permettant de confirmer le diagnostic de dysphasie. Parmi les plus communément utilisés, on peut citer les six marqueurs proposés par Gérard (1993) : les troubles d'évocation lexicale, les troubles d'encodage syntaxique, les troubles de la compréhension verbale, les troubles d'informativité, l'hypospontanéité verbale et la dissociation automatico-volontaire. Selon lui, la présence de trois de ces six marqueurs serait suffisante pour confirmer le diagnostic. Si ces marqueurs se retrouvent en effet chez une grande majorité des enfants dysphasiques, il faut être attentif à ne pas les considérer comme des critères d'inclusion nécessaires et suffisants. En effet, ils ne permettent pas toujours un diagnostic différentiel avec le retard de langage. Par exemple, certains auteurs ont observé que les enfants dysphasiques produisent des formes verbales non conjuguées à la fréquence d'enfants plus jeunes, sans trouble (Hamann et al., 2003). En outre, d'autres études s'étant intéressées à l'analyse qualitative des erreurs phonologiques des enfants dysphasiques montrent que les types d'erreurs produites se retrouvent également chez les enfants très jeunes sans trouble (Maillart & Parisse, 2006). Ce serait donc la persistance de ces erreurs disparaissant tôt chez les enfants sans trouble qui les rend atypiques plutôt que leur absence du processus développemental typique.

Ces marqueurs pourraient être envisagés comme des signes de gravité donnant un pronostic sur l'évolution des troubles plutôt que comme des critères d'inclusion stricts. Dans cette optique, Schelstraete (2008) a relevé différentes caractéristiques permettant de suspecter tôt un profil de retard assez sévère. Avant 5-6 ans, il s'agirait de :

- la présence de troubles réceptifs touchant la discrimination phonologique et/ ou la compréhension des mots ou des phrases ;
- la présence d'erreurs phonologiques nombreuses et variables, affectant la structure syllabique du mot et touchant y compris les voyelles ;

- un profil agrammatique avec des difficultés marquées à utiliser la morphologie verbale ou nominale.
- En outre, les enfants sont d'autant plus à risque de développer des troubles du langage si l'on observe chez eux des difficultés praxiques ou un retard de développement de la communication gestuelle et du jeu symbolique.

Au-delà de l'âge de 5-6 ans, chez certains adolescents et adultes, les difficultés pourront se marquer principalement dans la construction du récit et, chez certains, via un manque du mot persistant. Par ailleurs, un système de compensation peut s'être mis en place de sorte que leurs difficultés peuvent être moins visibles et ne se manifester que dans des tâches contraintes qui les empêchent de les contourner. Il faudra alors utiliser des tâches langagières complexes, qui mettent en jeu différents processus langagiers. Parmi ces tâches, on relève la répétition de pseudo-mots, la répétition de phrases et la production de morphèmes grammaticaux. Ces tâches se sont en effet avérées sensibles au diagnostic de dysphasie dans différentes langues depuis l'âge préscolaire jusqu'à l'âge adulte, même lorsque d'autres difficultés ne sont plus observables (Conti-Ramsden & al., 2001).

Néanmoins, les performances à ces tâches doivent garder un statut d'indices dans un diagnostic intégré tenant compte de différentes données anamnestiques. En effet, la complexité de ces tâches les rend sensibles à la pathologie langagière en général, sans être tout à fait spécifiques à la dysphasie : on retrouve dans d'autres populations des difficultés marquées à répéter des pseudo-mots (syndrome de Down, Jarrold & al., 2000), à répéter des phrases (autisme, Riches & al., 2010) ou à utiliser adéquatement la morphologie verbale (des apprenants en langue seconde, Paradis & Crago, 2000). Il est donc important de s'intéresser de près aux qualités psychométriques des outils que nous utilisons lors du diagnostic. Nous n'avons actuellement que très peu d'information concernant le pouvoir diagnostique de nos tests normés : les manuels explicitent généralement les procédures d'administration, les caractéristiques de l'échantillon et les mesures de tendance centrale. Les outils les plus récents présentent également des informations concernant la fidélité inter-cotateurs, une analyse des items et la validité concurrente. Cependant, la caractéristique la plus importante d'un outil diagnostique n'est en général pas renseignée : il s'agit de son pouvoir discriminant, c'est-à-dire sa capacité à détecter un trouble chez un patient qui le présente (la sensibilité) et à rejeter la présence d'un trouble chez une personne qui ne le présente pas (la spécificité). A l'avenir, il faudra sans doute veiller à ce que les tests standardisés disposent de tels critères pour qu'ils

puissent être considérés comme des outils diagnostiques fiables des troubles qu'ils sont censés dépister.

Quels troubles associés ?

Dans sa forme pure, le diagnostic de dysphasie est réservé à un enfant dont les troubles langagiers ne peuvent être expliqués ni par un retard mental ni par une surdité. Cependant, ces deux conditions ne protègent malheureusement pas de la cooccurrence de troubles langagiers. Par conséquent, on peut observer chez certains enfants sourds ou présentant un retard mental des difficultés langagières dont l'amplitude dépasse celles qui sont attendues étant donné leur handicap premier. Dans ce cas, on ne parlera pas de dysphasie à proprement parler, mais on définira les difficultés de ces enfants sur base de leur handicap principal en évoquant une dysphasie associée.

Par ailleurs, ces dernières années, de plus en plus d'études ont objectivé la présence de troubles non langagiers chez les enfants dysphasiques, tels que des troubles attentionnels (Oram Cardy & al., 2010), praxiques (Hill, 2001), de vitesse de traitement ou de mémoire de travail (Leonard & al., 2007). L'observation fréquente d'une cooccurrence de troubles chez ces enfants amène de plus en plus de chercheurs à parler de trouble *primaire* du langage pour parler de dysphasie plutôt que de trouble *spécifique* du langage (notamment, Windsor & Kohnert, 2004). Ces considérations amènent donc à relativiser le critère de spécificité défini comme étant à l'origine même du diagnostic.

Aborder la question de la comorbidité implique de quitter le niveau de description des troubles pour s'attaquer aux déficits sous-jacents. La dysphasie, comme d'autres pathologies neurodéveloppementales (dyslexie, dyspraxie, etc.), est une pathologie hétérogène qui a vraisemblablement des causes multiples. La comorbidité est trop élevée pour être accidentelle. Elle reflète sans doute des atteintes communes de certains composants qui, selon qu'ils sont associés à une atteinte linguistique vont s'exprimer sous forme d'un trouble primaire du langage ; à une atteinte cognitive vont s'exprimer sous forme d'un trouble attentionnel ; à une atteinte motrice vont s'exprimer sous forme d'un trouble praxique.

Quel handicap au quotidien ?

Étant donné ces considérations, l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec propose de mettre davantage l'accent, dans la définition du trouble et lors du diagnostic, sur les situations de handicap engendrées sur les plans personnel, social, scolaire et professionnel. Cela renvoie à la distinction proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé entre le déficit, l'incapacité et le handicap. Le déficit renvoie à des anomalies dans le fonctionnement d'un organe ou d'un système aux niveaux psychologique, physiologique ou anatomique. On peut prendre pour exemple (Bishop, 2004) un déficit de la mémoire à court terme verbale qui reflète une anomalie neurodéveloppementale. Cela va engendrer une incapacité dans le fonctionnement de la communication : ici, l'enfant pourrait présenter des difficultés de compréhension des énoncés longs. Néanmoins, cette incapacité peut également découler d'autres déficits, comme des problèmes de traitement auditif ou un manque de connaissance grammaticale. Par ailleurs, des processus de compensation peuvent également être mis en place de sorte que tous les déficits ne mènent pas à une incapacité. C'est précisément le handicap qui réfère aux conséquences sociales des déficits et des incapacités en fonction de l'environnement dans lequel évolue l'enfant. D'un enfant à l'autre, en fonction des demandes de son environnement, un déficit et/ou une incapacité peut ou non engendrer un handicap. Selon nos objectifs, nous ne mettons pas l'accent sur le même niveau d'impact : la recherche s'intéresse en général à l'exploration des déficits permettant d'expliquer le trouble. En clinique, on travaille principalement au niveau des incapacités, en essayant de limiter un potentiel handicap au quotidien. Mais nous ne disposons que de peu d'outils pour évaluer de manière précise le handicap engendré au quotidien. Or, si ce handicap devient partie intégrante du diagnostic, il sera important de pouvoir se donner les moyens de l'évaluer. Des questionnaires précis, investiguant le fonctionnement dans la vie quotidienne, à l'usage des parents, des proches, mais aussi de l'enfant lui-même devraient pouvoir être utilisés plus systématiquement afin d'évaluer le transfert des acquis dans les activités de vie quotidienne. Il sera important de pouvoir évaluer le handicap en lui-même, car son ampleur dépendra non seulement du milieu mais également de l'ensemble des ressources de l'enfant, y compris non langagières.

Conclusions

La réalité clinique et les recherches récentes questionnent les critères diagnostiques de dysphasie. La persistance des troubles et le handicap engendré au quotidien pourraient être directement dépendants de la possibilité pour l'enfant de mettre en place des moyens de compensation efficaces. Plutôt que de chercher une explication unique dans des déficits langagiers et les incapacités qu'ils engendrent, la dysphasie pourrait trouver son explication dans une conjonction de plusieurs facteurs de risque où des déficits langagiers d'une certaine sévérité persistent suite à la présence de troubles non langagiers associés. Les enjeux futurs concernent la meilleure compréhension de cette pathologie complexe et hétérogène qui présente des causes et des trajectoires multiples. Il se peut qu'on n'arrive à une réelle compréhension de cette pathologie qu'en l'étudiant lors de sa mise en place développementale. Cela permettrait d'observer, pour chaque déficit initial, l'impact de ses interactions avec d'autres déficits, les niveaux de développement auxquels on observe une incapacité et les systèmes de compensation mis en place pour limiter le handicap. Ce suivi fin des trajectoires développementales permettrait de dégager certains pronostics d'évolution et de mettre en place des rééducations fonctionnelles mieux adaptées à chaque enfant.

Références

- Bishop, D. V. M. (2004). Specific language impairment: Diagnostic dilemmas. In L. Verhoeven & H. Van Balkom (Eds.), *Classification of developmental language disorders: Theoretical issues and clinical implications* (pp. 309-326). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; US.
- Botting, N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 317-326. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00355.x>
- Canivez, G. L., & Watkins, M. W. (1998). Long-term stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition. *Psychological Assessment*, 10, 285-291.
- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment: Longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1195-1204.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N., & Faragher, B. (2001). Psycholinguistic markers for specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 741-748. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00770>
- Gerard, C.-L. (1993). *L'enfant dysphasique*. Bruxelles: De Boeck Université
- Hamann, C., Ohayon, S., Dube, S., Frauenfelder, U. H., Rizzi, L., Starke, M., & Zesiger, P. (2003). Aspects of grammatical development in young French children with SLI. *Developmental Science*, 6(2), 151-158.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 149-171. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13682820010019874>
- Jarrold, C., Baddeley, A., & Hewes, A. K. (2000). Verbal short-term Memory Deficits in Down's Syndrome: A consequence of problems in rehearsal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 233-244.
- Leonard, L. B. (2000). The Language Characteristics of SLI: A detailed look at English. In L. B. Leonard (Ed.), *Children with specific language impairment* (pp. 43-87). Cambridge: MIT Press.
- Leonard, L. B., Weismer, S. E., Miller, C. A., Francis, D. J., Tomblin, J., & Kail, R. V. (2007). Speed of processing, working memory, and language impairment in children.

- Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50(2), 408-428. doi:
<http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388%282007/029%29>
- Maillart, C., & Parisse, C. (2006). Phonological deficits in French speaking children with SLI. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(3), 253-274. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/13682820500221667>
- Montfort, M., & Montfort-Juarez, I. (2013). Nosologie et classifications des troubles du langage chez l'enfant. In A. Devevey & L. Kunz (Eds.), *Les troubles spécifiques du langage : Pathologies ou variations ?* (pp. 31-48). Bruxelles : De Boeck Solal
- Oram Cardy, J. E., Tannock, R., Johnson, A. M., & Johnson, C. J. (2010). The contribution of processing impairments to SLI: Insights from attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Communication Disorders*, 43(2), 77-91. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.09.003>
- Paradis, J., & Crago, M. (2000). Tense and temporality: A comparison between children learning a second language and children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(4), 834-847.
- Rapin, I., & Allen, D. (1983). Developmental language disorders: Nosological considerations. In U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading, and spelling* (Vol. 155-189). New-York: Academic Press.
- Riches, N., Loucas, T., Baird, G., Charman, T., & Simonoff, E. (2010). Research report: Sentence repetition in adolescents with specific language impairments and autism: An investigation of complex syntax. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(1), 47-60. doi:
<http://dx.doi.org/10.3109/13682820802647676>
- Schelstraete, M.-A. (2008). Eléments de réponse à la demande du PMS de Wavre : Quelques indications destinées à aider les centres PMS à suspecter un tableau dysphasique chez un enfant ou un adolescent. *Les Cahiers de la SBLU*, 30, 20-30.
- Thomas, M., & Karmiloff-Smith, A. (2005). Can developmental disorders reveal the component parts of the human language faculty? *Language Learning and Development*, 1(1), 65-92. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15473341l1d0101_5
- Windsor, J., & Kohnert, K. (2004). The search for common ground: Part I. Lexical performance by linguistically diverse learners. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 877-890.