

Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse Rangueil
Enseignement des techniques de réadaptation

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONIE**

Dysphasie, TSLO, trouble développemental du langage? Une étude épistémologique

JUIN 2018

MYRIAM TEISSEIRE BELLEFONT

Maître de mémoire : **EMMA PICHON**,
orthophoniste

Remerciements

J'adresse mes remerciements :

A madame Emma Pichon, qui a dirigé ce mémoire. Sa grande disponibilité, son écoute attentive et bienveillante, ses suggestions toujours précieuses m'ont permis de mener à bien ce travail. Maître de stage inspirante, elle a mis sans réserve son expérience et son savoir-faire à ma disposition.

Et aux enseignants et orthophonistes qui ont accepté de me recevoir et ont pris le temps de répondre à mes interrogations.

Que soient aussi remerciées :

Élisabeth, qui m'a accueillie et guidée dans ma rencontre avec les enfants en mal de langage.

Aude et Elina, qui chacune à sa manière, m'ont aidée dans l'élaboration de ce mémoire.

Ma famille, qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ces études.

Titre : Dysphasie, TSLO, trouble développemental du langage ? Une étude épistémologique

Étudiante : Myriam Teisseire Bellefont

Directeur de mémoire : Emma Pichon, orthophoniste

Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil, juin 2018

Pourquoi ce mémoire ?

Dysphasie, trouble spécifique du langage oral, trouble du développement du langage, ... Comment expliquer le manque de consensus dans la communauté scientifique pour désigner et caractériser un trouble du langage chez l'enfant, persistant et sévère, en l'absence d'étiologie avérée ? Nous formulons trois hypothèses pour répondre à cette interrogation : 1) Les changements d'appellation sont en lien avec l'évolution des connaissances concernant ce type de trouble (hypothèse diachronique) ; 2) les acteurs de la communauté scientifique n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur l'utilisation d'un seul et même terme, à un instant donné (hypothèse synchronique) ; 3) cette confusion terminologique témoigne de la difficulté à cerner précisément ce type de trouble en termes de critères diagnostiques, ce qui n'en facilite la manipulation ni par les spécialistes ni par les autres acteurs concernés par la question (patients, familles, système de soins, pouvoirs publics, ...).

Notre travail de recherche rendrait compte des débats qui ont accompagné l'identification des troubles du langage chez l'enfant et leur évolution terminologique et diagnostique, dans la recherche et sur le terrain. Cette transdisciplinarité présenterait l'originalité de mêler les travaux de recherche anglophones et francophones. Ce, pour tenter de doter les orthophonistes d'un outil de décryptage et de compréhension de ces troubles si particuliers qui se manifestent lors de l'avènement du langage chez certains enfants, quand la plupart des autres semblent accéder au langage spontanément et sans effort.

Méthodologie

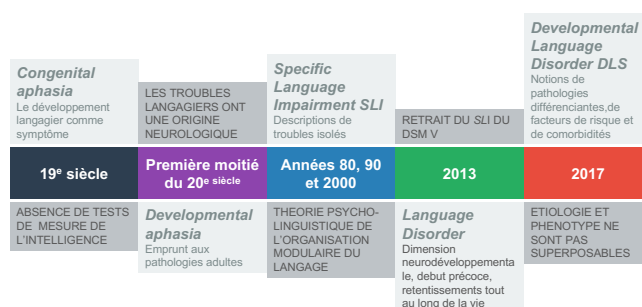
Une revue de la littérature nous a semblé être l'outil le plus approprié pour répondre à notre questionnement. Pour satisfaire à l'impératif de scientificité requis dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes conformée aux critères constitutifs d'une revue systématique suivants : recherche méthodique et exhaustive des études originales, mise en évidence des études exclues ; la nature des études colligées (études de cohortes, études de cas, avis d'experts) ne nous a cependant pas permis de réaliser l'analyse quantitative des résultats obtenus. Pour notre revue de la littérature, nous avons choisi de sélectionner les articles scientifiques dont les sujets traitent explicitement de terminologie ou de caractérisation relatives à la dysphasie, ce qui a nécessité d'éliminer ceux consacrés

aux méthodes thérapeutiques, aux pathologies connexes aux troubles du langage ou aux autres troubles du langage. Les quatre bases de données retenues (BDSP¹, Cairn.info² ; EM-Premium³ et PubMed⁴) ont été choisies pour leur appartenance respective aux champs de la santé publique, des sciences humaines et sociales et de la médecine : ceci pour tenter de restituer la richesse des débats recensés en matière de trouble du langage. Sans surprise et compte-tenu de la complexité du sujet d'étude, il n'a pas été possible de retenir un mot-clé unique, commun aux quatre bases de données.

Résultats

Nous notons que dans la seconde moitié du 20^e siècle, la recherche anglo-saxonne propose régulièrement de nouveaux termes jusqu'en 1981-1983, date à laquelle le *SLI* (*specific language impairment*) s'impose pour une trentaine d'années. La prise en compte des savoirs scientifiques disponibles à différentes dates-clés nous fournit un niveau de lecture pertinent de l'évolution historique de la terminologie dans la recherche anglo-saxonne :

Evolution comparée de la terminologie et des savoirs chez les Anglo-saxons



Sources : Reilly et al., 2014 et Bishop, 2017

La littérature francophone fait essentiellement état de deux étapes jalonnant la terminologie des troubles du langage survenant chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée : jusqu'au début des années quatre-vingt, l'étude des « dysphasies » est préemptée par les

¹ Banque de Données en Santé Publique

² Portail de sciences humaines et sociales

³ Fonds documentaire d'Elsevier Masson, maison d'édition scientifique et médicale

⁴ Moteur de recherche des données bibliographiques et médicales développé par le Centre américain pour les informations biotechnologiques (*NCBI*)

psychiatres et les linguistes (Ajuriaguerra ou Borel-Maisonny) « dans une approche psychopathologique et linguistique » (Dupuis-Gauthier, 2012). Puis, « la notion de troubles spécifiques d'apprentissage » (dans laquelle sont inclus la dysphasie et les autres troubles du langage) et son corollaire, l'étude des mécanismes neurobiologiques à leur origine », gagnent « de manière plus ou moins consensuelle » les pays du nord de l'Europe du nord, puis la France (Habib, 2002). Cette évolution semble donc être dictée par le même changement de paradigme qu'ont connu les pays anglo-saxons au début des années soixante-dix en faveur d'une organisation modulaire du langage. La particularité française réside dans le fait que le modèle qui avait fondé l'étude de ces troubles se voulait « une synthèse des approches de la psychiatrie, de la psychanalyse, de la neurologie et de la psychologie » à l'image de la contribution d'Ajuriaguerra à la découverte et à la compréhension de la dysphasie en France (Berthoz, 1993). La recherche scientifique française paraît se positionner fréquemment « en réaction » aux avancées de la recherche anglo-saxonne. Synthétiquement, les critiques adressées à l'entité « trouble spécifique du langage oral » concernent trois aspects : la spécificité des troubles, l'absence d'étiologie avérée et les critères d'exclusion.

De leur côté, les chercheurs anglo-saxons progressent au gré des résultats des études qu'ils mènent. A l'origine de la caractérisation du *SLI*, les chercheurs anglo-saxons se montrent désormais critiques à son égard. Récemment, trois travaux de recherche d'ampleur ont interrogé en profondeur le concept de *SLI*, dont le plus récent conclut à la recommandation de l'adoption de l'expression « *Development Language Disorder* » (*DLD*) et semble mettre de côté « l'approche superposant génotype et phénotype » (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh, & and the CATALISE-2 consortium, 2017).

Discussion

Nous avons établi comment le corollaire de l'entité « trouble spécifique du langage oral », soit le diptyque absence d'étiologie avérée – critères d'exclusion, a contribué à nourrir le débat opposant les tenants de la neuropsychologie et les partisans d'une approche psychoaffective

Une séparation semble donc se dessiner entre ces deux communautés ; celle-ci nous interroge. Devons-nous la déplorer et opter pour une caractérisation univoque des troubles étudiés ? Nous restons vigilante à l'égard du socle théorique qui la fonderait. Nous gardons en mémoire, par exemple, Ajuriaguerra et sa vision multifactorielle des causes plausibles de la dysphasie, étayée par une approche psychiatrique, psychanalyste, neurologique et psychologique. Par ailleurs, dans son ultime prise de parole sur les troubles du langage chez l'enfant, Bishop nous surprend car elle paraît mettre de côté la doctrine scientifique qui l'avait guidée jusqu'alors. Tandis qu'elle exhume une appellation vieille de plus de

quarante ans⁵, Bishop invite ses pairs à « documenter l'hétérogénéité des cas de *DLD* plutôt que d'essayer d'appliquer une classification stricte qui échoue à prendre en compte une grande proportion d'enfants », ce qui prend à nos yeux la signification d'un encouragement à recourir aux études de cas uniques pour mieux appréhender la complexité de ces troubles.

L'exemple de la dysphasie nous semble illustrer la difficulté pour l'orthophoniste de situer sa pratique au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la linguistique et de la pédagogie. Ceci vient donc interroger une nouvelle fois le positionnement de l'orthophonie en tant qu'entité à part entière, à la fois singulière et complémentaire des disciplines qui ont présidé à son émergence. Exercice de terrain et de proximité, au long cours, exigeant et précieux, l'orthophonie recèle les atouts pour fournir à ses patients l'écoute et les soins qu'ils sont en droit d'en attendre. Une orthophonie créative – capable de proposer une solution originale - ne pourrait-elle pas contribuer à mieux cerner des troubles demeurés inexplicables à ce jour ?

Bibliographie abrégée

- Avenet, S., Lemaître, M. P., & Vallée, L. (2016a). DSM5 : Quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 81-92.
- Barreau, H. (2013). *L'épistémologie* (8^e éd.). Paris: PUF.
- Bishop, D.V.M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(10), 1068-1080.
- Bock, N., Serre-Pradère, G., Robel, L., & Baubet, T. (2017). Regard pédopsychiatrique sur le diagnostic de dysphasie, A viewpoint from child psychiatry about the diagnosis of dysphasia. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 167-196.
- Chambry, J. (2016). Approche cognitive et psychopathologique : une coexistence pacifique ? *Enfances et Psy*, 3(71), 44-54.
- Danon-Boileau, L. (2000). La dysphasie : nature et diversité du symptôme, modalités de prise en charge et évolution. *Handicaps et langages*, (9), 93-107.
- Danon-Boileau, L. (2002). *Des enfants sans langage*. Paris: Odile Jacob.
- Dumez, H. (2011). Faire une revue de la littérature : pourquoi et comment? *Le Libellio d'Aegis*, (7), 15-27.
- Klein, A. (2011). Approche philosophique de l'orthophonie Un plaidoyer pour une discipline orthophonique : Etude généalogique de l'orthophonie et de ses enjeux épistémologiques et éthiques. *Rééducation orthophonique*, 7-24.
- Piérart, B. (2008). Les dysphasies de l'enfant. *A.N.A.E.*, (98), 192-194.
- Reilly, S., Bishop, D. V. M., & Tomblin, B. (2014). Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 452-462.
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., ... Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 416-451.

⁵ Le concept de *DLD* - *developmental language disorder* - a été proposé par Aram et Nation en 1975

INTRODUCTION	6
Problématique	9
Hypothèses	9
METHODOLOGIE	10
Quel outil pour mener à bien notre recherche ?	10
Les critères d'éligibilité	12
Les bases de données choisies	12
Les mots-clés retenus	12
Le processus de sélection des articles scientifiques	14
PARTIE 1 : RESULTATS	16
1.1 : La terminologie utilisée pour désigner la notion de trouble du langage chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée	16
1.1.1 Dans la littérature anglo-saxonne	16
1.1.2 Dans la littérature francophone	18
1.2 : La locution « troubles spécifiques du langage oral » et son corollaire diagnostique, l'absence d'étiologie avérée et les critères d'exclusion	20
1.2.1 Le point sur le terme specific / spécifique	21
1.2.2 L'absence d'étiologie avérée	25
1.2.3 Les critères d'exclusion	28
1.3 : Les sous-catégorisations des TSLO ou SLI	31
1.3.1 Les classifications empiriques	31
1.3.2 Les classifications nosographiques internationales	33
1.4 : La terminologie adoptée dans la société et ses répercussions	34
1.4.1 Le choix de terminologie par les pouvoirs publics	34
1.4.2 Le « trouble spécifique du langage oral » et ses représentations dans la société	35
1.5 : De la volonté de dépasser les querelles terminologiques et diagnostiques	36
1.5.1 Les troubles du langage, limite inférieure d'un « continuum langagier » ?	36
1.5.2 Les « trajectoires langagières », un nouveau marqueur des SLI ?	37
1.5.3 Critères diagnostiques : un consensus en vue ?	39
1.5.4 Les DLD sont-ils la solution ?	39
1.5.5 « Troubles spécifiques du langage oral » : tout est relatif...	42
PARTIE 2 : DISCUSSION	44
2.1 : Comparaison avec les résultats publiés dans la littérature	44
2.2 : Nos hypothèses validées	44

2.3 : Les résultats de notre recherche, autrement dits	45
2.3.1 L'évolution de la terminologie dans sa composante diachronique	45
2.3.2 L'étude synchronique de l'évolution terminologique	47
2.4 : Notre interprétation de quelques résultats	51
2.4.1 La persistance du terme « dysphasie » en France	51
2.4.2 De l'influence anglo-saxonne	52
2.4.3 Le retour du <i>DLD</i> , ce qu'il signifie à nos yeux	53
2.4.4 Le statut de la dysphasie : syndrome, pathologie isolée, autre ?	54
2.5 : Limites et perspectives de notre travail	55
2.5.1 Les limites liées aux outils de recherche	55
2.5.2 Les limites liées à notre cadre de recherche	55
2.5.2 Les perspectives révélées par notre recherche	55
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	60
Annexe 1 : Tableau des articles exclus après lecture	60
Annexe 2 : Hiérarchisation traditionnelle des niveaux de preuve	63

Introduction

En stage auprès d'orthophonistes exerçant en cabinet ou en institution spécialisée, nous avons été amenée à observer des enfants en grande difficulté avec le langage. Chez les orthophonistes exerçant en libéral que nous avons rencontrées, ils sont appelés « dysphasiques » et ce sont bien des dysphasies auxquelles nous avons affaire si nous nous référons à la grille des tarifs des actes d'orthophonie⁶. Dans les institutions spécialisées qui nous ont accueillie, le terme « dysphasie » n'est plus utilisé : les professionnels évoquent généralement leurs jeunes patients comme des enfants porteurs d'un « trouble spécifique du langage oral » (TSLO).

Pensant trouver un éclairage à cette terminologie indéfinie dans la consultation des classifications nosographiques internationales, nous avons constaté que chacune d'elles proposait sa propre dénomination : « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage » pour la CIM-10⁷, « troubles de la communication » répartis en cinq familles dont une dénommée « trouble du langage » pour le *DSM-5*⁸. En France, la CFTMEA⁹ répartit les « troubles du développement et des fonctions instrumentales » en cinq sous-groupes dont un appelé « troubles du développement du langage », au sein duquel figure l'entité « dysphasie ».

Un survol rapide de la littérature scientifique permet de constater la publication de quelques articles traitant de l'indécision terminologique à propos des troubles du langage chez l'enfant. Trois des plus grands spécialistes anglo-saxons de la question le reconnaissent : « Ceux qui travaillent dans les sciences et les troubles de la communication ont noté que le visage offert par la profession s'étiole à cause de l'absence de terminologie appropriée et cohérente qui résulte d'une mauvaise... communication ». Certes, il s'agit de « maladies complexes et hétérogènes dont les frontières avec la normalité ou d'autres troubles du développement ne sont pas clairement délimitées ». Mais « des pathologies comme le trouble du spectre autistique, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et la dyslexie développementale » ont pu bénéficier d'une terminologie stable et cohérente (Reilly, Bishop, & Tomblin, 2014).

⁶ Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP version du 14 avril 2018)

⁷ Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification internationale des maladies. 10^e révision. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 1994.

⁸ American psychiatric association. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Washington DC, London : American psychiatric association publishing; 2013

⁹ Misès R., Quemada N., Botbol M., Bursztejn C., Durand B., Garabé J. et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Med Psychol* 2002 ; 160 : 213-5

La sphère francophone n'est pas unanime non plus pour désigner le terme consacré : nous pouvons lire que le terme « dysphasie » est retenu « aujourd'hui de façon assez consensuelle » (Bock et al., 2017). Mais pour d'autres auteurs par exemple, « l'appellation « dys » qui renvoie à la célèbre dyslexie mais aussi aux moins connues dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie et dysgraphie est obsolète dans toutes les classifications psychiatriques en vigueur (...) » (Gillots, Leblanc, & Wagenaar, 2016).

La communauté scientifique semble s'accorder en revanche sur les critères diagnostiques suivants, restitués ici par Uzé et Bonneau :

Les dysphasies, dénommées maintenant troubles spécifiques du langage oral, sont définies classiquement par un déficit sévère du développement du langage oral touchant son expression et éventuellement sa compréhension, perdurant après six ans, ainsi que par le caractère primitif de ce déficit avec l'exclusion : de déficit auditif, de malformation des organes phonatoires, d'une insuffisance intellectuelle, d'une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, d'un trouble envahissant du développement, d'une carence grave affective ou éducative » (Uzé & Bonneau, 2004).

En présence de ces enfants, nous sommes tout d'abord saisie par un sentiment d'étrangeté : l'absence de déficit causal avéré contribue pour une part à expliquer notre malaise, et pour cause : quand « l'inscription du côté d'une pathologie avérée reste en suspens (...) Les frontières du normal et du pathologique se brouillent... » (Lenoble, 2016). Nous sommes aussi touchée par l'impression de détresse psychologique qui émane parfois des enfants atteints de troubles du langage. Danon-Boileau souligne que le « trouble du langage, même quand il est « pur, n'est nullement dépourvu d'incidences psychiques » (Danon-Boileau, 2002) » et Bernardi, que « la rencontre avec l'enfant dysphasique surprend, déroute et laisse entrevoir que sa relation et sa vie mentale sont particulières » (Bernardi, 1999). L'agitation et l'impulsivité ou au contraire l'apathie et la tristesse que nous avons pu relever chez certains enfants nous interrogent : sont-elles consécutives au trouble du langage ou au contraire l'explication de celui-ci ? La seconde option nous apparaît aussitôt contradictoire avec un des critères de la définition par exclusion que constitue l'absence de « troubles psychopathologiques » (Chevrié Muller et al., 2007) .

Nous relevons d'ailleurs plusieurs positions critiques quant à une conception exclusive du trouble du langage : par exemple, « le (diagnostic de) trouble spécifique du langage est obtenu par l'application de critères exclusifs, ce qui le définit par ce qu'il n'est pas plutôt que par ce qu'il est » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Pour Monfort, « cette conception des

troubles développementaux du langage a toujours posé problème tant du point de vue théorique que du point de vue de l'intervention, que celle-ci soit éducative ou thérapeutique » (Monfort, 2000).

Nous observons en outre une réelle diversité des profils chez ces enfants : certains sont apathiques et presque mutiques, peinant à articuler plus de deux ou trois mots à peine intelligibles ; d'autres au contraire sont très agités, capables à la fois d'une grande volubilité et parfois victimes d'un manque du mot.

Nous nous sommes alors tournée vers les classifications cliniques existantes, afin de chercher un éclairage à cette variété de manifestations des troubles. Elles semblent avoir accompagné l'étude des troubles du langage depuis leur première description : « des sous-groupes sont peu à peu identifiés en même temps que la différenciation entre capacités réceptives et expressives est établie » (Liebmann, 1898 cité dans Reilly, Tomblin, et al., 2014). Avenet en identifie quatre types : les classifications « empiriques » qui reposent sur « des observations de tableau cliniques faites par des experts », les « nosographies internationales » qui font état de « critères recensés par un collège d'experts sur la base de la littérature et de l'expérience clinique », les classifications « comportementales statistiques », fruit d'études « à visée exploratoire et confirmatoire des observations cliniques » et les « autres classifications sémiologiques-linguistiques » (Avenet, Lemaître, & Vallée, 2016b).

Cette profusion de classifications – une dizaine si nous additionnons celles listées par Avenet – n'est pas de nature à clarifier le panorama des troubles du langage pour une apprentie orthophoniste. Les classifications sont critiquées par les chercheurs eux-mêmes : ils invoquent par exemple la « variété développementale » rencontrée chez les enfants étudiés. Elle aboutit au changement de sous-catégorie au bout d'un an au sein d'une même classification de 45% des sujets (Conti-Ramsden et al., 1997-1999 cité dans Avenet et al., 2016b).

Dans le domaine des dysphasies ou troubles spécifiques du langage oral ou troubles développementaux du langage, quelles que soient leurs appellations, le manque de consensus est patent. Terminologie, critères diagnostiques, distinction entre plusieurs formes et leur classification sont autant de sujets qui semblent diviser la communauté scientifique.

Problématique

Comment expliquer le manque de consensus dans la communauté scientifique pour désigner et caractériser un trouble du langage chez l'enfant, persistant et sévère, en l'absence d'étiologie avérée ?

Hypothèses

1. Les changements d'appellation sont en lien avec l'évolution des connaissances concernant ce type de trouble (hypothèse diachronique).
2. Les acteurs de la communauté scientifique n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur l'utilisation d'un seul et même terme, à un instant donné (hypothèse synchronique).
3. Cette confusion terminologique témoigne de la difficulté à cerner précisément ce type de trouble en termes de critères diagnostiques ce qui n'en facilite la manipulation ni par les spécialistes ni par les autres acteurs concernés par la question (patients, familles, système de soins, pouvoirs publics, ...).

Méthodologie

Quel outil pour mener à bien notre recherche ?

Une revue de la littérature nous a semblé être l'outil le plus approprié pour répondre à notre questionnement. Faire le choix d'une revue de la littérature, c'est explorer « la tension entre savoir et non-savoir », dans un double mouvement : « prendre la mesure de notre propre non-savoir », subjectif et « visualiser la frontière avec le savoir collectif » (Dumez, 2011). Pour satisfaire à l'impératif de scientificité requis dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes conformée aux critères - constitutifs d'une revue systématique – suivants : recherche méthodique et exhaustive des études originales, mise en évidence des études exclues ; mais, la nature des études colligées (études de cohortes, études de cas, avis d'experts) ne nous a pas permis de réaliser l'analyse quantitative des résultats obtenus telle qu'elle est attendue dans le cadre d'une revue systématique de la littérature.

Nous nous proposons de retracer, dans un premier temps, l'émergence des concepts de « dysphasie, trouble spécifique du langage oral et trouble développemental du langage » afin de préciser les conditions à la fois cliniques, scientifiques, théoriques, et sociétales qui ont permis leur avènement. Il s'agirait donc d'entreprendre une étude épistémologique de ces troubles, l'épistémologie étant entendue comme « l'étude des sciences » ou encore « l'éventail entier de la connaissance scientifique » qui comprend « la connaissance commune et son environnement social, culturel et éthique » (Barreau, 2013). Nous ferons ensuite état des critiques que ces entités ont soulevées et des contre-propositions les plus récentes qu'elles ont générées.

Dans un second temps, nous adopterons une position critique pour juger « quel savoir est robuste » et « où sont les points de fragilité » : ce, pour tenter de « déplacer un peu plus les limites du savoir » (Dumez, 2011).

Des revues de la littérature ayant pour sujet une approche épistémologique des troubles du langage oral chez l'enfant sont beaucoup plus répandues et conséquentes chez les Anglo-saxons que dans les pays francophones. Logopède en Belgique, Piérart propose, dans le cadre d'une étude de cas, une brève revue de la littérature sur les *SLI*¹⁰ ou les troubles spécifiques graves du langage (dysphasie) qui distingue deux « périodes » : description des compétences langagières d'enfants porteurs de *SLI* et observation de l'émergence plus récente de nouvelles problématiques (recherche de l'étiologie, analyse des liens entre déficits langagiers sous l'angle d'une conception modulaire du langage et

¹⁰ *SLI* : *Specific Language Impairment* communément traduit en français par Trouble Spécifique du Langage Oral ou TSLO

recherche de marqueurs précoces du *SLI*) (Piérart, 2013). En France, Assous, Golse et Robel, respectivement psychologue clinicienne et pédopsychiatres ont rédigé une revue de la littérature portant pour partie sur la « variété des troubles dysphasiques » et sur les « implications psychiques du langage » au sein d'un article sur les enjeux de séparation chez les enfants présentant des troubles dysphasiques (Assous, Golse, & Robel, 2016). Une équipe composée de trois pédopsychiatres et d'un psychiatre a réalisé une revue de la littérature très complète servant de socle à « un état des lieux synthétique de l'état des recherches » relatives au diagnostic de dysphasie (définition, prévalence, démarche diagnostique, données étiologiques croisant les regards médical, linguistique, neuropsychologique et psychodynamique) (Bock et al., 2017).

La spécialiste anglaise des troubles spécifiques du langage, Bishop, interroge à travers une revue de la littérature très fournie, l'utilisation qui est faite des différentes étiquettes apposées sur les troubles du langage inexplicables chez l'enfant et relève la confusion qui en résulte à l'heure du diagnostic ; elle examine ensuite les avantages et les inconvénients propres à chaque diagnostic disponible (Bishop, 2014). Au même moment, une équipe anglophone¹¹ composée de chercheurs et cliniciens spécialisés dans les troubles du langage de l'enfant explore l'entité « *specific language impairment* » ou « *SLI* » (les conditions de son avènement, la façon dont elle est généralement définie et l'impact que les changements sociétaux pourraient avoir sur son utilisation) au moyen d'une revue de la littérature large, embrassant les champs médical, neuropsychologique, clinique et psychosocial (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Tout récemment, Bishop et trois autres spécialistes de la question ont utilisé la *Delphi Method*¹² dans une étude nommée *CATALISE*, afin de recueillir l'avis d'expert(e)s concernant l'impact délétère de l'incohérence terminologique et sémantique inhérente aux troubles du langage chez l'enfant (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh, & and the CATALISE-2 consortium, 2017). Bishop commente ensuite les résultats de *CATALISE* en s'appuyant sur une revue de la littérature afin de répondre à la question « pourquoi est-il si difficile d'obtenir un accord en matière de terminologie ? » (Bishop, 2017).

Notre travail de recherche rendrait compte des débats qui ont accompagné l'identification des troubles du langage chez l'enfant et leur évolution terminologique et diagnostique, dans la recherche et sur le terrain. Cette transdisciplinarité présenterait l'originalité de mêler les travaux de recherche anglo-saxons et francophones. Ce, pour tenter de doter les orthophonistes d'un outil de décryptage et de compréhension de ces troubles si particuliers qui se manifestent lors de l'avènement du langage chez certains enfants, quand la plupart

¹¹ Australie, États-Unis et Grande-Bretagne

¹² Ou Méthode de Delphes, visant à organiser la consultation en ligne d'experts sur un sujet précis avec une visée prospective.

des autres semblent accéder au langage spontanément et sans effort. Nous espérons que ce travail contribuera à éveiller l'intérêt du plus grand nombre quant à ce petit groupe d'enfants dont beaucoup voudraient tant réussir à parler comme leurs semblables. Car s'ils n'y parviennent pas toujours parfaitement, ils n'en demeurent pas moins des êtres humains.

Les critères d'éligibilité

Pour notre revue de la littérature, nous avons choisi de sélectionner :

- Les seuls articles tirés de revues scientifiques et exclu les extraits de livres, les articles de conférence et les thèses.
- Les articles dont les sujets traitent explicitement de terminologie ou de caractérisation relatives à la dysphasie, ce qui a nécessité d'éliminer ceux consacrés aux méthodes thérapeutiques, aux pathologies connexes aux troubles du langage ou aux autres troubles du langage.

Les bases de données choisies

Les quatre bases de données retenues (BDSP¹³, Cairn.info¹⁴ ; EM-Premium¹⁵ et PubMed¹⁶) ont été choisies pour leur appartenance respective aux champs de la santé publique, des sciences humaines et sociales et de la médecine : ceci pour tenter de restituer la richesse des débats recensés en matière de trouble du langage chez l'enfant.

Les mots-clés retenus

Sans surprise et compte-tenu de la complexité du sujet d'étude, il n'a pas été possible de retenir un mot-clé unique, commun aux quatre bases de données.

En français, les mots-clés « dysphasie* » et « trouble* du langage » ont été retenus car rencontrés le plus fréquemment dans la littérature (Bock et al., 2017). L'astérisque (*) est un signe de remplacement qui permet d'interroger les bases de données sur les formes au singulier et au pluriel des deux appellations : il est en effet communément admis par la plupart des chercheurs qu'il existe *des* dysphasies (Bock et al., 2017) et *des* troubles du langage. Dans BDSP, l'ajout du terme « spécifique » dans « dysphasie* ou trouble* »

¹³ Banque de Données en Santé Publique

¹⁴ Portail de sciences humaines et sociales

¹⁵ Fonds documentaire d'Elsevier Masson, maison d'édition scientifique et médicale

¹⁶ Moteur de recherche des données bibliographiques biologiques et médicales développé par le Centre américain pour les informations biotechnologiques (NCBI)

spécifique* du langage » n'a pas permis de trouver de résultats supplémentaires, comparé aux résultats générés par la recherche des mots-clés « dysphasie* ou trouble* du langage ». Dans Cairn.info, l'expression « diagnostic de dysphasie » suggérée par le moteur de recherche du site était la plus pertinente pour notre sujet.

En anglais, les termes les plus couramment employés sont *specific language impairment* et *developmental language disorder* (Avenet et al., 2016b) ; (Bock et al., 2017). Le terme *developmental* n'a pas été retenu car la locution *developmental language disorder* (Bock et al., 2017) générerait trop peu de résultats comparé à la locution *language disorder*.

Pour chaque base de données, nous avons ainsi opté pour les mots-clés qui fournissaient un nombre de résultats de nature à éviter les deux principaux écueils d'une telle recherche : le silence¹⁷ et le bruit¹⁸ (tableaux 1 et 2).

Base de données	Mots-clés retenus et nombre de résultats obtenus	
BDSP <i>Titre du document</i> ¹⁹	Dysphasie* Dysphasie* ou trouble* du langage	55 101
Cairn.info	Diagnostic de dysphasie	38
EM-Premium <i>Titre, mots-clés, résumé</i> ²⁰	Dysphasie* Trouble* spécifique* du langage oral ²¹	37 13
PubMed <i>Title, abstract</i> ²²	Specific language impairment AND language disorder	113

Tableau 1. Mots-clés retenus pour chaque base de données et nombre de résultats obtenus

¹⁷ Le silence est le nombre de réponses pertinentes non données par rapport au nombre de réponses pertinentes existant.

¹⁸ Le bruit est le nombre de réponses non pertinentes par rapport au nombre de réponses données.

¹⁹ La sélection de ce champ permet de rechercher les documents dont le titre contient les termes indiqués.

²⁰ La sélection de ce champ permet de rechercher les documents dont le titre, les mots-clés et le résumé contiennent les termes indiqués.

²¹ La case « expression exacte » a été cochée.

²² La sélection de ce champ permet de rechercher les documents dont le titre et le résumé contiennent les termes indiqués.

Base de données	Mots-clés écartés et nombre de résultats obtenus	
BDSP <i>Titre du document</i>	Dysphasie* concept	2
	Dysphasie* et trouble* du langage	0
	Dysphasie* ou trouble* spécifique* du langage oral	33
	Dysphasie* et trouble* spécifique* du langage oral	0
EM-Premium <i>Titre, mots-clés, résumé</i>	Dysphasie* ou Trouble* spécifique* du langage oral	73
PubMed <i>Title, abstract</i>	Specific language impairment	1577
	Language disorder	196
	Developmental language disorder	162
	Specific language impairment AND developmental language disorder	20
	Specific language impairment AND concept	6
	Language disorder AND concept	11

Tableau 2. Mots-clés écartés pour chaque base de données et nombre de résultats obtenus

Le processus de sélection des articles scientifiques

Les mots-clés retenus dans les quatre bases de données ont permis l'identification de 316 articles, après élimination des doublons. Après lecture des résumés, 263 articles ont été éliminés car ils ne correspondaient pas à la question de recherche. Il restait 53 articles dont 21 ont été éliminés²³ : alors qu'ils semblaient à priori pertinents, une analyse approfondie a révélé qu'ils ne répondaient pas aux critères d'éligibilité définis plus haut. Nous avons conservé au total 32 articles.

Le processus qui a abouti à l'inclusion de ces articles dans notre travail de recherche est décrit dans le diagramme de flux ci-dessous (figure 1).

²³ Un tableau présentant succinctement les articles exclus après lecture se trouve en annexe 1.

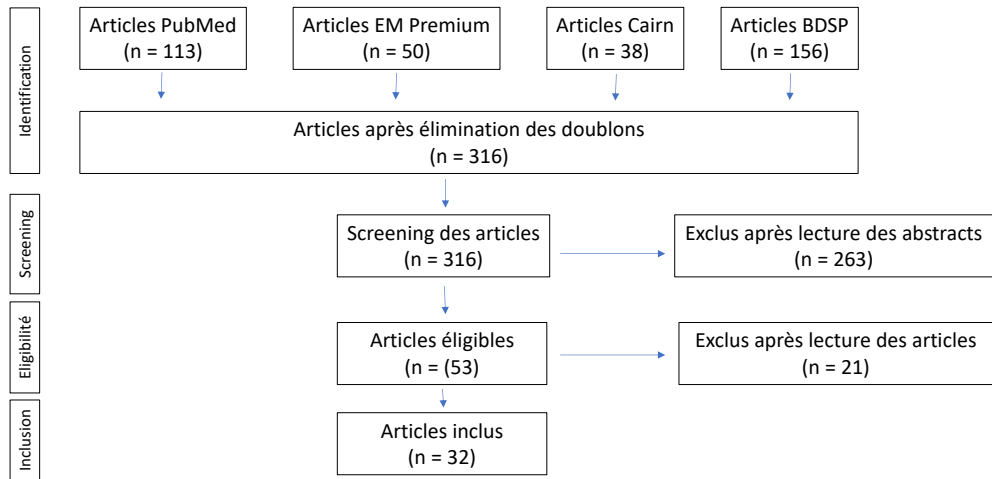


Figure 1. Diagramme de flux

Partie 1 : Résultats

1.1 : La terminologie utilisée pour désigner la notion de trouble du langage chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée

1.1.1 Dans la littérature anglo-saxonne

Une équipe de chercheurs australiens, anglais et nord-américains illustre à l'aide d'une frise chronologique l'évolution de la terminologie des troubles langagiers chez l'enfant depuis 1822, date à laquelle l'Allemand Gall décrit « des enfants qui (ont) des problèmes spécifiques avec le langage en l'absence d'autres maladies » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Leonard nous restitue le portrait qu'en dresse Gall :

Il y a des enfants... qui ne parlent pas aussi bien que d'autres alors qu'ils comprennent bien... Dans de tels cas, le problème ne réside pas dans les organes vocaux et encore moins dans l'état d'apathie des sujets. Ces enfants, au contraire, font montre d'une grande vivacité physique. Ils passent d'une idée à l'autre avec beaucoup de rapidité. Si on leur dit un mot à l'oreille en leur donnant la main, ils peuvent le répéter distinctement (Leonard, 1997).

Leonard précise que cette publication sera suivie jusqu'à la fin du siècle d'autres présentations de cas, à l'initiative de médecins anglais, français et allemands qui mettent l'accent sur l'intelligence non-verbale apparemment normale, la bonne compréhension et la production de parole extrêmement limitée des enfants étudiés (Leonard, 1997 cité dans Reilly, Tomblin et al. 1994). En 1866, le Français Vaïsse propose l'expression « aphasie congénitale » tandis que l'Américain Solis Cohen décrit en 1886 des cas de *hearing mutism*²⁴ qu'il qualifie de *functional* (fonctionnel) en l'absence de déficience neurologique : ces deux appellations concernent des enfants dont « les productions langagières (sont) sévèrement réduites » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Reilly et son équipe précisent qu'à la fin du 19^e siècle Liebmann met au jour trois sous-groupes « ainsi que la distinction entre compétences expressives et réceptives ». Leonard nous restitue ces trois entités : le sous-groupe des enfants présentant des « déficits d'origine motrice, le sous-groupe des enfants jouissant uniquement de la compréhension des mots isolés et le sous-groupe des enfants dont la compréhension est complètement barrée (Leonard, 1997). Reilly et al. rapportent que durant la première moitié du 20^e siècle, plusieurs médecins adoptent la dichotomie

²⁴ Littéralement « mutisme entendant » ou audimutité

compréhension/expression et évoquent successivement : la *congenital words deafness*²⁵ (Mc Call), le *delayed speech development*²⁶ (Froschels), les *congenital auditory imperceptions*²⁷ (Worster-Drought et al.) et la *congenital verbal auditory agnosia*²⁸ (Karlin) : cela reflèterait selon Reilly et al. « une conscience grandissante que les difficultés langagières (ne se réduisent pas) à la production ». Leonard relève la réticence partagée par tous ces pionniers des troubles du langage à inclure les troubles de nature grammaticale dans cette catégorie clinique : Froschels par exemple s’y refuse, alors même qu’il établit un parallèle entre « l’agrammatisme de l’adulte aphasique et les difficultés grammaticales d’un enfant de onze ans ». Il opte pour le terme *speech* (parole) dans *delayed speech development*. Un temps délaissée, l’entité *congenital aphasia* (l’aphasie congénitale de Vaisse) revient sur le devant de la scène au début des années 1900 : d’après Leonard « elle figure largement dans la littérature anglophone et francophone ». Son spectre est élargi puisqu’elle désigne à présent des enfants certes entravés dans leur expression mais « capables de prononcer plus que des mots isolés », ainsi que des enfants à la compréhension déficitaire. A la même époque, selon Leonard, on reconnaît que « la démarche des précurseurs de la discipline tendant à écarter les déficits auditifs, oromoteurs et les sous-performances en intelligence non-verbale a peut-être manqué de rigueur ». Selon Leonard, Town affine la notion d’aphasie congénitale en 1911 et la définit comme « l’incapacité partielle ou totale à comprendre ou utiliser le langage indépendamment de toute aptitude intellectuelle ou d’une déformation ou maladie affectant les organes de l’articulation ». Pour Leonard cela va de pair avec la volonté de « découvrir les bases de ce trouble infantile » : Ewin (1930) observe une concomitance des troubles langagiers avec un retard neurodéveloppemental important (Ewin, 1930, cité dans Leonard, 1997) tandis qu’une étude portant sur des jumeaux met au jour les liens de l’aphasie congénitale dans sa forme expressive avec un fondement héréditaire (Ley, 1929 cité dans Leonard, 1997). De leur côté Reilly et al. attribuent l’émergence de termes comme *developmental aphasia*²⁹ et *developmental dysphasia*³⁰ à « une opinion dominante (selon laquelle) les troubles langagiers (ont) une origine neurologique » ; ces auteurs soulignent l’emprunt fait à l’occasion aux pathologies adultes. Reilly et al. poursuivent en décrivant comment, « durant la seconde moitié du vingtième siècle, les théories psycholinguistiques et nativistes proposent une organisation cognitive modulaire au sein de laquelle le

²⁵ Surdité verbale congénitale

²⁶ Retard de développement de la parole

²⁷ Défauts congénitaux de perception auditive

²⁸ Agnosie auditive verbale congénitale

²⁹ Aphasie développementale

³⁰ Dysphasie développementale

processus d'acquisition du langage est entièrement séparé d'autres aspects développementaux ». Pour Reilly et al., un tel contexte permet de comprendre comment « l'explication étiologique des troubles du langage est passée de la sphère neurobiologique à la sphère linguistique ou psycholinguistique et son corollaire de mécanismes de troubles du langage isolés, avec le postulat que des troubles langagiers supposent des systèmes langagiers cérébraux défectueux ».

Dans les années soixante-dix et quatre-vingt Leonard introduit l'expression *deviant language*³¹ (1972) puis Rees propose *language disorder*³² (1973), Weiner choisit *delayed language*³³ (1974) et Aaram et Nation optent pour *developmental language disorder*³⁴. Après le *specific language deficit*³⁵ (Stark et Tallal 1981) c'est le *specific language impairment* ou *SLI* (Leonard 1981, Fey et Leonard 1983) qui semble clore le chapitre initié plus d'un siècle et demi plus tôt par Gall. « Ainsi, le terme *SLI* est largement utilisé par les chercheurs et les cliniciens depuis les années quatre-vingt » (Reilly et al., 2014). Dernièrement, Reilly et al. ont pourtant recommandé d'abandonner le terme « specific » dans *SLI* et de parler désormais de « *language impairment* » (trouble du langage) tandis que Dorothy V. M. Bishop (2017) s'est prononcée pour le « *development language disorder* » (trouble développemental du langage) » qu'Aaram et Nation avaient créé quarante ans plus tôt. Il est vrai que dès 2012, l'ASHA³⁶ préconisait « d'omettre la caractérisation TSLO » parmi les révisions qu'elle recommandait d'appliquer au *DSM-5* (Avenet et al., 2016b). Le *DSM-5* abandonne effectivement l'appellation *SLI* en 2013.

1.1.2 Dans la littérature francophone

Chambry fait remonter l'émergence de l'intérêt français pour les troubles des apprentissages à l'époque des premiers tests d'intelligence mis au point par Alfred Binet et Théodore Simon (Chambry, 2016). Le 19^e siècle, qui avait catalogué l'enfant « en grandes difficultés avec les apprentissages » soit comme « un enfant rebelle » soit comme souffrant d' « une dégénérescence mentale » héritée de ses parents, se met à répartir les élèves selon leur degré d'intelligence. « Dans cette vision, le déficit est purement organique », et condamne au « handicap » l'enfant « pris en charge dans une institution spécialisée ».

³¹ Langage déviant

³² Trouble du langage

³³ Retard de langage

³⁴ Trouble développemental du langage

³⁵ Déficit spécifique du langage

³⁶ *American speech-language-hearing association* (association qui regroupe 198 000 membres et affiliés aux États-Unis : audioprothésistes, orthophonistes, chercheurs et étudiants dans les domaines du langage, de la parole et de l'audition).

Chambry attribue au médecin aliéniste Désiré-Magloire Bourneville une approche « en rupture » avec la précédente : « la maladie peut impacter le développement de l'intelligence » et la pédagogie spécialisée est seule apte à « modifier les compétences de l'enfant ». L'émergence du concept de dysphasie stricto sensu remonte à la fin des années cinquante « avec la publication de l'article d'Ajuriaguerra et al. : « Le groupe des audimutés » dans la *Psychiatrie de l'enfant* en 1958 » (Bernard Welniarz, 2001) :

Ajuriaguerra n'introduit pas le terme d'audimutité, (...) mais il en décrit plusieurs formes cliniques : l'audimutité à forme dyspraxique, avec des troubles prévalents de l'organisation temporelle, et l'audimutité avec troubles complexes de la perception auditive. Quelques années plus tard, il introduit le terme de dysphasie pour désigner une entité clinique se situant entre le retard simple de langage et l'audimutité.

Selon Welniarz, Ajuriaguerra « définit les enfants dysphasiques comme présentant un trouble de l'intégration du langage sans insuffisance sensorielle ou phonatoire et qui peuvent, quoiqu'avec difficulté, communiquer normalement ». Welniarz souligne que pour Ajuriaguerra « la dysphasie est associée à des perturbations affectives précoces » et qu'il distingue « deux types d'enfants : les « économes mesurés », réservés sur le plan verbal, et les « prolixes » qui font des phrases complexes mais peu opérantes ». Chambry (2016) précise que « la pédopsychiatrie a pris son envol à partir des années soixante » avec notamment « l'élaboration de la notion de troubles des apprentissages par Juan de Ajuriaguerra, Robert Misès et Bernard Gibello ». L'approche pédopsychiatrique psychanalytique – dominante à l'époque – voit dans ces troubles l'expression d'un symptôme, « compromis issu du conflit inconscient dont souffre le moi infantile ». Les « prolixes » mis en lumière par Ajuriaguerra pourraient ne faire qu'un avec les enfants « à la compréhension déficitaire » décrits par Vaïsse dans l'aphasie congénitale. C'est ce que pense Danon-Boileau : troubles de la production et de la compréhension d'une part et troubles des « économes » et des « prolixes » d'autre part sont « superposables » (Danon-Boileau, 2002). Nous verrons plus loin comment cette répartition entre « petits parleurs » (comprenant bien ce qui leur est dit) et « gros parleurs » (comprenant mal) annonce la dichotomie opposant troubles expressifs et troubles réceptifs et les classifications qui en découleront.

La littérature francophone n'est pourtant pas unanime pour faire de la « dysphasie » le terme consacré à la dénomination de tels troubles. On peut certes lire, par exemple, que le terme « dysphasie » est retenu « aujourd'hui de façon assez consensuelle » (Bock et al., 2017). Soares-Boucaud et al. attribuent à la dénomination « dysphasie » l'avantage suivant : « mieux cerner le fait que ce trouble ne se caractérise pas par une absence de

langage, mais par son utilisation déficitaire » (Soares-Boucaud, Labruyère, Jery, & Georgieff, 2009). Mais Danon-Boileau est plus nuancé et trouve le terme « ambigu » : « pour certains auteurs, il s'applique à des enfants sans langage, tandis que pour d'autres il désigne des enfants qui conservent un langage, quoique celui-ci soit gravement perturbé ». Il poursuit en affirmant que les tenants d'une dysphasie où le langage est partiellement préservé sont confortés par « l'existence parallèle du préfixe « a », « alpha privatif », lequel permet de construire un terme désignant cette fois de manière explicite l'absence totale de la faculté inscrite au radical », comme dans l'aphasie par exemple. Il conclut pourtant en optant, pour ce qui est de la suite de son article, pour la restriction de « l'usage de l'adjectif dysphasique à la désignation des seuls enfants de trois ans et plus chez lesquels on constate une absence totale de langage constitué » (Danon-Boileau, 2010). Pour Gilloots et al. « l'appellation « dys » qui renvoie à la célèbre dyslexie mais aussi aux moins connues dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie et dysgraphie est obsolète dans toutes les classifications psychiatriques en vigueur (...) » (Gilloots et al., 2016). Bock et al. mentionnent à ce sujet le rôle des « politiques de Santé publique (qui) ont placé au-devant de la scène les troubles du langage oral en favorisant la création sur l'ensemble du territoire des « Centres référents pour les troubles du langage » (Bock et al., 2017). En outre, la dénomination « trouble spécifique du développement du langage » est utilisée par Chevrié-Muller pour traduire le *SLI* anglo-saxon, tandis qu'elle réserve le terme « dysphasies » aux troubles spécifiques du langage oral graves (Soares-Boucaud et al., 2009). Habib affirme que « la notion de troubles spécifiques d'apprentissage (dans laquelle il inclut la dysphasie et les autres troubles du langage) et son corollaire, l'étude des mécanismes neurobiologiques à leur origine », ont émergé « dans le monde scientifique anglo-saxon des années soixante », avant de gagner « de manière plus ou moins consensuelle » les autres pays du nord de l'Europe du nord, puis la France (Habib, 2002). Dupuis-Gauthier date du début des années quatre-vingt le succès grandissant de ce type d'approche ; en France, jusqu'à cette date, l'étude des dysphasies était préemptée par les psychiatres et les linguistes (Ajuriaguerra ou Borel-Maisonny) « dans une approche psychopathologique et linguistique » (Dupuis-Gauthier, 2012). Soares-Boucaud fait, elle, une distinction entre chercheurs et cliniciens, en France : chez ces derniers, le terme « dysphasies » serait le plus utilisé (Soares-Boucaud et al., 2009).

1.2 : La locution « troubles spécifiques du langage oral » et son corollaire diagnostique, l'absence d'étiologie avérée et les critères d'exclusion

Nous venons de le voir, le début des années 2000 coïncide avec la création en France des Centres référents pour les troubles du langage à l'instigation des pouvoirs publics, sur

la base de données de la recherche scientifique vraisemblablement anglo-saxonne (où le terme « dysphasie / *dysphasia* » ne figure effectivement pas). A l'instar de la définition par exclusion proposée par Ajuriaguerra, le diagnostic des *SLI* repose sur un ensemble de critères dits « exclusifs » : « ils sont définis comme des troubles de production et/ou de compréhension du langage en l'absence d'étiologie avérée » (Schwartz, 2009, cité dans Avenet et al., 2016).

1.2.1 Le point sur le terme *specific* / spécifique

Dans la littérature francophone, nous rencontrons un grand nombre d'objections au sujet du terme « spécifique », et ce, dès le début des années 2000. Pour Monfort, la définition « par exclusion » qui sous-tend les dysphasies développementales « reconnaît un lien implicite avec un trouble qui serait spécifique au langage », alors qu'il peut coexister avec des capacités préservées ou pas, au développement « plus au moins » indépendant. Ce qui est problématique :

Les travaux de recherche sur les enfants dysphasiques présentent tous la même contradiction : ils acceptent comme point de départ la définition par exclusion c'est-à-dire une identification spécifique basée sur la pratique clinique professionnelle (de nombreuses études américaines justifient leur choix de populations par le critère d'un diagnostic réalisé par « un professionnel expérimenté et diplômé ASHA »), mais dont les termes renferment implicitement l'acceptation de principes théoriques tels que la conception modulaire du langage, le caractère endogène des troubles spécifiques ou la possibilité d'un patron sélectif de déficience (Monfort, 2000).

Outre une approche modulaire des différents aspects du langage, ce que Monfort reproche à ces travaux est que des déficits non verbaux soient fréquemment décrits chez les enfants dysphasiques et ce, sur la base « de corrélations statistiquement significatives mais (en l'absence de) correspondance systématique et consistante entre symptômes langagiers et déficits non verbaux ». Cela introduirait pour l'auteur « un certain doute » sur la spécificité de la dysphasie : ce n'est pas le bon terme pour qualifier ce type de trouble du langage (Monfort, 2000). Gérard lui aussi se montre critique à l'égard de la dénomination « troubles spécifiques du langage ». Il relaie les reproches des opposants de cette dénomination consistant à déplorer l'absence de prise en compte des troubles *non* spécifiques : « c'est particulièrement critique pour le psychiatre d'enfant qui sait que le trouble du langage est une manière commune d'exprimer les perturbations du développement ». Il prône « une vision dynamique » qui prévoit « différentes possibilités spécifiques et non spécifiques de

ne pas parvenir à la maîtrise de la modalité orale ». Dans cette approche, le trouble « non spécifique » est appelé « trouble du développement du langage oral, (une) situation mettant en jeu l'adaptation de l'individu par le fait *même* qu'il ne pas être en mesure de maîtriser ou d'utiliser le média oral ». Les troubles traditionnellement qualifiés de « spécifiques » désignent ceux qui rendent l'individu incapable de « dériver de la simple exposition au langage les règles syntaxiques, phonologiques et d'organisation du lexique » (Gérard, 2006). Gérard propose donc de réserver l'épithète « spécifique » aux enfants privés de « compétence langagière » et crée l'entité « troubles non spécifiques » pour désigner ceux chez qui l'atteinte dépasse la seule compétence linguistique.

D'autres auteurs invoquent les « connotations » véhiculées par le terme « spécifique » : il serait chargé de « significations secondes qui viennent s'ajouter au sens conceptuel, fondamental et stable, qui constitue la dénotation »³⁷. Invoquant des études récentes, Avenet et al. estiment que le terme « spécifique » est ainsi resté connoté par deux notions : celle de dissociation avec le quotient intellectuel non-verbal, et celle d' « absence de troubles associés ». Ce qui est problématique étant donné que « les deux critères ont été invalidés » (les batteries de test de langage et de mesure du quotient intellectuel non-verbal ne sont pas étalonnées sur les mêmes populations : Leonard, 2014 cité dans Avenet et al., 2016a). Pour Bock et al., la notion de « spécificité de la dysphasie » aurait plusieurs connotations : les auteurs se réfèrent ici à la définition de Georges Dellatolas pour qui « un trouble spécifique implique qu'il est non symptomatique, idiopathique et non épigénique » (Dellatolas et Peralta, 2007 cité dans Bock et al. 2017). Non symptomatique signifiant « qu'il n'est pas la conséquence d'un autre trouble déjà connu (déficit sensoriel, trouble envahissant du développement...) », Bock et son équipe évoquent alors les comorbidités³⁸ observées en présence de trouble spécifique du langage : la « spécificité » ne saurait désigner « l'atteinte élective d'une fonction instrumentale ». Rien de spécifique non plus quant au « processus pathologique » : Bock et son équipe soutiennent qu' « il y aurait des chemins multiples conduisant à l'acquisition du langage » et donc « plusieurs chemins bloqués » impliqués dans les troubles d'apprentissage du langage (Parisse et Maillart, 2009 cité dans Bock et al., 2017), ce qui remet en cause le caractère idiopathique³⁹ du trouble spécifique avancé par Delatollas. Concernant la genèse du trouble, « il y aurait un déficit génétique peu spécifique au départ, qui, du fait des conditions particulières de l'environnement rencontrées au cours du développement, tendrait à se porter davantage au détriment du langage oral » (Karmiloff-Smith, 1998 cité par Bock et al., 2017) : cela

³⁷ Définition de « connotation » dans le Larousse.

³⁸ Ce que Monfort qualifie plus haut de « symptômes non verbaux fréquemment observés chez les enfants dysphasiques ».

³⁹ « Idiopathique, c'est-à-dire qu'il repose sur un dysfonctionnement cérébral sans cause décelable. »

contredit encore Delatollas, pour qui un trouble spécifique est non épigénique. Les auteurs s'appuient en outre sur leur expérience clinique pour mettre par exemple en lumière « les intrications extrêmement fréquentes de la dysphasie avec des difficultés d'ordre psychoaffectif ». Ils relèvent que le *DSM* « recommande d'avoir recours à la notion de « comorbidité » ou « pathologie associée » et citent deux études anglophones qui font état d'une comorbidité psychiatrique⁴⁰ de prévalence élevée (supérieure ou égale à 50%) chez des enfants suivis pour troubles du langage. Bock et son équipe précisent que selon la CFTMEA, « les pathologies limites⁴¹ sont la comorbidité la plus fréquente », ce qui résonne avec la position théorique selon laquelle « les problématiques de séparation et d'abandon, qui sont centrales dans les pathologies limites, sont au cœur de l'acquisition du langage » (Golse, 2001 cité dans Bock et al., 2017).

Nous venons de le constater, la notion de spécificité interroge de nombreux auteurs, dans des disciplines différentes : orthophonistes, pédopsychiatres, ils sont nombreux à contester son utilisation quant à la qualification des troubles du langage chez l'enfant.

Pour d'autres, elle est au cœur d'un débat aux conséquences plus lourdes encore qu'une simple querelle terminologique. Le psychologue Yves Chagnon n'hésite pas à invoquer une « déferlante du spécifique » qui aboutirait à confondre « l'objet d'étude et la question de l'étiologie ». Pour Chagnon, il s'agit là d' « une confusion épistémologique majeure » qui revient à enfermer « ces enfants en difficulté grave avec le langage » dans « une étiologie étroite » alors qu'il conviendrait d'adopter « une double approche psychopathologique et cognitive, développementale ou neurologique » (Chagnon, 2009 cité dans Bock et al., 2017). De même, Dupuis-Gauthier estime que « trop souvent, ces troubles sont conçus de manière réductrice, sous leurs seuls aspects défectologiques et neurologiques » (Dupuis-Gauthier, 2012).

Comme en témoignent d'autres articles, le débat de la dysphasie se déplace donc du terrain phénoménologique au terrain épistémologique : après avoir observé empiriquement les manifestations de cette entité en les reliant à la théorie (médicale puis linguistique et neuropsychologique), on en questionne désormais le « statut ». En France, devant une origine étiologique restant « à découvrir », les psychiatres Boubilil et Contejean rechignent à employer le mot « pathologie » à l'endroit de la dysphasie, qu'ils préfèrent envisager comme un « syndrome », c'est-à-dire un « regroupement de symptômes » (Boubilil et Contejean, 1994 cité dans Bock et al., 2017). Même réticence chez Virole, qui ne conçoit pas les troubles du langage comme « des entités isolées » mais au contraire comme « impliquant des étiologies multiples » et « associant toujours les dimensions de la

⁴⁰ « En particulier des troubles anxiodépressifs et une hyperactivité »

⁴¹ « Dysharmonie évolutive, pathologie limite avec prédominance des troubles de la personnalité ou dépression liée à une pathologie limite »

perception, de la pensée et de la subjectivité ». Cette « détermination complexe » renvoie au concept précis de « complexité » tel que défini par Edgar Morin⁴² :

- « Sensibilité aux conditions initiales » : les troubles du langage dépendent effectivement du génome, première interactions psychoaffectives »
- « Historicité » : ils reflètent l'histoire clinique de l'enfant
- « Stabilité » : ils sont structurellement stables
- « Émergence » : ils présentent des facettes émergentes dans des espaces différents (sémiotique, cognitif, neurophysiologique, psychique).

La complexité des troubles du langage encourage en outre à la multidisciplinarité de la prise en charge afin de répondre aux multiples enjeux qu'elle met au jour (Virole, 2010).

Un questionnement autour du *SLI* s'est aussi manifesté dans la sphère scientifique anglo-saxonne. Nous en trouvons par exemple la trace dans un article anglophone qui critique la prétendue spécificité de ce trouble, et ce, dès 1996 (Goorhuis-Brouwer & Wijnberg-Williams, 1996). Dans un autre article, Kahmi, s'interrogeant sur le nom qui devrait être donné aux troubles du langage, souligne aussitôt qu'envisager une unanimité dans ce domaine est « irréaliste » étant donné la variété des groupes qui s'intéressent à ces phénomènes (« chercheurs, cliniciens, parents, éducateurs »). Il invoque « la pléthore de termes variés pour étiqueter ces enfants (porteurs de troubles du langage) » pour expliquer « la confusion » à l'heure de déterminer « quels enfants sont atteints et quel nom devrait être donné à ces troubles » (Kamhi, 1998).

Le retrait du *SLI* du *DSM-5* semble avoir mobilisé à nouveau la communauté scientifique anglo-saxonne : « la décision de ne pas inclure le *SLI* dans le *DSM-5* a provoqué beaucoup de débats et d'inquiétudes » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Reilly introduit sa réflexion sur le sujet en rappelant que le diagnostic ou l'identification du « *caseness*⁴³ » repose sur « la compréhension de l'écart par rapport à la norme en termes de signes, symptômes et/ou résultats issus de tests, qu'ils soient physiologiques ou comportementaux ». Puis elle affirme que les outils diagnostiques en matière de troubles neurodéveloppementaux « ne sont pas équivalents » et les répartit en trois catégories :

- « Syndromes à l'étiologie connue comme par exemple les syndromes de l'X fragile ou de Williams (ce qui implique l'existence d'un test diagnostique biologique) » ;
- « pathologies non syndromiques d'étiologie inconnue » mais mises en évidence par des tests objectifs : par exemple le *SLI* ou la dyslexie »;

⁴² Morin, E. (1990) *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF éd.

⁴³ Néologisme pour qualifier ce qui « fait cas » ou constitue une pathologie

- « pathologies non syndromiques révélées par la mise en œuvre d'échelles d'évaluation subjective ou issues d'un avis clinique : le Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité ou les Troubles du spectre autistique, par exemple ».

Concernant le diagnostic du *SLI*, Reilly déplore l'absence de « *gold standard*⁴⁴ » : cela serait dû au fait que les « indicateurs diagnostiques optimaux restent à identifier et à tester dans des études épidémiologiques » (Meehl 1992, 1999 cité dans (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Une fois cette étape menée à bien, « le défi suivant sera de classer les symptômes convenablement afin d'identifier un diagnostic et d'écarter les autres ». Ceci est particulièrement complexe dans le cas des troubles du langage, eux-mêmes faisant figure de « symptômes principaux de certains troubles neurodéveloppementaux (autisme, syndrome de l'X fragile, par exemple) et de comorbidité dans d'autres (Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité ou dyslexie, par exemple) » (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

Prenant le contre-pied de Reilly, Bock et son équipe appellent à « conserver à la dysphasie son statut syndromique » : ils veulent adopter, en particulier dans le champ de la psychopathologie infantile, un « point de vue transnosographique » qui leur permette de « poser un diagnostic de syndrome dysphasique chez des enfants présentant des psychoses infantiles ou des dysharmonies psychotiques » (Bock et al., 2017) . Ils concluent en rapportant la position de Bishop sur le sujet : les troubles spécifiques du langage (observés dans le cadre d'études de jumeaux) ne constituent pas « un trouble distinct » mais se situent, « au sein du continuum des habiletés langagières », dans la limite inférieure, et sont « probablement dus à une multitude d'influences de faible magnitude, à la fois génétiques et environnementales » (Bishop, 2009 dans Bock et al., 2017).

1.2.2 L'absence d'étiologie avérée

Certains auteurs trouvent dans la carence d'étiologie originelle l'explication de la promotion au rang de handicap des troubles du langage de l'enfant. Reilly et al. imputent en effet à la nouvelle définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé en 1948 l'approche inédite dont ont bénéficié ces troubles. L'OMS ne considère plus la santé comme « l'absence de maladie » mais comme un « état de bien-être tant sur les plans physique, qu'intellectuel et social ». Ce recentrage sur les aptitudes de la « vie quotidienne » n'est pas sans conséquence pour le *SLI*, qui voit son diagnostic étendu aux déficits dans les domaines du bien-être et des apprentissages scolaires ce qui contrebalance l'absence d'étiologie médicale. Il valide en outre le concept d' « *impairment* »

⁴⁴ Diagnostic de référence

(déficience, trouble) et positionne le *SLI* dans le champ du handicap (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

En France, Welniarz arrivait à un constat similaire treize années en arrière : « ce qui semble se profiler c'est que l'ignorance de l'étiologie du trouble dysphasique va permettre de n'en prendre en compte que (les) implications sociales (...) » et déplorait « un clivage entre la dimension du soin, de la maladie et celle du handicap » (Bernard Welniarz, 2001). Pour Roy en effet, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé⁴⁵ qui différencie déficiences, incapacités et désavantages a permis de s'extraire du « raisonnement linéaire médical » (étiologie, sémiologie, traitement) et accordé une place grandissante aux paramédicaux dans les prises en charge, sur la base de « l'analyse directe des incapacités et de leur traitement » (Roy, 2013).

Outre l'élargissement du concept de santé à des critères autres que médicaux, Reilly et son équipe attribuent l'avènement des « troubles/déficiences du langage » (*language impairment*) à des « changements sociétaux majeurs ». Les auteurs mettent en parallèle l'accroissement du nombre de « *white collars* » (employés de bureau) versus le nombre de « *blue collars* » (ouvriers) ces soixante dernières années et « les exigences en termes de bonnes capacités oratoires et en langage écrit » (Ruben, 2000 cité dans Reilly et al., 2014). En d'autres termes, « les sociétés du 19^e siècle et de la première moitié du 20^e siècle n'auraient jamais qualifié d'handicapée et d'inemployable une personne présentant un problème de langage ».

Pour Morel, nos sociétés modernes sont le théâtre d'un autre processus, capable d'expliquer lui aussi les répercussions toujours plus importantes des troubles du langage chez le jeune enfant :

L'émergence de l'enfance comme âge de la vie préservé du monde du travail et consacré aux apprentissages nécessaires de la vie en société, puis l'apparition de savoirs (en particulier d'origine médicale, psychologique et pédagogique) soulignant le caractère décisif des premières années de la vie pour le développement ultérieur.

Le sociologue français met ici en parallèle le changement de statut de l'enfant et l'amélioration des connaissances en matière de développement infantile : ces deux paramètres rendent d'autant plus insupportables l'échec scolaire et son corollaire, la mise en danger de la réussite sociale (Morel, 2012).

Pour d'autres auteurs, situés dans le champ médical, cette « absence d'étiologie repérable » n'est que temporaire : si « elle rend difficilement acceptable un handicap aussi

⁴⁵ Publiée pour la première fois en 1980 par Philip Wood puis révisée en 2001

lourd en termes de communication orale et de répercussions sur la vie de l'enfant et de sa famille, elle est le moteur d'une recherche visant à « préciser le poids de la génétique (caractère inné du langage) et celui de l'environnement (caractère acquis du langage) » (Uzé & Bonneau, 2004). Nous pouvons aussi lire qu'une hypothèse compatible avec un « déterminisme polygénique ou multifactoriel » est à l'étude et ce, grâce à l'identification de plusieurs « loci⁴⁶ » même si « aucun gène candidat n'a encore été retenu » (Soares-Boucaud et al., 2009).

Mais la révélation d'une causalité génétique semble tarder.

Les articles les plus récents, francophones ou anglophones, issus des champs médical ou psycholinguistique, sont en effet très réservés quant à une causalité génétique des troubles du langage chez l'enfant. Pour Bock et son équipe, « aucune donnée expérimentale ne se dégage avec certitude quant à l'implication d'un ou plusieurs gènes particuliers dans l'étiologie des troubles spécifiques du langage » (Bock et al., 2017). Reilly se livre à un examen approfondi de la recherche génétique en matière de dysphasie : elle a d'abord reçu un soutien massif de théoriciens des sciences du langage comme Chomsky, Pinker et Van Der Lely, promoteurs de la notion de *SLI* « en tant que trouble langagier déterminé génétiquement ». Cette théorie a culminé avec l'étude de la famille *KE*, dont plusieurs membres présentaient à la fois un trouble très spécifique du langage au niveau grammatical et une mutation du gène *FOXP2* (Gopnik, 1990 et Pinker, 2001 cités dans Reilly et al., 2014).

A ce jour pourtant, de telles mutations n'ont pas été retrouvées chez les porteurs de *SLI* dans la population générale, pas plus que les porteurs de la mutation génétique dans la population générale n'ont présenté de troubles du langage, limités à la grammaire ou pas (Turner et al. cité dans Reilly et al., 2014).

Reilly et son équipe rapportent par ailleurs les résultats de plusieurs études de génétique comportementale ⁴⁷ portant chacune sur plusieurs centaines de jumeaux : « elles fournissent toutes des preuves robustes contre la notion selon laquelle les enfants porteurs de *SLI* auraient un même bagage génétique impliquant des gènes aux effets spécifiques sur les modules langagiers ».

Ils se montrent plus confiants dans les progrès de l'imagerie cérébrale qui permettent « d'observer les déficits neurologiques contribuant au *SLI* » (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

⁴⁶ Locus (loci au pluriel) : fragment séquentiel invariant d'un chromosome

⁴⁷ Branche de la génétique qui porte sur l'étude des interactions entre phénotypes comportementaux et génotypes.

Nous verrons plus loin comment ces marqueurs -biologiques- sont envisagés, avec d'autres, comme autant de critères « d'inclusion » du *SLI*.

1.2.3 Les critères d'exclusion

En attendant, nous constatons que l'absence d'étiologie avérée fonctionne souvent de pair avec l'existence de critères d'exclusion.

Les critères d'exclusion figurant par exemple dans le *DSM-4*⁴⁸ sont : « un trouble envahissant du développement, un trouble autistique, un retard mental causal, un déficit moteur causal affectant la parole, un déficit auditif ou un autre déficit sensoriel causal, une carence causale sévère de l'environnement ». Pour Reilly et al., l'application de tels critères d'exclusion a eu le mérite de « rétrécir le phénotype » des troubles du langage, ce qui explique le choix de la dénomination *SLI* par les chercheurs anglo-saxons : des « groupes homogènes ordonnés » ont ainsi pu être étudiés (Reilly, Tomblin, et al., 2014). C'est ce que valorise Gérard dans le cas particulier du retard intellectuel : il justifie son exclusion du diagnostic de dysphasie dans la mesure où « les programmes rééducatifs pour le langage n'ont pas apporté de résultats significatifs lorsqu'ils ont été évalués dans les troubles du langage associés à un retard mental » (Gérard, 1993, cité dans Bock et al., 2017).

Cette position ne fait pas l'unanimité, nous y reviendrons plus loin.

En dépit de l'avantage qu'ils concèdent aux critères d'exclusion, Reilly et son équipe se font très critiques à leur égard : après avoir relevé sur la plupart des sites internet consacrés au *SLI* l'assertion selon laquelle « ces troubles se manifestent en l'absence d'autres déficits », ils jugent ce positionnement « dépassé » et « peu judicieux »⁴⁹. Les auteurs se positionnent d'emblée contre le fait qu'« une maladie comme le *SLI* n'émanerait pas d'un déficit neurologique ». Selon eux, il est évident que le critère excluant un déficit neurologique a été retenu en référence à « un trouble congénital ou acquis correspondant à une lésion cérébrale ». Reilly et son équipe ajoutent que « les progrès en imagerie cérébrale permettent désormais d'observer les déficits neurologiques contribuant aux *SLI* », ce qui fait écho à la remarque de Rapin en 2003 sur le fait que « bon nombre d'atteintes cérébrales structurelles ne sont pas visibles dans ces examens » : la preuve de l'existence d'un tel déficit viendra tôt ou tard expliciter l'étiologie du *SLI* (Rapin et al., 2003 cité dans Bock et al., 2003). En outre, ils estiment que les critères d'exclusion n'ont pas une nature homogène : ils « s'échelonnent de ceux qui devraient être exclus d'office au terme de l'examen préalable (trouble du spectre autistique, surdité, anomalies structurelles de la

⁴⁸ *American psychiatric association*. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : texte révisé, 4^e éd., Paris : Masson ; 2003

⁴⁹ « *outdated but also make little sense* »

cavité buccale par exemple) à ceux qui ont à voir avec la causalité (les troubles neurologiques par exemple) ». Ils leur reprochent également de « varier selon les études ». Ils affirment que de nouveaux critères, d'inclusion cette fois, tels « la précarité sociale », « un environnement de langue non anglaise » et « les conditions psycho-sociales » devraient apporter leur contribution à l'établissement du diagnostic du *SLI*.

Ils passent alors en revue cinq critères classiquement vus comme excluant le diagnostic de *SLI* pour mieux souligner ce qui est parfois la consubstantialité des premiers avec le second. Concernant le premier critère, la précarité sociale, ils fournissent et commentent les résultats de trois études de grande ampleur portant sur l'impact des critères socio-économiques sur le langage d'enfants de cinq ans : « les performances aux tests de langage s'améliorent à mesure que la position sociale s'élève ». Reilly et al. déplorent le fait que les enfants des milieux sociaux défavorisés demeurent absents des études sur le *SLI* à proprement parler. Pour les auteurs, « ce point a pu être recevable à l'époque où on s'efforçait de démontrer que les troubles du langage pouvaient advenir même dans un environnement stimulant et où les paradigmes théoriques suggéraient que la causalité du *SLI* était intrinsèque à l'enfant (qu'elle soit biologique, psycholinguistique ou génétique) » ; il est temps de le dépasser. Reilly et son équipe examinent ensuite un deuxième critère d'exclusion : les épisodes d'otite moyenne. Selon eux, cette affection ne devrait plus être incompatible avec un diagnostic de *SLI* dans la mesure où elle est extrêmement répandue chez les enfants. D'autre part, « environ la moitié des enfants atteints d'otite moyenne ont une perte auditive nulle » ou alors si faible qu' « elle n'entrave pas le développement du langage ». Enfin, Reilly et al. citent une étude (Robert et al., 2004, 2006 cité dans Reilly et al., 2014) qui établit que « même les enfants atteints d'une otite moyenne de longue durée ont un fonctionnement langagier, académique et social similaires à celui de leurs pairs pas ou peu éprouvés par cette maladie ». Troisième critère d'exclusion envisagé par les auteurs, « les anomalies orales structurelles et fonctionnelles (les fentes labiale et/ou palatine ainsi que les difficultés de coordination des mouvements oro-faciaux) » ne sont pas non plus retenues comme engendrant des troubles du langage mais plutôt envisagées comme des « comorbidités » dans le cadre de certains syndromes. Le bilinguisme est le quatrième critère d'exclusion étudié et rejeté par Reilly et al. en raison du contexte international actuel, fait d'interculturalité et de migrations. Dans un cinquième et dernier point, les chercheurs s'intéressent « aux relations entre *SLI* et troubles du spectre autistique ». Ils rapportent le débat qui oppose depuis des années les tenants d'un « chevauchement⁵⁰ » des frontières délimitant les deux sortes de troubles (Tager-Flusberg et Joseph, 2003 cité dans Reilly et al., 2014) et les défenseurs d'une séparation nette entre eux (Bishop, 2000 cité dans Reilly

⁵⁰ « *overlapping* »

et al., 2014). Incapable de conclure à une étiologie partagée, Tomblin a préféré continuer à envisager les troubles du spectre autistique comme un groupe distinct, rapportent Reilly et son équipe (Tomblin, 2011 cité dans (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Ils concluent en appelant de leurs vœux la conduite d'« études épidémiologiques qui incluent des populations d'enfants porteurs de ces troubles aux frontières si ténues⁵¹ ». Notons que le *DSM-5* tranche la question en cessant de considérer le trouble du spectre autistique comme un critère d'exclusion du trouble du langage ; « dans le paragraphe comorbidité, le trouble du langage oral est rapporté comme fréquemment associé au trouble du spectre de l'autisme » (Avenet et al., 2016a).

Dans un autre registre, certains auteurs français, dont des pédopsychiatres, s'insurgent contre l'exclusion des « perturbations psychoaffectives profondes » du diagnostic de dysphasie chez un enfant « présentant d'importants troubles du langage » : pour Welniarz par exemple, « un enfant simplement dysphasique (...) est une construction intellectuelle » (Bernard Welniarz, 2001). Danon-Boileau relève dans « la plupart des descriptions nosographiques » « deux fois deux ordres de dysphasie chez l'enfant » : d'une part celle où « l'absence de langage constitue le symptôme essentiel » et d'autre part celle où « elle est un trouble associé ». Dans le premier groupe, l'auteur considère que la dysphasie « présente une certaine parenté avec l'aphasie de l'adulte », tandis que dans le second groupe « la dysphasie s'oriente vers l'autisme et la psychose infantile ». Il précise néanmoins que le trouble « à polarité aphasiologique n'est nullement dépourvu d'incidences psychologiques » dans la mesure où un enfant qui parle mal et comprend mal voit sa relation à autrui perturbée et « la confiance qu'il peut avoir en sa propre pensée entamée » (Danon-Boileau, 2000). Diatkine va plus loin et affirme qu'il n'est pas pertinent de distinguer deux pôles de dysphasies : l'un constitué par les enfants présentant des troubles sévères du langage « avec par ailleurs une appétence à la communication » et l'autre formé par les enfants souffrant « de psychoses infantiles provoquant des désordres graves du langage ». Il préconise d'être plutôt « attentif à trois axes de références » : l'appétence de l'enfant à la communication, la qualité de ses énoncés (juxtaposés ou inscrits dans un déroulement temporel), la propension de son langage à être « un organisateur dans son fonctionnement psychique » (Diatkine, 2004 cité dans Brémaud, 2013).

Le retard intellectuel est un autre point de discordance important parmi les critères d'exclusion des troubles spécifiques du langage oral. Parisse et Maillart invoquent des études qui montrent que rien ne distingue les enfants présentant un trouble sévère du langage avec un QI entre 70 et 85 et ceux présentant un TSLO avec un QI supérieur à 85, ni en termes

⁵¹ "overlapping disorders"

de « caractéristiques des troubles » ni en termes d' « efficacité des rééducations des langages » (Parisse et Maillart, 2009 cité dans Bock et al. 2017). Reilly et son équipe parviennent à la même conclusion que les chercheurs français : « à ce jour, il n'y a pas de preuve formelle » que des enfants avec un QI non verbal supérieur répondent mieux à la rééducation langagière que leurs pairs moins bien dotés en termes de QI non verbal ». Ces chercheurs précisent que la littérature « ne fournit plus les preuves de la sensibilité de la rééducation au critère de divergence entre QI verbal et non verbal ». Ils concluent que « l'application stricte de critères d'exclusion et de seuils arbitraires a un impact majeur et qu'il n'est pas souhaitable d'ériger une spécificité *perçue* en critère d'allocation de ressources compensatoires » (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

Voyons à présent si les différentes classifications disponibles contribuent à améliorer la lisibilité des troubles du langage survenant chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée.

1.3 : Les sous-catégorisations des TSLO ou SLI

1.3.1 Les classifications empiriques

Nous relevons une certaine unanimité quant à la composition des sous-groupes identifiés depuis la classification princeps de Rapin et Allen⁵², ce qui paraît logique dans la mesure où ils « recouvrent schématiquement la nature de la difficulté rencontrée » par les enfants en souffrance avec le langage (Boublil, 2009). Respectivement neuro-pédiatre et psycholinguiste du développement, Rapin et Allen se livrent en 1983 à « un des premiers essais de regroupement syndromique des troubles spécifiques du langage » aux États-Unis, sur une base symptomatique (Bock et al., 2017). Pour Dupuis-Gauthier, cette classification des dysphasies est considérée « par la majorité des auteurs comme un évènement marquant l'histoire de ce trouble, tant sur les plans du diagnostic que de la prise en charge ». La psychologue française date en effet du début des années quatre-vingt le succès grandissant de ce type d'approche, succès qu'elle attribue à « son inscription dans une épistémologie neurobiologique où les dysphasies sont décrites par exclusion, dans une perspective neurolinguistique, à partir de l'hypothèse d'une étiologie organique cérébrale ». En France, jusqu'à cette date, l'étude des dysphasies était préemptée par les psychiatres et les linguistes (Ajuriaguerra ou Borel-Maisonny) « dans une approche psychopathologique et linguistique » (Dupuis-Gauthier, 2012). Gérard « retient cinq sous-types qui recoupent ceux de Rapin et Allen » mais ne retient pas la dyspraxie verbale. Au Québec, Lussier et Flessas et en Belgique Maillart et Schelstraete « s'appuient sur la

⁵² « Elles distinguent six profils de troubles langagiers: le syndrome phonologico-syntaxique et l'agnosie auditivo-verbale, le trouble de programmation phonologique et la dyspraxie verbale, le syndrome lexico-syntaxique et le syndrome sémantique pragmatique ».

classification princeps » (de Rapin et Allen) (Gérard, 2003 ; Lussier et Flessas, 2009 ; Maillart et Schelstraete, 2012 cités dans Bock et al., 2017).

Ces classifications empiriques et les sous-catégorisations qui en découlent ne sont pas pour autant exemptes de critiques. Certains auteurs leur reprochent par exemple « une instabilité dans le temps » (Bock et al., 2017). Une étude de chercheurs anglais qui ont tenté d'établir « des formes cliniques au sein des troubles spécifiques du langage oral (TSLO) sur la base de procédés statistiques » révèle ainsi qu'un an après la passation de six tests de langage par une cohorte de 242 enfants de sept ans présentant un TSLO et leur répartition en cinq sous-groupes recoupant « globalement ⁵³» la classification clinique de Rapin et Allen, 45% des enfants ont changé de groupe dans l'intervalle (Conti-Ramsden et Crutchley, 1997 cité dans Bock et al., 2017). Ces mêmes résultats, commentés cette fois par Avenet et al., permettent à Conti-Ramsden et Crutchley de conclure que les profils langagiers décrits dans la classification princeps sont « des étapes développementales (sensibles au développement comme à l'intervention thérapeutique), qui s'opposent donc à la notion de syndrome » (Avenet et al., 2016b). Bock et al. ne disent pas autre chose quand ils soulignent que la mise en lumière d'une forme clinique de dysphasie est avant tout « le reflet de la maturation du langage de l'enfant à un instant donné », qui pourra servir au moment de définir les axes pour la rééducation orthophonique (Bock et al., 2017). L'évolutivité est un point à relativiser, selon Gérard : « si les aspects formels du déficit linguistique changent radicalement au cours du temps, les contraintes cognitives sous-jacentes singulières persistent ». Pour le psychiatre français, le modèle d'aphasiologie adulte fourni par Crosson permet d'établir des corrélations anatomo-fonctionnelles dans les troubles du langage chez l'enfant (Gérard, 2011 cité dans Avenet et al., 2016b). Pour Bishop, le problème de ces taxonomies est qu'elles « laissent des enfants sans classification » tandis qu'elles sont inaptées à proposer des « sous-groupes purs », regroupant des enfants aux troubles strictement comparables. C'est un argument en faveur d'un « modèle multidimensionnel » des troubles qui décrirait « une variation continue de la composante langage et des capacités de lecture et d'écriture plutôt que des catégories distinctes » (Bishop et Snowling, 2004 cité dans Wolf Nelson, 2016).

Ce qui est en outre critiqué dans ces classifications, c'est une « variabilité » des critères retenus tant au niveau scientifique que clinique : ils varient non seulement « selon les études menées » mais aussi dans leur application « pratique » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Sur la base d'une revue de la littérature concernant « les dilemmes diagnostiques qui accompagnent le diagnostic de TSLO », Bishop propose de distinguer « les TSLO dits « typiques », de la dyspraxie verbale, de l'agnosie auditivo-verbale et du trouble

⁵³ « Seul le sous-type agnosie auditivo-verbale n'apparaît pas ».

pragmatique du langage ». Par TSLO « typiques », elle entend des « troubles phasiques formels » avec un développement morphosyntaxique déficitaire auquel s'associe, de façon variable, un déficit lexical, sémantique, phonologique ou réceptif (Bishop, 2004 cité dans Avenet et al., 2016b). Face à l'abondance des classifications, cette distinction opérée par Bishop offre « une forte cohérence » ainsi que la « stabilité diagnostique dans le temps » (Parisse et Maillart, 2009 cité dans Avenet et al., 2016b). Se référant aussi à Bishop, mais également à la littérature francophone, Bock et al. ne retiennent que « les grandes catégories de dysphasies » suivantes : la dyspraxie verbale, les troubles de la pragmatique langagière et la dysphasie linguistique (Bock et al., 2017).

1.3.2 Les classifications nosographiques internationales

La CIM 10⁵⁴ inscrit les « troubles spécifiques du développement du langage et de la parole » dans la classe des « troubles du développement psychologique » et les répartit principalement entre « trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation », « troubles de l'acquisition du langage de type expressif et de type réceptif ». Ces trois sous-catégories sont « quasiment superposables » à celles décrites dans le *DSM-4* sous l'appellation « troubles de la communication » (Avenet et al., 2016b). Dans sa dernière version, soit dix-neuf ans après le *DSM-4*, le Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux⁵⁵ procède en revanche à de nombreux remaniements. Il regroupe les deux entités « trouble expressif » et « trouble mixte expressif-réceptif » en une seule, intitulée « trouble du langage » et les distingue du « trouble de la communication sociale » et du « trouble de la parole » ; « le critère de dissociation avec les performances intellectuelles non verbales n'est plus retenu » ; « le trouble du spectre autistique n'est plus un critère d'exclusion ». Selon Avenet et al., les troubles du langage sont désormais abordés par le biais des notions de « continuum de sévérité » et de « course développementale »⁵⁶ ; ils appartiennent à la catégorie des troubles de la communication dans le chapitre des troubles neurodéveloppementaux. Les classifications nosographiques peuvent se prévaloir d'une démarche standardisée et objective et fournissent aux chercheurs une « terminologie universelle » partageable entre cliniciens et chercheurs. Mais ces auteurs soulignent aussi la vision « simplifiée voire artificielle du réel » peu compatible avec la complexité de ce type de trouble (Avenet et al., 2016a). En outre, les remaniements dont les cadres

⁵⁴ Dernière version de la Classification internationale des maladies, publiée par l'OMS en 1994

⁵⁵ *American psychiatric association. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5). Washington DC, London: American psychiatric association publishing; 2013*

⁵⁶ Parcours développemental (*developmental course*)

nosographiques sont le théâtre seraient vecteurs de confusions (Lenoble, 2016). En résumé, les classifications (qu'elles soient empiriques, nosographiques ou statistiques) recèlent « intérêts et limites ». Si elles offrent les avantages respectifs de proposer des critères d'inclusion et de comparer les profils langagiers, de viser à la standardisation, à l'objectivité des pratiques et à l'universalisation de la terminologie, de prétendre à la validation statistique des observations cliniques, « elles semblent insuffisantes considérées isolément, pour une démarche de compréhension des troubles » (Avenet et al., 2016b).

1.4 : La terminologie adoptée dans la société et ses répercussions

1.4.1 Le choix de terminologie par les pouvoirs publics

En étudiant la terminologie employée par les acteurs de l'éducation en France, on relève par exemple que le rapport⁵⁷ rédigé par un inspecteur d'académie (Ringard et al., 2000) constate que « les dysphasies (ne sont) jamais ainsi dénommées dans trois systèmes communément admis de classification des troubles » (CIM 10, *DSM-4* et Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages) et argue que le terme « dysphasie » n'est plus utilisé dans « la littérature de recherches ». Si le mot « dysphasie » figure encore dans le titre du rapport Ringard⁵⁸, c'est un « plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » qui « est remis aux ministres concernés » en mars 2001 avant que « la DHOS⁵⁹ publie une circulaire relative à la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques de l'apprentissage du langage oral et écrit » en mai 2001 (Welniarz, 2001). Ce rapport s'appuie sur le cadre réglementaire fourni par trois textes de référence⁶⁰ qui établissent, selon Ringard, que « la France reconnaît l'existence de déficiences du langage et de la parole en tant que déficiences du mode de communication ». Ringard estime « qu'il est essentiel d'avoir à l'esprit que ces textes, comme d'ailleurs les systèmes de classifications internationales différencient des troubles et non des personnes et qu'une déficience du langage oral et écrit peut être plus ou moins handicapante » (Ringard et al., 2000). Ce qui fait dire à Welniarz que « (ce rapport) s'appuie sur ces définitions de troubles spécifiques issus du *DSM-4* et de la CIM 10 : dysphasie de

⁵⁷ Ce rapport recommande la création « d'un réseau de santé et de centres spécialisés (...) compétents pour réaliser des diagnostics différentiels complets (...) » des troubles du langage chez l'enfant.

⁵⁸ « A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique »

⁵⁹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins

⁶⁰ L'arrêté du 9 janvier 1989, le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées fixé par décret du 4 novembre 1993 et la note de service du 25 janvier 1990 qui porte sur les recommandations et mesures en faveur des élèves rencontrant des difficultés particulières dans l'apprentissage oral et du langage écrit.

développement⁶¹ (*specific language impairment* ou *SLI*)⁶², trouble de l'expression écrite (*DSM-4*) ou trouble spécifique de l'orthographe (CIM 10) » (Welniarz, 2001). Logiquement, depuis le début des années 2000, c'est donc un diagnostic de « trouble spécifique du langage oral » que reçoivent les parents d'enfants présentant des signes de déviance au niveau du langage oral, en l'absence d'étiologie avérée.

1.4.2 Le « trouble spécifique du langage oral » et ses représentations dans la société

Nous avons vu comment la transformation des « dysphasies » en « troubles spécifiques du langage » s'est accompagnée d'un changement de paradigme : c'est désormais à la notion de handicap que renvoient ces troubles, ce qui ne va pas sans un changement des représentations parentales concernant les difficultés liées à l'avènement du langage chez leur enfant. Pour Roy, il faut prendre en considération avant toute chose le fait que « le regard sur le handicap » s'est modifié dans nos sociétés contemporaines, qu'il soit porté par les parents ou la communauté des soignants. Depuis les années quatre-vingt et « l'avènement de la biologie moderne et de la génétique médicale », « l'humain (...) a rejoint le règne animal via son génome et son cerveau », tandis que le déterminisme social a fait place au « déterminisme biologique ». « L'homogénéisation épidémiologique » héritée des classifications nosographiques nord-américaines et portée par le corps médical a supplanté les classifications cliniques francophones, modifiant sensiblement les référentiels sur le handicap. Il s'en est suivi une « inflation des pathologies » due selon Roy à l'abaissement des seuils des critères d'évaluation, visant certes à l'amélioration de la prévention, mais aussi « dicté par les firmes pharmaceutiques ». Outre l'agencement des cadres nosographiques, c'est l'organisation des soins qui s'est vue remodelée et ce, pour aboutir à la loi de 2005⁶³ et « son principe de non-discrimination ». En retour, les professionnels « sécurisés par leur nosographie » ont été en mesure de ressentir de « l'empathie » pour les parents d'enfants atteints de handicap sans tomber dans les deux sentiments extrêmes éprouvés auparavant (« compassion ou distanciation »). Les parents, éclairés par « les nouvelles catégorisations diagnostiques des handicaps » et les recherches sur internet, « mettent des mots sur ce qui jusqu'alors était indicible, flou » : ils reportent, « momentanément, la question des responsabilités de la famille sur le dysfonctionnement neurologique avéré ou supposé de l'enfant » (Roy, 2013).

⁶¹ L'auteur crée ici la locution « dysphasie de développement » qui n'existe telle quelle ni dans le *DSM-4* ni dans la CIM 10

⁶² On doit le *specific language impairment* ou *SLI* à Leonard et Fey et non aux classifications nosographiques

⁶³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Pour Morel, « l'étiquetage des difficultés de l'enfant est souvent un moment pivot » du vécu des parents car il s'agit à leurs yeux de « faire reconnaître aux enseignants que les difficultés de l'enfant sont indépendantes de sa volonté et de (la leur) et de les convaincre de la nécessité d'adaptation pédagogique ». Pourtant, cette « solution miracle » se transforme en « désenchantement » après plusieurs années de consultation en service hospitalier, quand la « normalisation scolaire » se fait attendre et que persistent « des hypothèses « psys » culpabilisantes pour les parents » (Morel, 2012).

Reilly et son équipe s'interrogent précisément sur la portée du diagnostic de *SLI* auprès des familles d'enfants concernés par le trouble. Ils rapportent les résultats d'une enquête britannique menée au sein d'une association de parents qui établit que l'utilisation de termes tels que « retard de langage » peut impliquer à leurs yeux que le problème « est transitoire et passera avec l'âge ». Les parents jugent les locutions *SLI* et « trouble du langage » « sans crédit en dehors du monde de l'orthophonie ». Ils ressentent « de la frustration qu'aucun terme à consonance plus franchement médicale n'existe » (Lascelles, 2013 cité dans Reilly et al., 2014). Reilly conclut en ajoutant qu'en Australie et en Irlande par exemple, les critères d'exclusion propres au *SLI* établis par la recherche ont servi de socle à l'éligibilité aux prestations compensatoires et aux aménagements scolaires : de nombreux enfants se sont ainsi vu notifiés leur inéligibilité en raison d'un trouble jugé non « spécifique » ou pas assez marqué. Kahmi explique de son côté que des termes comme « trouble », « déficience », « retard », « incapacité » peuvent avoir pour les parents, par exemple, une autre signification que pour les professionnels : ainsi, « trouble » et « déficience » ont des connotations « plus négatives » que « retard », chez les parents. Les professionnels choisiraient en quelque sorte le terme qu'ils emploient en fonction de leur interlocuteur, ce qui rajouterait à la « confusion » ambiante (Kamhi, 1998).

1.5 : De la volonté de dépasser les querelles terminologiques et diagnostiques

Les articles les plus récents concernant la confusion terminologique et diagnostique liée à ce type de trouble expriment la volonté de dépasser les désaccords pour préconiser de nouvelles façons de voir et de faire.

1.5.1 Les troubles du langage, limite inférieure d'un « continuum langagier » ?

Plus de trente ans après « l'invention » du *SLI*, Leonard, qui n'a cessé de publier sur le sujet⁶⁴, livre sa propre définition du trouble :

⁶⁴ *PubMed* recense soixante-dix-huit articles de Leonard entre 1999 et 2017.

Les enfants avec trouble spécifique du langage (*SLI*) ont des habiletés langagières perturbées, alors qu'ils entendent normalement, obtiennent des scores attendus chez les enfants de leur âge aux tests d'intelligence non verbale, et ne présentent ni lésion ni pathologie cérébrale. Ces enfants ne relèvent pas du spectre des troubles autistiques et n'ont pas d'anomalies structurelles orales qui pourraient les empêcher de recourir de façon adéquate à la parole.

Au moment de spécifier en quoi les enfants avec *SLI* diffèrent de leurs pairs « normo-typiques », Leonard renonce à tracer « des lignes de démarcation nettes » entre les deux groupes. Certes les enfants avec *SLI* ont « un rythme de développement langagier plus lent que leurs pairs et sont plus vulnérables aux difficultés propres à la langue qu'ils sont en train d'acquérir » : cela peut se traduire par des « faiblesses » dans les domaines morphosyntaxique et phonologique. Pour autant, « ces vulnérabilités pourraient constituer le point le plus bas d'un continuum des habiletés langagières plutôt que les marqueurs d'une pathologie dissociée » (Leonard, 2014). Bock relève également dans la littérature l'inscription des troubles spécifiques du langage « dans un continuum entre le normal et la pathologique » et ce, concernant les aptitudes langagières (Bishop, 2009 ; Plomin et al., 2002 cité dans Bock et al., 2017) comme les pathologies associées. En effet, quand des troubles du langage sont associés à des maladies génétiques ou des lésions cérébrales, ils ne diffèrent pas toujours - qualitativement - de ceux qui relèvent d'une dysphasie (Bates, 2004 cité dans Bock et al., 2017). Même remarque pour les troubles du langage associés à des troubles envahissants du développement (Tuchman et al., 1991 cité dans Bock et al., 2017).

1.5.2 Les « trajectoires langagières », un nouveau marqueur des *SLI* ?

Ayant longuement démontré les limites des critères d'exclusion, Reilly et al. envisagent l'hypothèse de critères d'inclusion, « marqueurs biologiques » et « marqueurs cliniques comportementaux ».

Sur le plan neurologique, ils rapportent le consensus qui établit qu'il y a eu « un défaut de spécialisation du langage dans l'hémisphère cérébral gauche » chez les enfants atteints de *SLI*, sur la base des progrès réalisés en Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle et structurelle. Prudents, ils recommandent toutefois de procéder à la confirmation de ces résultats par le biais d'une étude de cohorte⁶⁵ mêlant les enfants avec

⁶⁵ Étude statistique prospective de type longitudinale généralement fondée sur deux groupes de sujets.

troubles du langage (spécifique et non spécifique) et les enfants non atteints, seul moyen de « faire la démonstration de l'existence de marqueurs neuronaux propres au SLI » (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

Reilly et al. étudient ensuite les « marqueurs cliniques comportementaux » les plus couramment cités : les déficits en répétition de non-mots, de phrases et les troubles de l'encodage syntaxique⁶⁶ (Bishop et al. 1996 ; Conti-Ramsden et al. 2001 ; Rixe et Wexler 1996 cités dans (Reilly, Tomblin, et al., 2014). Ils leur contestent le statut de « marqueurs » et préfèrent les considérer comme révélateurs d'un langage pauvre en général mais pas spécifiques au *SLI* en particulier : il manque aux études comparant les performances d'enfants avec *SLI* avec celles d'enfants tout-venant d'autres échantillons « comprenant des enfants porteurs d'autres troubles neurodéveloppementaux, comorbides ou isolés ». Ce qui renseignerait sur la « spécificité » de ces tests, c'est-à-dire sur « leur capacité à mettre en évidence un *SLI* exclusivement ». Plus important, le recours à l'étude de populations comprenant « 30 à 50% d'enfants avec *SLI* gonflerait artificiellement la sensibilité des tests » qui serait moindre à l'échelle de la population, où « la prévalence de *SLI* est approximativement de 7% » (Tomblin et al. 1997 cité dans Reilly, Tomblin et al., 2014).

Reilly et al. s'intéressent alors à ce qu'ils nomment les « *language pathways* » (trajectoires ou parcours langagiers). Décrits par Rice (2004) et Ukoumunne et al. (2012), les « *language pathways* » désignent un développement langagier chez l'enfant préscolaire tout-venant, alternant des périodes de développement accéléré, des périodes de développement ralenti et des périodes « de rattrapage ». Reilly et al. souhaitent vérifier la pertinence de ce modèle de développement chez des enfants un peu plus âgés. Ils étudient les résultats obtenus à des tests de langage et des tests de mesure de l'intelligence par 1133 enfants et obtiennent quatre groupes répartis en :

- Langage typique à 4 ans et 7 ans (75.6%)
- Trouble du langage à 4 ans, langage typique à 7 ans (**6.2%**)
- Langage typique à 4 ans, trouble du langage à 7 ans (**8.4%**)
- Trouble du langage à 4 ans et 7 ans (9.8%)

« Quels que soient les résultats qu'ils ont obtenus aux tests d'intelligence, des enfants voient leurs habiletés langagières changer » ; certains passent d'un groupe « langage typique » à un groupe « trouble du langage » quand d'autres font le chemin inverse. La notion de « trajectoire ou parcours langagier » vaut donc bien aussi pour les enfants avec trouble du langage. Ceci plaide en faveur d'un diagnostic de trouble du langage reposant « non pas sur un mais deux recueils de performances, à deux périodes distantes dans le

⁶⁶ Flexions verbales en particulier

temps d'au moins douze mois, surtout si l'enfant est d'âge préscolaire ». La « volatilité » des troubles du langage implique en outre que les autorités de santé publique adoptent une approche par étapes : « d'abord la prévention puis l'intervention », cette dernière devant être calibrée en fonction du degré de sévérité de l'atteinte langagière (Reilly, Tomblin, et al., 2014).

1.5.3 Critères diagnostiques : un consensus en vue ?

En 2014, Reilly et Tomblin, les auteurs de la revue de la littérature⁶⁷ qui remettait en cause le concept même de *SLI*, s'allient à Bishop pour soumettre leurs questionnements à un large panel de spécialistes issus de pays et de disciplines variés. S'il s'est avéré impossible d'obtenir un accord quant à la dénomination des troubles étudiés, quatre critères diagnostiques ont cependant émergé de cette vaste concertation :

- Les caractéristiques langagières du trouble
- Ses impacts sur le fonctionnement et la participation
- La présence/absence d'autres déficits
- La « trajectoire ou parcours langagier » et l'âge de survenue du trouble

Les auteurs plaident pour que, dans le futur, des marqueurs génétiques et neuraux soient inclus à ceux-ci. Ils appellent de leurs vœux la tenue d'un forum international et multidisciplinaires qui ferait « avancer le débat », et ce, pour atteindre un consensus quant aux critères diagnostiques et à la dénomination de ce type de trouble. Ils souhaitent y inclure « les familles concernées et leurs enfants ainsi que les pouvoirs publics » (Reilly, Bishop, et al., 2014).

1.5.4 Les *DLD* sont-ils la solution ?

Enfin, Bishop et trois autres spécialistes de la question ont recueilli l'avis d'expert(e)s concernant « l'impact délétère de l'incohérence terminologique et sémantique inhérente aux troubles du langage chez l'enfant » au moyen d'une vaste enquête baptisée *CATALISE*⁶⁸. *CATALISE* comporte deux phases : phase 1 / les critères à retenir ; phase 2 / la terminologie à utiliser (Bishop et al., 2017). Les spécialistes interrogés étaient au nombre de 57, dont 31 orthophonistes, 7 orthophonistes-psychologues, 8 psychologues, 3 pédiatres, 1 psychiatre, 1 médecin ORL, 2 enseignants spécialisés et 4 représentants d'associations de parents d'enfants souffrant de troubles du langage ; ils étaient

⁶⁷ *SLI: A convenient label for whom?* (Littéralement : « TSLO : une étiquette qui convient à qui ? »)

⁶⁸ *CATALISE: "Criteria And Terminology Applied to Language Impairments: Synthesising the Evidence" ou « Critères et terminologie appliqués aux troubles du langage : synthèse des preuves »*

britanniques, irlandais, nord-américains, néozélandais et australiens. Bishop livre les résultats de cette enquête : la nouvelle dénomination « *developmental language disorder*⁶⁹ ou *DLD* » est approuvée ainsi que les douze principes suivants :

1. Il est important que la communauté travaillant sur les troubles du langage chez l'enfant utilise une terminologie homogène.
2. La dénomination « trouble du langage » est proposée pour les enfants susceptibles de souffrir de problèmes langagiers dès l'enfance⁷⁰ et au-delà, avec un retentissement significatif sur les interactions sociales quotidiennes ou les résultats scolaires.
3. Des preuves scientifiques attestent que les indicateurs en faveur d'un mauvais pronostic varient selon l'âge de l'enfant, mais les problèmes langagiers qui affectent une série de compétences perdurent généralement dans le temps.
4. Les difficultés langagières rencontrées par un enfant dont la langue maternelle n'est pas la même que celle de l'école ou de ses pairs ne relèvent pas d'un trouble du langage, à moins que les preuves existent que cet enfant ne dispose des compétences attendues pour son âge dans aucune des langues en présence.
5. Plutôt que des critères d'exclusion, nous proposons une triple distinction entre **pathologies différenciantes, facteurs de risque et comorbidités**.
6. Pathologies différenciantes : ce sont les pathologies « biomédicales » dans lesquelles le trouble du langage fait figure de composante d'un pattern plus complexe de déficiences. Ceci pourrait nécessiter un parcours de soin spécifique. On parlera alors de « trouble du langage associé à x », « x » étant la pathologie différenciante.
7. La dénomination *DLD (developmental language disorder)* est réservée aux cas pour lesquels le trouble émerge au cours du développement de l'enfant alors qu'aucune cause biomédicale n'est connue. La suite
8. Un enfant avec un trouble du langage peut avoir un QI non verbal faible.
9. Les comorbidités peuvent être des déficiences dans les domaines cognitif, sensorimoteur et comportemental qui adviennent en même temps que le *DLD*, peuvent affecter son pattern et la réponse à la rééducation mais leur relation causale avec le trouble langagier est peu claire ; ces comorbidités sont les troubles de l'attention (TDAH), les troubles moteurs (trouble de l'acquisition de

⁶⁹Trouble développemental du langage

⁷⁰ « *Middle childhood* » : entre 6 et 11 ans

la coordination), la dyslexie développementale, les troubles de la parole, les troubles émotionnels et/ou comportementaux.

10. Les facteurs de risque sont les facteurs biologiques ou environnementaux qui sont statistiquement retrouvés dans le trouble du langage, mais dont la relation causale avec ce dernier est peu claire ou partielle. Ils n'excluent pas un diagnostic de *DLD*.
11. Le *DLD* est une catégorie hétérogène qui inclut une large gamme de troubles. Néanmoins, le *DLD* peut être utile aux cliniciens pour identifier les principaux domaines d'intervention et aux chercheurs pour déterminer des échantillons homogènes de population d'étude.
12. Une dénomination hyperonyme incluant les troubles de la parole, du langage et de la communication peut être utile aux pouvoirs publics : le signe *SLCN* (*Speech, language and communication needs*⁷¹) déjà utilisé en Grande-Bretagne dans le système éducatif est recommandé (Bishop, 2017).

Parmi les commentaires de Bishop accompagnant ces douze principes, nous relevons ceux-ci :

- L'adoption d'une nouvelle terminologie va nécessiter « l'adaptation de leurs pratiques par tous les publics concernés » et ce, alors que leur préférence pour d'autres termes ne date pas d'hier ; mais « leur motivation à atteindre un consensus au sujet d'une dénomination unique est à la mesure de l'enjeu que constitue la lutte contre le manque de cohérence dans ce domaine ».
- Il n'y a pas de ligne stricte séparant trouble du langage d'un côté et développement typique de l'autre ; on prendra plutôt en compte le trouble dans sa dimension pronostique c'est-à-dire comme inguérissable sans l'entremise d'une aide spécialisée.
- Le terme « trouble » est préféré à « déficience » en raison « du sérieux et de l'importance plus grands qu'il véhicule », ainsi que « de son utilisation dans d'autres troubles neurodéveloppementaux comme les troubles du spectre autistique, le trouble de l'acquisition de la coordination ou le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ».
- Avant l'âge de trois ans, un langage apparu tardivement chez un enfant ne fait pas de celui-ci une cible potentielle du trouble du langage : d'une part, beaucoup de « *late talkers* » (littéralement « parleurs tardifs ») rattrapent leur retard et d'autre part, certains enfants porteurs de trouble du langage n'ont pas été des « *late talkers* ».

⁶⁰ Difficultés de la parole, du langage et de la communication

Le risque de présenter un trouble du langage augmente avec l'âge : à partir de l'âge de cinq ans et au-dessus, les difficultés langagières encore présentes vont persister.

- L'entité « pathologies différenciantes » inclut : les lésions cérébrales, l'aphasie de l'enfant en lien avec une épilepsie, certaines maladies neurodégénératives, les paralysies cérébrales et handicaps langagiers oraux associés aux surdités neurosensorielles, certaines maladies génétiques (trisomie 21), les troubles du spectre autistique et/ou un handicap mental.
- Les troubles du spectre autistique sont rattachés à la catégorie « pathologies différenciantes » plutôt qu'à la catégorie « comorbidités » car chez « une minorité substantielle d'enfants porteurs de ces troubles une cause génétique est retrouvée ».
- Les facteurs de risques identifiés sont : « des antécédents familiaux de *DLD* ou de dyslexie, l'appartenance au sexe masculin, un rang élevé dans la fratrie, un niveau d'éducation faible des parents ».

En conclusion, Bishop incrimine « le mélange des niveaux de description » dans la classification des troubles langagiers chez l'enfant : « sévérité et type de difficulté, comorbidités extra-langagières, interactions sociales et attention ; causes biologiques et environnementales supposées ». Il découle d'une conception dans laquelle « une constellation de capacités verbales et non verbales coïncident avec autant de sous-types de troubles aux causes distinctes » et qui utilise « le profil linguistique, cognitif et comportemental de l'enfant pour déterminer si les difficultés langagières ont une origine génétique ou comportementale ». Cette approche qui voudrait « superposer étiologie et phénotype » (...) « n'a pas fonctionné » : « à mesure que la recherche progresse, il devient évident que les causes des troubles du langage sont complexes et multifactorielles ». Bishop se fait alors l'avocate d'une démarche qui vise à « documenter l'hétérogénéité des cas de *DLD* plutôt que d'essayer d'appliquer une classification stricte qui échoue à prendre en compte une grande proportion d'enfants ».

1.5.5 « Troubles spécifiques du langage oral » : tout est relatif...

Des auteurs français ajoutent une dernière touche au tableau contemporain du trouble du langage : sa dimension psychoaffective. Au terme de leur revue de la littérature, Bock et son équipe font d'abord le point sur « ces entités pathologiques dont il reste beaucoup à apprendre », les dysphasies. Attachés au statut syndromique de ces dernières, ils mesurent l'évolution qu'elles ont connue depuis leur avènement : il s'agissait au départ « de distinguer l'atteinte de la fonction langage de celle de la fonction auditive par exemple, ou de la fonction intellectuelle ». Puis le « caractère absolu et systématique des diagnostics

différentiels » comme facteurs d'exclusion de la dysphasie a été questionné. Les auteurs attribuent alors un second sens au terme « spécifique », apparu par la suite : il signifierait aussi « non épigénétique » c'est-à-dire « non attribuable à des particularités de l'environnement ». Ils trouvent « absurde » qu'un tel trouble « puisse être totalement indépendant de l'histoire de vie de l'enfant, de ses expériences interactives ». Or le « développement particulier de son langage retentit globalement sur son vécu », affectant « sa perception du monde, sa pensée, son rapport à autrui, les représentations qu'il a de lui-même ». Ces « comorbidités » associées à la dysphasie rendent sa spécificité toute « relative » et en tout cas temporaire ; « toutes les lignes de développement » (de l'enfant), qu'il s'agisse du langage, de la cognition, des compétences scolaires, des développements psychomoteur et psychoaffectif, « sont reliées entre elles ». Dans ces conditions, il ne faut pas négliger la « psychopathologie qui vient si souvent se nouer autour du trouble du langage » (Bock et al., 2017).

Partie 2 : Discussion

2.1 : Comparaison avec les résultats publiés dans la littérature

La littérature scientifique rend compte de la confusion générée à la fois par la variété des termes disponibles et par leurs implications dans l'appréhension des troubles évoqués ici. Origine et portée de la terminologie sont décrites et commentées dans de nombreux articles, anglophones et francophones. Notre mémoire présente l'originalité de comparer les productions des deux courants théoriques qui ont contribué au débat scientifique et rend compte des effets de l'un sur l'autre : l'influence anglo-saxonne, caractérisée par une approche neuropsychologique, a dicté un cadre nosologique que la sphère scientifique française a accepté avec plus ou moins de facilité.

2.2 : Nos hypothèses validées

Notre questionnement initial « Comment expliquer le manque de consensus pour désigner et caractériser un trouble du langage chez l'enfant, persistant et sévère, en l'absence d'étiologie avérée ? » a généré les trois hypothèses suivantes :

1. Les changements d'appellation sont en lien avec l'évolution des connaissances concernant ce type de trouble (hypothèse diachronique).
2. Les communautés concernées n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur l'utilisation d'un seul et même terme, à un instant donné (hypothèse synchronique).
3. Cette confusion terminologique témoigne de la difficulté à cerner précisément ce type de trouble en termes de critères diagnostiques ; cela ne doit en faciliter la manipulation ni par les spécialistes ni par les autres acteurs concernés par la question (patients, familles, système de soins, pouvoirs publics, ...).

La revue de la littérature que nous venons de mener apporte la confirmation d'un double mouvement, vertical / diachronique et horizontal / synchronique et fournit aussi les preuves d'une intrication entre ses deux composantes. Historiquement, la terminologie et la caractérisation des troubles du langage de l'enfant en l'absence d'étiologie avérée ont connu une évolution quasi continue depuis la mise au jour de ces troubles, jusqu'à aujourd'hui. Ce mouvement a à voir avec l'avancée des savoirs concernant le développement de l'enfant et l'avènement de son langage, la privation du langage chez l'adulte, ainsi que la transformation des concepts de santé et de handicap. En second lieu, les mutations évoquées ci-dessus ont généré des positionnements divergents entre les communautés scientifiques engagées dans l'étude de ces troubles (grossièrement

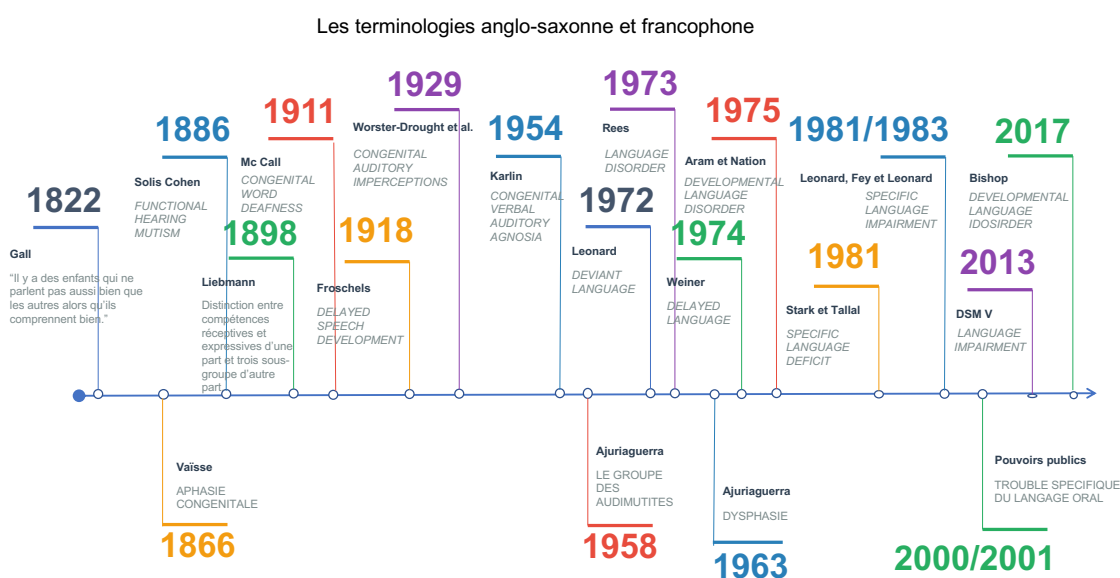
réparties entre tenants de la neuropsychologie et partisans d'une approche psychoaffective).

Notre travail pointe en outre le sentiment de désarroi de la communauté scientifique vis à vis d'un tableau aussi confus : ce dernier est de nature à obérer la compréhension même de ce type de trouble par les spécialistes et les autres acteurs concernés par le sujet, et à en limiter la médiatisation auprès du grand public.

2.3 : Les résultats de notre recherche, autrement dits

2.3.1 L'évolution de la terminologie dans sa composante diachronique

Elle peut être synthétisée par la frise chronologique présentée ci-dessous :



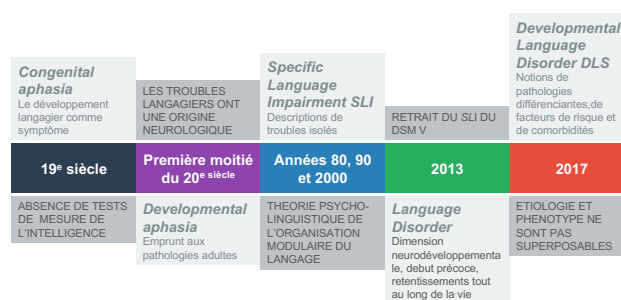
Sources : Reilly et al., 2014 et Welniarz, 2001

Ce sont donc une quinzaine d'appellations qui se sont succédé entre « l'aphasie congénitale » de Vaisse en 1866 et le « *developmental language disorder* » de Bishop en 2017. Nous notons que dans la seconde moitié du 20^e siècle, la recherche anglo-saxonne propose régulièrement de nouveaux termes jusqu'en 1981-1983, date à laquelle le *SLI* (*specific language impairment*) s'impose pour une trentaine d'années. Cette terminologie finit par gagner la France où elle apparaît sous la forme « trouble spécifique du langage oral ou TLSO ». Jusque-là, c'est le mot « dysphasie » qui avait cours en France, sans que les recherches concomitantes anglo-saxonnes semblent avoir une influence sur la façon de dénommer les troubles sévères du langage chez l'enfant.

Le choix de la locution « trouble spécifique du langage oral » par les pouvoirs publics via le rapport de Jean-Charles Ringard, inspecteur d'académie de l'Éducation nationale, coïncide avec l'avènement du « TSLO » dans la littérature française. Pour certains auteurs, le

« TSLO » remplace définitivement la « dysphasie » et la rend « obsolète » (Gilloots et al., 2016) tandis que pour d'autres, « le terme dysphasie est retenu aujourd'hui de façon assez consensuelle » (Bock et al., 2017). Nous verrons plus loin ce que révèle l'examen des titres d'articles scientifiques consacrés aux troubles du langage dans la littérature francophone. Un deuxième niveau de lecture de l'évolution historique de la terminologie nous est donné par la prise en compte des savoirs disponibles à différentes dates-clés. Concernant la recherche anglo-saxonne, nous obtenons le diagramme suivant :

Evolution comparée de la terminologie et des savoirs chez les Anglo-saxons



Sources : Reilly et al., 2014 et Bishop, 2017

Ce document illustre notamment le fait que, « durant la seconde moitié du vingtième siècle, les théories psycholinguistiques et nativistes proposent une organisation cognitive modulaire au sein de laquelle le processus d'acquisition du langage est entièrement séparé d'autres aspects développementaux ». Un tel contexte permet de comprendre comment « l'explication étiologique des troubles du langage est passée de la sphère neurobiologique à la sphère linguistique ou psycholinguistique et son corollaire de mécanismes de troubles du langage isolés, avec le postulat que des troubles langagiers supposent des systèmes langagiers cérébraux défectueux » (Reilly, Tomblin, et al., 2014). La dernière version du DSM disponible dès 2013 aux États-Unis rend obsolète la notion de « trouble spécifique du langage » (SLI) et consacre la dénomination « *language disorder* », préparant le terrain pour l'émergence du « *developmental language disorder* » (DLD) proposé par Bishop en 2017.

La littérature francophone fait essentiellement état de deux étapes jalonnant la terminologie des troubles du langage survenant chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée : jusqu'au début des années quatre-vingt, l'étude des « dysphasies » est préemptée par les psychiatres et les linguistes (Ajuriaguerra ou Borel-Maisonny) « dans une approche

psychopathologique et linguistique » (Dupuis-Gauthier, 2012). Puis, « la notion de troubles spécifiques d'apprentissage » (dans laquelle sont inclus la dysphasie et les autres troubles du langage) et son corolaire, l'étude des mécanismes neurobiologiques à leur origine », gagnent « de manière plus ou moins consensuelle » les pays du nord de l'Europe du Nord, puis la France (Habib, 2002). Cette évolution semble donc être dictée par le même changement de paradigme qu'ont connu les pays anglo-saxons au début des années soixante-dix en faveur d'une organisation modulaire du langage. La particularité française réside dans le fait que le modèle qui avait fondé l'étude de ces troubles se voulait « une synthèse des approches de la psychiatrie, de la psychanalyse, de la neurologie et de la psychologie » à l'image de la contribution d'Ajuriaguerra à la découverte et à la compréhension « des désordres du langage chez l'enfant » en France (Berthoz, 1993).

2.3.2 L'étude synchronique de l'évolution terminologique

Comme le relève Habib, c'est d'une manière « plus ou moins consensuelle » que la communauté scientifique française accueille le basculement théorique venu des pays anglophones (Habib, 2002). Cette dernière semble se positionner fréquemment « en réaction » aux avancées de la recherche anglo-saxonne. Synthétiquement, les critiques adressées à l'entité « trouble spécifique du langage oral » concernent trois aspects : la spécificité des troubles, l'absence d'étiologie avérée et les critères d'exclusion.

Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Critère du TSLO étudié	Auteur(s) <i>Spécialité(s)</i>	Critiques
Spécificité	Monfort <i>Logopède</i>	Déficits non verbaux décrits sur la base « de corrélations statistiquement significatives mais (en l'absence de) correspondance systématique et consistante entre symptômes langagiers et déficits non verbaux » (Monfort, 2000).

Critère du TSLO étudié	Auteur(s) <i>Spécialité(s)</i>	Critiques
Spécificité	<p>Gérard <i>Pédopsychiatre</i></p> <p>Avenet et al. <i>Orthophoniste, neuropédiatres</i></p> <p>Bock et al. <i>Pédopsychiatres et psychiatre</i></p> <p>Chagnon <i>Psychologue</i></p> <p>Dupuis-Gauthier <i>Psychologue</i></p>	<p>Propose de réserver l'épithète « spécifique » aux enfants privés de « compétence langagière » et crée l'entité « troubles non spécifiques » pour désigner ceux chez qui l'atteinte dépasse la seule compétence linguistique (Gérard, 2006).</p> <p>Le terme « spécifique » est resté connoté par deux notions (dissociation avec le quotient intellectuel non-verbal et absence de troubles associés) qui s'avèrent aujourd'hui « deux critères invalidés » (Avenet et al., 2016b).</p> <p>Les attributs rattachés à la notion de « spécifique » (non symptomatique, idiopathique et non épigénique) sont de nature à en questionner la validité en matière de dysphasies (Bock et al., 2017).</p> <p>Il s'agit d' « une confusion épistémologique majeure » qui revient à enfermer « ces enfants en difficulté grave avec le langage » dans « une étiologie étroite » (Chagnon, 2009 cité dans Bock et al., 2017).</p> <p>« Trop souvent, ces troubles sont conçus de manière réductrice, sous leurs seuls aspects défectologiques et neurologiques » (Dupuis-Gauthier, 2012).</p>

Critère du TSLO étudié	Auteur(s) Spécialité(s)	Critiques
Absence d'étiologie avérée	Welniarz <i>Psychiatre</i>	« Ce qui semble se profiler c'est que l'ignorance de l'étiologie du trouble dysphasique va permettre de n'en prendre en compte que (les) implications sociales (...) ». Il déplore « un clivage entre la dimension du soin, de la maladie et celle du handicap » (Bernard Welniarz, 2001).
Critères d'exclusion	<p>Avenet et al. <i>Orthophoniste, neuropédiatres</i></p> <p>Welniarz <i>Psychiatre</i></p> <p>Danon-Boileau <i>Psychanaliste et linguiste</i></p>	<p>Le <i>DSM-5</i> cesse de considérer le trouble du spectre autistique comme un critère d'exclusion du trouble du langage ; « dans le paragraphe comorbidité, le trouble du langage oral est rapporté comme fréquemment associé au trouble du spectre de l'autisme » (Avenet et al., 2016a). Il s'insurge contre l'exclusion des « perturbations psychoaffectives profondes » du diagnostic de dysphasie chez un enfant « présentant d'importants troubles du langage » : « un enfant simplement dysphasique (...) est une construction intellectuelle » (Bernard Welniarz, 2001).</p> <p>Le trouble « à polarité aphasiologique n'est nullement dépourvu d'incidences psychologiques » dans la mesure où un enfant qui parle mal et comprend mal voit sa relation à autrui perturbée et « la confiance qu'il peut avoir en sa propre pensée entamée » (Danon-Boileau, 2000).</p>

Critère du TSLO étudié	Auteur(s) <i>Spécialité(s)</i>	Critiques
Critères d'exclusion	Bock et al. <i>Pédopsychiatres et psychiatre</i>	Parisse et Maillart invoquent des études qui montrent que rien ne distingue les enfants présentant un trouble sévère du langage avec un QI entre 70 et 85 et ceux présentant un TSLO avec un QI supérieur à 85, ni en termes de « caractéristiques des troubles » ni en termes d'« efficacité des rééducations des langages » (Parisse et Maillart, 2009 cité dans (Bock et al., 2017).

De leur côté, les chercheurs anglo-saxons progressent au gré des résultats des études qu'ils mènent. A l'origine de la caractérisation du *SLI*, les chercheurs anglo-saxons se montrent désormais critiques à son égard. Récemment, trois travaux de recherche d'ampleur ont interrogé en profondeur le concept de *SLI*.

1. Reilly et son équipe ont étudié « comment et pourquoi » il a émergé et formulé des arguments en sa faveur et à son encontre. Ils concluent que cette entité « a été proposée avant que des preuves de sa robustesse soient fournies par des études de population. Les travaux de recherche menés à son sujet n'ont finalement fourni qu'un petit nombre de preuves pour soutenir le maintien de la définition actuelle du *SLI* ainsi que de ses critères d'exclusion » (Reilly, Tomblin, et al., 2014).
2. Reilly associée à Bishop et Tomblin a recueilli les commentaires d'un large panel de spécialistes issus de pays et de disciplines variés concernant « le manque de consensus pour décrire les problèmes de langage dans l'enfance ».

Quatre critères diagnostiques ont émergé de cette vaste concertation :

- a. Les caractéristiques langagières du trouble
- b. Ses impacts sur le fonctionnement et la participation
- c. La présence/absence d'autres déficits
- d. La trajectoire langagière et l'âge de survenue du trouble

Les auteurs plaident pour que, dans le futur, des marqueurs génétiques et neuraux soient inclus à ceux-ci (Reilly, Bishop, et al., 2014).

3. Enfin, Bishop et trois autres spécialistes déploient une vaste enquête sur le même thème, nommée *CATALISE*, qui conclut à la recommandation de l'adoption de

l'expression « *Development Language Disorder* » (*DLD*) et sanctionne l'échec de « l'approche superposant génotype et phénotype » (Bishop et al., 2017).

2.4 : Notre interprétation de quelques résultats

2.4.1 La persistance du terme « dysphasie » en France

Nous avons pu retracer dans quelles circonstances l'appellation « trouble spécifique du langage oral » a été utilisée à partir des années 2000 en France, sous l'impulsion des pouvoirs publics semble-t-il. Nous avons aussi constaté sur le terrain que le terme « dysphasie » pouvait conserver la préférence d'une partie des cliniciens français, voire d'une majorité d'entre eux : (chez les cliniciens) « il serait le plus utilisé » (Soares-Boucaud et al., 2009). Un examen des titres d'articles scientifiques consacrés aux troubles du langage dans la littérature francophone met bien en lumière une rupture à compter du début des années 2000. Jusqu'en 2001, le terme « dysphasie » est exclusivement utilisé : il figure dans le titre de 100% des articles colligés dans notre étude. A partir de 2001, il voit son emploi réduit et n'est plus retrouvé que dans 38% des titres des articles colligés dans notre étude. La locution « troubles du langage » et ses variantes sont alors le plus souvent utilisées (« troubles spécifiques du langage », « troubles spécifiques du langage oral », « trouble spécifique d'acquisition du langage », « troubles du développement du langage », « troubles de l'apprentissage du langage »). Nous avons établi comment le corollaire de l'entité « trouble spécifique du langage oral », soit le diptyque absence d'étiologie avérée – critères d'exclusion, a contribué à nourrir le débat opposant les tenants de la neuropsychologie et les partisans d'une approche psychoaffective (voir tableau pages 47 à 50).

Une séparation semble donc se dessiner entre ces deux communautés ; celle-ci nous interroge. Devons-nous la déplorer ?

Nous pouvons attester ici qu'une certaine confusion règne dans le champ de l'étude de ces troubles, ce que déplorent des chercheurs anglo-saxons dans plusieurs articles, arguant qu'elle nuit à la fois à la recherche et aux rééducateurs, mais aussi aux bénéficiaires des allocations compensatoires en puissance que sont les enfants concernés et leurs parents. Certes nous entendons les arguments en faveur d'une terminologie homogène : Bishop ne justifie-t-elle pas le recours au terme « *disorder* » (trouble) par le fait qu'il est déjà utilisé dans la dénomination de nombreux autres troubles neurodéveloppementaux (Bishop et al., 2017) ? Benmakhlouf décrit comment les « maladies » ont fait place aux « troubles » dans le *DSM*, ce qui a contribué à « ériger la souffrance en critère, au détriment de l'hétérogénéité des maladies mentales » (Benmakhlouf, 2016). A l'heure d'opter pour une

caractérisation univoque des troubles étudiés, nous restons vigilante à l'égard du socle théorique qui les soutient. Nous préférons en effet nous référer à Ajuriaguerra et sa vision multifactorielle des causes plausibles de la dysphasie, étayée par une approche psychiatrique, psychanalyste, neurologique et psychologique. Ou encore à Danon-Boileau qui envisage un troisième axe d'étude de la dysphasie outre « la mécanique langagière » et « la relation et le processus psychique », qu'il nomme « dimension cognitive » : elle intéresse « la formation des paquets de sens préalable à la formulation ultérieure » quand les informations visuelles, par exemple, « ne peuvent susciter de représentation » (Danon-Boileau, 2002). Ces approches nous semblent plus utiles à notre pratique dans la mesure où elles sont respectueuses des tableaux et situations cliniques observés en stage. L'alternative d'une étude quantitative des troubles du langage chez l'enfant nous est fournie par le *DSM* : est-elle préférable alors qu'un auteur comme Coudurier estime qu'elle revendique une « scientificité » tirée d'une « fiabilité contestée » et qu'elle se déclare « a-théorique » tout en affichant « une référence constante au comportementalisme » (Coudurier, 2005)?

2.4.2 De l'influence anglo-saxonne

L'importance des travaux de recherche émanant de chercheurs britanniques, nord-américains, australiens ou néo-zélandais est indéniable : elle a contribué à promouvoir la question des troubles du langage chez l'enfant sans étiologie avérée. Mais elle soulève également plusieurs questions.

La première est d'ordre arithmétique : comptabilise-t-on la même proportion d'enfants atteints chez nous et aux États-Unis par exemple ? Dénombrer cette population dans les deux pays ne relève apparemment pas du même procédé : en 2017, le *NIDCD*⁷² comptabilise 7 à 8 % d'enfants entre 2 et 6 ans avec *SLI* aux États-Unis quand l'*INSERM*⁷³ avance un pourcentage de 2 % d'enfants porteurs de « trouble du développement du langage oral ou dysphasie » parmi les 3-5 ans en France. Piérart attribue les variations dans les estimations épidémiologiques à « des particularités de découpage du champ des troubles spécifiques du développement du langage » et affirme que « toutes les hypothèses étiologiques ne pourraient être généralisées (à l'ensemble de ce champ) sans précautions méthodologiques » (Piérart, 2008). Nous ignorons si de telles précautions ont bien présidé à l'importation du *SLI* en France mais cela nous alerte quant à la difficulté d'acclimater une entité nosologique à un pays nouveau.

⁷² National Institute on Deafness and Other Communication Disorders

⁷³ Institut national de la santé et de la recherche médicale

Ce qui nous amène à nous questionner sur un deuxième apport de l'influence anglo-saxonne : la notion de « continuum ». Loin de constituer une nouveauté dans le paysage des troubles du langage chez l'enfant (proposée par Leonard, elle a vu le jour avant même le concept de *SLI*), cette notion a pourtant connu un regain d'intérêt à partir des années 2000, à notre sens en réaction à l'impasse que constituait la conception des troubles du langage comme des entités spécifiques isolées. Leonard s'intéresse au départ aux « formes immatures du langage » - les « retards simples de langage » chez nous - et « rejette l'idée d'une dichotomie délai-déviance dans les troubles du développement du langage, sans dommage neurologique franchement avéré. Il les conçoit comme la limite inférieure d'un continuum dans les aptitudes langagières » (Piérart, 2008). Seuls un dixième des enfants présentant un retard de langage verront ce retard persister au-delà de six ans, soit « la limite d'âge classiquement retenue en neuropédiatrie pour poser un diagnostic de dysphasie » (Gérard, 1992 cité dans Piérart, 2008). Pour Piérart, Leonard s'inscrit dans un courant qui dénie au retard de langage la qualité de « déficit spécifique » ou de « handicap limité au langage » (Piérart, 2008). C'est pourtant bien Leonard qui, en 1981, avec Fey, crée le concept de *SLI* : ce paradoxe nous interroge.

D'autre part, le choix de la notion de « continuum » appliquée à l'avènement du langage nous paraît problématique dans la mesure où nous ignorons ce qui en constitue le point de départ : est-ce l'acquisition par le tout jeune enfant du signe linguistique défini par Saussure comme la combinaison entre signifiant (image acoustique) et signifié (concept) ? Autrement dit, l'enfant dysphasique est-il privé de la faculté de traduire sa pensée en signes ? A moins qu'il ne faille considérer la capacité à élaborer des signaux (des signes dépourvus de syntaxe) comme seuil primaire de ce continuum ? Le concept de « continuum » nous paraît pour le moins imprécis et flou pour rendre compte de la palette des habiletés langagières.

2.4.3 Le retour du *DLD*, ce qu'il signifie à nos yeux

L'ultime prise de parole de Bishop sur les troubles du langage chez l'enfant nous surprend à plusieurs titres. A l'issue de l'enquête *CATALISE*, Bishop remet en effet en cause l'essentiel de ce qui constituait « feu » les *SLI*. Absence d'étiologie avérée et critères d'exclusion sont écartés au profit de notions comme les pathologies différenciantes, les comorbidités et les facteurs de risque, désormais rattachées à l'entité *DLD* : en opérant une sorte de « tri » parmi des critères d'exclusion précédemment critiqués pour leur nature hétérogène, Bishop contribue, à notre sens, à rendre plus lisible le tableau constitutif d'un trouble du langage chez l'enfant. Ceci, à l'intérieur d'un cadre théorique réaménagé qui remplace la correspondance étiologie / phénotype par une approche reconnaissant le caractère multifactoriel des causes de ce type de troubles. Cela nous apparaît tout aussi

propice à la compréhension de ce type de trouble même si nous sommes étonnée que Bishop paraisse laisser de côté la doctrine scientifique qui l'avait guidée jusqu'alors. Tandis qu'elle exhume une appellation vieille de plus de quarante ans⁷⁴, Bishop invite ses pairs à « documenter l'hétérogénéité des cas de *DLD* plutôt que d'essayer d'appliquer une classification stricte qui échoue à prendre en compte une grande proportion d'enfants », ce qui prend à nos yeux la signification d'un encouragement à recourir aux études de cas uniques pour mieux appréhender la complexité de ces troubles. Si elle a pour elle une réelle sincérité, cette position nous interroge tout de même sur l'attitude à adopter envers les résultats émanant de la recherche. Elle nous incite à la prudence et à la mesure dans notre propre démarche théorico-clinique.

Nous notons en outre que l'outil utilisé ici par Bishop et ses confrères est de nature qualitative et descriptive quand de nombreux auteurs anglo-saxons plaident pour le déploiement de vastes enquêtes épidémiologiques qui viendraient asseoir, entre autres, une étiologie neurologique des troubles du langage chez l'enfant. Cela soulève un questionnement que nous aborderons en dernière partie de cette discussion.

2.4.4 Le statut de la dysphasie : syndrome, pathologie isolée, autre ?

Le statut même de ces troubles est régulièrement abordé par les auteurs dès lors qu'ils s'interrogent sur les conditions qui ont présidé à son avènement et sur les conséquences du choix d'une appellation plutôt que d'une autre. Entité nosographique à part entière, à l'étiologie définie et au diagnostic reposant sur des critères bien caractérisés ou syndrome associant les difficultés langagières à d'autres troubles développementaux ; maladie ou handicap ? La dimension terminologique n'a rien d'anecdotique et recèle d'autres enjeux, à la fois économiques, sociétaux et politiques. En France, la prise en main par les pouvoirs publics de troubles jusque-là circonscrits aux secteurs sanitaire et médico-social a eu lieu dans la continuité du rapport de l'inspecteur d'académie Jean-Charles Ringard. Il recommande de « reconnaître les difficultés, les souffrances d'enfants et d'adolescents présentant des perturbations graves du langage oral et écrit, et (de) leur apporter des aides appropriées » et suggère « aussi des mesures d'ordre politique touchant à l'éducation, à la formation et à la santé » (Ringard et al., 2000). En d'autres termes, « nommer le mal est politique » (Seff, 2013), ce qui incite à la plus grande prudence quand émerge un nouveau terme nosographique : son avènement est souvent le révélateur d'une

⁷⁴ Le concept de *DLD* - developmental language disorder - a été proposé par Aram et Nation en 1975

« évolution des représentations » comme a tenté de l'illustrer ce travail, mais il traduit aussi des changements sociétaux et économiques.

2.5 : Limites et perspectives de notre travail

2.5.1 Les limites liées aux outils de recherche

Une revue systématique de la littérature impose l'utilisation de règles opératoires strictes dont, entre autres, la définition de critères d'éligibilité et le choix de bases de données et de mots-clés. Ce qui a eu pour conséquence, d'une part : de générer un nombre élevé d'articles à l'issue de la première étape de notre processus de sélection (317 articles) sans pour autant nous mettre à l'abri de « l'oubli » de certains résultats majeurs pour notre recherche. Fort heureusement, nous avons pu trouver certains articles clés (les deux articles de Reilly par exemple) grâce à l'option « *similar articles*⁷⁵ » proposée par PubMed. D'autre part, le degré de précision des moteurs de recherche à l'œuvre dans les bases de données utilisées n'a pas permis de trier aussi finement que voulu les articles sélectionnés lors de la dernière étape : 21 articles non pertinents pour notre travail ont dû être analysés alors qu'ils ne relevaient pas de notre sujet.

2.5.2 Les limites liées à notre cadre de recherche

Ce mémoire a été l'occasion pour nous de découvrir des approches particulièrement intéressantes quant à la façon d'appréhender ces troubles, de leur donner un sens, en quelque sorte. Nous gardons en mémoire, par exemple, le travail de Bernardi qui s'interroge sur « les troubles sous-jacents qui génèrent les tableaux symptomatiques de la dysphasie grave chez l'enfant », notamment celui qui atteint la capacité de représentation (Bernardi, 1999). Malheureusement, cela n'entraîne pas dans le champ de recherche défini au préalable et n'a pu être abordé ici ; il en va de même pour les travaux de recherche sur les méthodes thérapeutiques et nous avons bien conscience que notre étude des troubles du langage chez l'enfant en l'absence d'étiologie avérée est incomplète.

2.5.2 Les perspectives révélées par notre recherche

Un dialogue respectueux plutôt qu'un consensus « illusoire »

Pour dépasser un clivage qui s'enracine dans la révélation des troubles des apprentissages au 19^e siècle et n'a cessé d'opposer neuropédiatres et pédopsychiatres

⁷⁵ Articles traitant d'un sujet similaire

(Chambry, 2016), nous pensons avec Chambry qu'une solution pourrait être de concilier « une approche neurodéveloppementale et une approche psychopathologique psychodynamique » pour « offrir au patient une prise en charge la plus globale possible ». Si une vision consensuelle de ces troubles semble « illusoire », (et nous ajoutons : à supposer qu'elle soit souhaitable), nous adhérons au projet de Chambry qui vise au dialogue « entre professionnels formés dans leur domaine, respectueux de la différence et acceptant qu'aucun ne détienne la vérité ».

Et pour conclure, un plaidoyer pour une orthophonie créative

« Donne à ce qui te touche le pouvoir de te faire penser » a dit le philosophe anglais Whitehead. Émue par la rencontre d'enfants atteints de troubles sévères du langage, nous avons voulu comprendre de quoi la dysphasie est le nom. Cette plongée au cœur d'une des affections les plus douloureusement vécues par l'enfant atteint et son entourage nous a permis de cerner les étapes qui ont jalonné l'évolution de sa connaissance et de sa compréhension. Originellement prise dans le conflit opposant médecine et pédagogie, la dysphasie a par la suite nourri la controverse entre tenants d'une explication neurodéveloppementale et partisans d'une approche psychodynamique. Alors que ce travail s'achève, nous prenons la mesure des questions nouvelles qu'il soulève. L'exemple de la dysphasie nous semble en effet illustrer la difficulté pour l'orthophoniste de se situer au carrefour des disciplines médicale, éducative, linguistique et psychologique. « La prise en charge et la qualification en pathologie d'un trouble du langage implique un saut conceptuel délicat » qui amène l'orthophoniste à la frontière entre normal et pathologique et la confronte à « un double corpus normatif ». Plus largement, c'est « l'orthophonie, jeune discipline entre sciences médicales et sciences du langage qui recherche son unité épistémologique pour situer sa pratique et sa spécificité au sein de la société » (Klein, 2011). L'ultime recommandation de Bishop, « documenter l'hétérogénéité des cas de *DLD* plutôt que d'essayer d'appliquer une classification stricte qui échoue à prendre en compte une grande proportion d'enfants », prend à nos yeux la signification d'un encouragement à recourir aux études de cas uniques pour mieux appréhender la complexité de ces troubles. Qu'en sera-t-il alors de la « scientificité » traditionnellement attendue dans le champ des études menées sur le sujet ? Ces études de cas uniques réclamées par Bishop fourniront-elles le niveau de preuve requis par exemple par *Evidence Based Practice (EPB)* ou « Pratique fondée sur les preuves », qui recommande « l'intégration des meilleures preuves de la recherche à l'expertise et aux valeurs du patient » (Sackett et al., 2000 cité dans Durieux et al., 2012) ? Les études de cas se situent, comme l'illustre la pyramide présentée en annexe 3, au troisième rang dans la hiérarchie

des niveaux de preuve (c'est-à-dire « le niveau de confiance à accorder à une étude, en fonction de sa conception et de sa méthodologie » selon Greenhalgh, 2010 cité dans Maillart et Schelstraete, 2012) derrière la littérature de synthèse (méta-analyses et revues systématiques) et les études expérimentales (essais contrôlés randomisés ou non randomisés). Ceci vient donc interroger une nouvelle fois le positionnement de l'orthophonie en tant qu'entité à part entière, à la fois singulière et complémentaire des disciplines qui ont présidé à son émergence. Exercice de terrain et de proximité, au long cours, exigeant et précieux, l'orthophonie recèle les atouts pour fournir à ses patients l'écoute et les soins qu'ils sont en droit d'en attendre. Une orthophonie créative – capable de proposer une solution originale - ne pourrait-elle pas contribuer à mieux cerner des troubles demeurés inexplicables à ce jour ?

Bibliographie

- Assous, A., Golse, B., & Robel, L. (2016). Enjeux de séparation chez les enfants présentant des troubles dysphasiques. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 59(2), 425-458.
- Avenet, S., Lemaître, M. P., & Vallée, L. (2016a). DSM5 : Quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 81-92.
- Avenet, S., Lemaître, M. P., & Vallée, L. (2016b). Les classifications des troubles spécifiques du langage oral : qu'en penser en 2016 ? *Archives de pédiatrie*, 23(10), 1085-1093.
- Barreau, H. (2013). *L'épistémologie* (8^e éd.). Paris: PUF.
- Benmakhlouf, A. (2016). Triste ou dépressif, turbulent ou hyperactif? Pourquoi le normal devient pathologique. Consulté à l'adresse <https://www.franceculture.fr/conferences/ecole-normale-superieure/triste-ou-depressif-turbulent-ou-hyperactif-quand-le-normal>
- Bernardi, M. (1999). Langage et Soi verbal Des rapports entre pathologies limites et dysphasies graves chez l'enfant. *L'Évolution Psychiatrique*, 64(2), 349-359. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(99\)80071-1](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(99)80071-1)
- Berthoz, A. (1993). Notice biographique de Juan Ajuriaguerra.
- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381-415.
- Bishop, D. V. M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(6), 671-680.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(10), 1068-1080.
- Bock, N., Serre-Pradère, G., Robel, L., & Baubet, T. (2017). Regard pédopsychiatrique sur le diagnostic de dysphasie, A viewpoint from child psychiatry about the diagnosis of dysphasia. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 167-196.
- Boublil, M. (2009). Pour une neuropsychologie génétique : à propos des dysphasies du jeune enfant. *Médecine et enfance*, 29(7), 348-353.
- Brémaud, N. (2013). Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. *L'information psychiatrique*, Volume 84(5), 383-393.
- Chambry, J. (2016). Approche cognitive et psychopathologique : une coexistence pacifique ? *Enfances et Psy*, 3(71), 44-54.
- Chevrié Muller, C., & Narbona, J. (2007). *Le langage de l'enfant Aspects normaux et pathologiques* (Masson). Paris.
- Coudurier, J.-F. (2005). À propos du DSM. *Essaim*, 15(2), 21-33.
- Danon-Boileau, L. (2000). La dysphasie : nature et diversité du symptôme, modalités de prise en charge et évolution. *Handicaps et langages.*, (9), 93-107.
- Danon-Boileau, L. (2002). *Des enfants sans langage*. Paris: Odile Jacob.
- Danon-Boileau, L. (2010). La dysphasie, son incidence sur le processus psychique de l'enfant et sa prise en charge. *Enfances et psy*, (47), 115-127.
- Dumez, H. (2011). Faire une revue de la littérature : pourquoi et comment? *Le Libellio d'Aegis*, (7), 15-27.
- Dupuis-Gauthier, C. (2012). Le langage et la parole dans les dysphasies : pour une approche psychanalytique. *L'évolution psychiatrique*, 77(4), p.577-587.
- Gérard, C. L. (2006). Troubles non spécifiques du langage chez l'enfant. *Recherche et clinique.*, 54(1), 54-61.
- Gilloots, M., Leblanc, A., & Wagenaar, C. (2016). Dossier : Du bon usage des dys. *Enfances et Psy*, (71), 10-149.
- Goorhuis-Brouwer, S. M., & Wijnberg-Williams, B. J. (1996). Specificity of specific language

- impairment. *Folia Phoniatica et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP)*, 48(6), 269-274.
- Habib, M. (2002). Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage. *Réadaptation*, (486), 16-28.
- Kamhi, A. G. (1998). Trying to Make Sense of Developmental Language Disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 29(1), 35-44.
- Klein, A. (2011). Approche philosophique de l'orthophonie Un plaidoyer pour une discipline orthophonique : Etude généalogique de l'orthophonie et de ses enjeux épistémologiques et éthiques. *Rééducation orthophonique*, 7-24.
- Lenoble, E. (2016). Dossier: Du bon usage des dys. *Enfances et Psy*, (71), 55-65.
- Leonard, L. B. (1997). *Children with specific language impairment*. Cambridge, Massachusetts, MIT Press.
- Leonard, L. B. (2014). Specific Language Impairment Across Languages. *Child development perspectives*, 8(1), 1-5.
- Monfort, M. (2000). Dysphasie développementale chez l'enfant : commentaires à propos de l'évaluation et de l'intervention. *Glossa: Les cahiers de l'UNADREO*, (74), 18-28.
- Morel, S. (2012). La cause de mon enfant, The Cause of My Child. *Politix*, (99), 153-176.
- Piérart, B. (2008). Les dysphasies de l'enfant. *A.N.A.E.*, (98), 192-194.
- Piérart, B. (2013). Compétences langagières lexicales et phonologiques des dysphasiques : délai ou différence ? *Développements*, 15(2), 4-15.
- Reilly, S., Bishop, D. V. M., & Tomblin, B. (2014). Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 452-462.
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., ... Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 416-451.
- Ringard, J.-C., Habid, M., Valdois, S., Touzin, M., Couteret, P., Zorman, M., ... Conte, A. (2000). A propos de l'enfant dyslexique et de l'enfant dysphasique : rapport remis au ministre de l'Education nationale. *Réadaptation*, (486), 12-55.
- Roy, J. (2013). Entre évidence et nécessité : actualité de la relation parents-professionnels. *Contraste*, (37), 209-222.
- Seff, I. (2013). Nommer le mal est politique. *Empan*, n° 88(4), 35-37.
- Soares-Boucaud, I., Labryère, N., Jery, S., & Georgieff, N. (2009). Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. <https://www-em-premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/traites/pps/37-48131/>. Consulté à l'adresse <https://www-em-premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/208517/resultatrecherche/5>
- Uzé, J., & Bonneau, D. (2004). Aspects pédopsychiatriques des dysphasies : données médico-psychopathologiques. *Enfance*, 56(1), 113-122.
- Virole, B. (2010). Trois interrogations cliniques sur la légitimité du concept de dysphasie. *Enfances & Psy*, n° 47(2), 89-94.
- Welniarz, B. (2001). Les troubles du langage ne concernent plus les pédopsychiatres ! *L'information psychiatrique*, 77(8), 760-767.
- Welniarz, Bernard. (2001). Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant. *A.N.A.E.*, 61(61), 44-49.
- Wolf Nelson, N. (2016). Language XX: What shall it be called and why does it matter? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 229-240.

Annexes

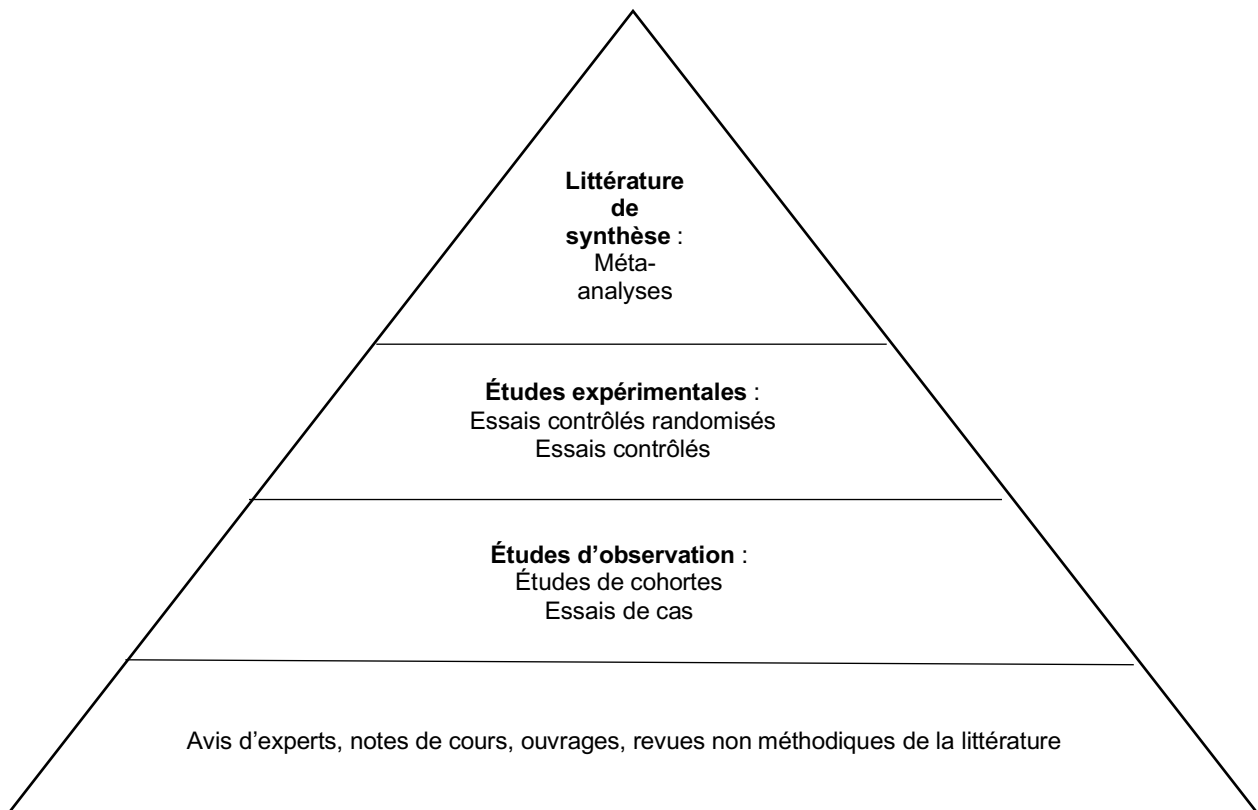
Annexe 1 : Tableau des articles exclus après lecture

Date	Auteur(s)	Titre	Revue	Présentation succincte de l'article
1994	BADAF G	De quels critères disposons-nous pour diagnostiquer la dysphasie ?	Glossa: Les cahiers de l'UNADREO	Article ancien qui émet des hypothèses psychiques non relayées dans le reste de la littérature.
1994	LASSERRE JP, GELY A, HERAL O	Approche neuropsychologique de la dysphasie développementale en pratique quotidienne : problèmes diagnostiques.	Glossa: Les cahiers de l'UNADREO	Article ancien qui met en œuvre une méthode spécifique - le test RV - pour diagnostiquer les dysphasies.
1995	ZWOBADA-ROSEL J	Un dialogue étant ce qu'il est, peut-on parler de dysfonctionnement dans un dialogue ?	Glossa: Les cahiers de l'UNADREO	Étude de cas : jeu dialogique dans une triade mère-enfant (5,4 ans) – thérapeute qui met en évidence le dysfonctionnement de l'étayage parental dans le cas d'un trouble de l'acquisition du langage.
1996	Ministère du Travail et des Affaires Sociales.	Rapport sur les handicaps rares.		Rapport d'un comité d'experts diffusé officiellement par le Ministère du Travail et des affaires sociales à la demande du président du CLAPEAHA
1996	DAVID D, FRANCOUAL C	Jumeaux : les troubles du langage	Journal de pédiatrie et de puériculture	Étude de 47 paires de jumeaux qui ne révèle pas de prépondérance de troubles du L chez les monozygotes et valorise la prévention des troubles du langage chez les jumeaux via la sensibilisation des parents à une différenciation précoce des enfants et l'augmentation des échanges verbaux avec chacun d'eux.
1999	BAILLE MF	CDES et prise en charge de l'enfant dysphasique.	Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant	Rapport de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) dont le rôle est d'orienter les enfants déficients vers les structures de prise en charge médico-éducative adaptées au handicap de l'enfant.
1999	TOUZIN M	Le langage troublé	Enfances et Psy	Présentation des troubles du langage chez l'enfant
2001	GUILLAUD-BATAILLE JM, CASANOVA M, MOULINIER MC, SOARES-BOUCAUD I, ASTIER MC, THOMALLA M, GATEL MC	Troubles du comportement social et du langage. Prévalence et association chez l'enfant de 4 à 5 ans en milieu scolaire.	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence	Étude portant sur 98 enfants « à risque » scolarisés en moyenne section de maternelle, qui valide l'hypothèse d'un lien entre troubles de l'acquisition du langage et comportement perturbateur.

Date	Auteur(s)	Titre	Revue	Présentation succincte de l'article
2001	SEKNADJE-ASKENAZI J	Le plan d'action interministériel. Dysphasies - Dyslexies à destination des enfants affectés par un trouble spécifique du langage.	La nouvelle revue de l' AIS	On trouve dans ce compte rendu une synthèse des mesures présentées le 21 mars 2001.
2002	GAREL JP	L'enseignant, le neuropsychologue et les autres : l'évaluation diagnostique d'élèves présentant d'importants troubles des apprentissages.	L'évaluation institutionnelle	Cet article identifie la spécificité de l'enseignant par rapport à ses partenaires en présence d'élèves porteurs de troubles des apprentissages quand beaucoup d'entre eux se réfèrent aux neurosciences.
2002	BILLARD C	Les troubles du langage chez l'enfant	Journal de pédiatrie et de puériculture N°3 - 2002	Description des symptômes associés aux troubles du langage et place de l'orthophonie
2004	LE NORMAND MT	Le développement perturbé du langage : retard ou trouble spécifique ?	Enfance	Cette étude analyse l'organisation temporelle et rythmique de la parole spontanée élicitée dans un contexte de jeu et dans un contexte de livres d'images chez 10 enfants dysphasiques âgés de 8 ans.
2004	PIERART B	Les dysphasies Introduction	Enfance	Les progrès dans la connaissance des étiologies et des mécanismes d'évolution du langage des enfants dysphasiques passent par le dépistage précoce des troubles et l'analyse précoce de leur évolution.
2004	WECK G	Les troubles pragmatiques et discursifs dans la dysphasie	Enfance	L'article vise à rendre compte de l'hétérogénéité des troubles du développement du langage (dysphasie), en incluant les dimensions pragmatique et discursive du langage et en référence à une conception interactionniste du développement du langage.
2004	WETZBURGER C	Dysphasie de développement : approche neuropédiatrique	Enfance	Cet article fait le point sur les hypothèses neurologiques avancées pour rendre compte des perturbations dans les dysphasies de développement.

Date	Auteur(s)	Titre	Revue	Présentation succincte de l'article
2006	MYQUEL M, BIZOUARD P, TORDJMAN S, NEZELOF S, CORCOS M, JEAMMET P, et al.	Recherche et clinique	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence	Ce numéro spécial rapporte des travaux de chercheurs français sur le thème de la santé mentale des enfants et des adolescents.
2009	CESTAC E, UZE J	Approche clinique pédopsychiatrique de la dyslexie et du concept de spécificité : à propos de 80 enfants ayant consulté au centre réfèrent des troubles du langage de Poitiers.	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence	Dyslexie et troubles psychopathologiques
2009	MOURIDSEN SE, HAUSCHILD KM	Compensations financières accordées aux individus diagnostiqués « <i>developmental language disorder</i> » dans leur enfance	Scandinavian Journal Of Disability Research	Étude prospective sur les avantages financiers à recevoir un diagnostic de « <i>developmental language disorder</i> »
2010	LE RUN, BLANCHARD, TESSARECH	Quand la langue défaillit Introduction dossier « Du bon usage des dys »	Enfances et Psy	Au-delà des polémiques il s'agit de souligner les implications très préjudiciables d'un tel trouble de la communication.
2014	CHAIX Y	Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification	Oto-rhino- laryngologie	Signaux d'alerte, dépistage et classification
2015	ANGLAGA E, KINOO P, PONCIN F, WINTGENS A	Trouble sémantico- pragmatique : Syndrome ou Symptôme ?	Annales médico- psychologiques	Focus sur le Syndrome Sémantico- Pragmatique (en lien avec nouvelle catégorie dans le DSM V)

Annexe 2 : Hiérarchisation traditionnelle des niveaux de preuve



Source : C. Maillart, M.-A. Schelstraete (2012). *Les dysphasies De l'évaluation à la rééducation*. Paris : Elsevier Masson.

Résumé

Dysphasie, trouble spécifique du langage oral et trouble développemental du langage sont trois des appellations fournies par la littérature pour désigner un trouble du langage oral chez l'enfant, persistant et sévère, en l'absence d'étiologie avérée. Comment expliquer ce manque de consensus, qui ne se limite pas à la terminologie mais concerne aussi la caractérisation de ce type de trouble ? Nous formulons plusieurs hypothèses qui envisagent les transformations que cette entité a connues dans leur dimension diachronique - elles sont le fruit de l'évolution des savoirs scientifiques depuis près d'un siècle - et dans leur dimension synchronique - les acteurs de la communauté scientifique n'ont pas été en mesure de s'accorder sur l'utilisation d'un seul et même terme, à un instant donné. Nous supposons en outre que cette confusion n'a facilité la manipulation de ce concept ni par les spécialistes ni par les autres acteurs concernés par la question (patients, familles, système de soins, pouvoirs publics, ...). Une revue systématique de la littérature nous a semblé l'outil le plus adapté pour mener une étude épistémologique de ces troubles, qui rende compte de l'éventail le plus complet de la connaissance scientifique sur le sujet, c'est-à-dire la connaissance commune et son environnement social, culturel et éthique. Les résultats de notre recherche confirment le lien entre évolution terminologique et progrès scientifique ; ils rendent compte d'une dualité théorique tenace entre les chercheurs anglo-saxons formés à la neuropsychologie et leurs collègues francophones attachés à une conception psychodynamique des troubles étudiés. Ce mémoire se veut aussi un appel à dépasser ces positions partisans et concilier les deux approches : une orthophonie créative sera-t-elle capable de mieux cerner des troubles qui, à ce jour, demeurent inexpliqués ?

63 pages – 44 références bibliographiques

Mots-clés

Dysphasie - Trouble spécifique du langage oral - Trouble développemental du langage - Terminologie - Épistémologie.

Abstract

Dysphasia, a specific language impairment, a developmental language disorder are three of the terms given by the literature in order to define children with language impairment where there is no identifiable reason for the language impairment. How to explain such a lack of consensus concerning not only the terminology but also the characterization of this kind of disorder? We can formulate several hypotheses taking into account the changes undergone by this entity in their diachronic dimension - they have been the results of the evolution of the scientific knowledge for nearly a century - and in their synchronic dimension. The members of the scientific community have not been able to agree upon the use of a single term, at a given moment. Moreover, we may suppose such confusion has made the concept uneasy to deal with, both for the experts and the other actors concerned by the issue, namely the patients, the families and the authorities. A systematic review of such literature has seemed to us the most appropriate means to conduct an epistemological survey of those disorders, which accounts for the most exhaustive range of the scientific knowledge upon the topic, that is to say the common knowledge and its social, cultural and ethical environment. The results of our survey confirm the link between the terminological evolution and the scientific progress: they put into relief a persistent theoretical duality between the Anglo-Saxon searchers trained to neuropsychology and their French counterparts attached to a psychodynamic conception of the disorder under scrutiny. The goal of this dissertation is also to go beyond those partisan opinions and reconcile the two approaches: will a creative speech therapy be able to understand more completely those disorders which have remained unexplained up to now.

Key-words

Dysphasia – Specific language impairment – Developmental language disorder – Terminology – Epistemology.