

Dysphasie: quels signaux d'alarme dès 3 ans avec quels types de prise en charge?

Catherine BERNEY

HUG, Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, Genève (Suisse)

catberney@bluewin.ch

Overview of a therapeutical treatment with a 9 year old child who presented a delay in the development of his language, a specific language impairment and difficulties in written abilities. According to his actual evolution, his diagnostics, the appropriate treatments and the orientations of these treatments will be discussed.

A special overview of the importance of having predicative instruments of communication for young children, like the «Evaluation de la Communication Sociale Précoce» (ECSP) will be explained and linked with the development of language throughout the years.

The specificity of speech and language therapy will be exposed within a pluridisciplinary optic of treatments, like educational methods, psychoanalysis, systemic therapy and developmental neuropsychology.

1. Introduction

En tant que logopédiste clinicienne travaillant dans un service de psychiatrie infantile, je suis amenée à évaluer et prendre en charge de jeunes enfants avant 6 ans. Mes interventions diagnostiques et thérapeutiques prennent sens au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La diversité des identités professionnelles tout comme des approches théoriques est perçue dans une visée intégrative et complémentaire. J'illustrerai la pluralité de ces regards diagnostiques et des approches thérapeutiques au travers d'une étude de cas d'un enfant dysphasique. En partant des bilans multidisciplinaires qui ont été établis tout au long de la prise en charge de cet enfant présentant un important retard d'apparition du langage à 3 ans, je me propose de revisiter son parcours développemental dans l'après-coup.

Il sera discuté des indices précoces qui pourraient servir de signaux d'alarme dès l'âge de 3 ans ainsi que de la validité des critères de prédiction. Les allers-retours entre théorie et pratique, inhérents à ce questionnement, permettront dans l'idéal d'affiner le diagnostic et de réfléchir sur le bien fondé des mesures thérapeutiques et pédagogiques prises à l'époque. Bien que l'histoire de cet enfant doive être lue selon différents axes théoriques:

développemental, systémique, pédagogique, psychodynamique et neuropsychologique, la perspective langagière a été ici privilégiée.

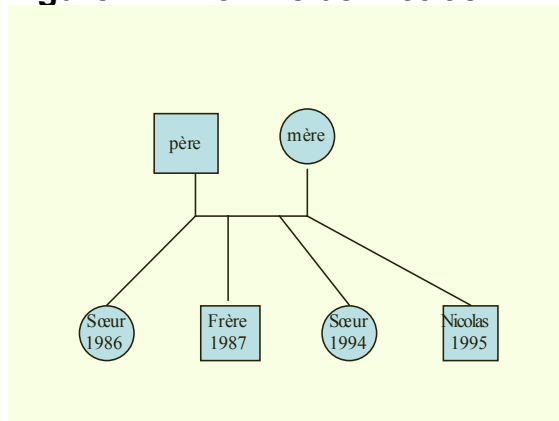
J'ai rencontré Nicolas¹ pour un premier bilan logopédique lorsqu'il avait 3 ans. Pour les besoins de cette intervention, je l'ai revu à 9 ans. Il est par ailleurs revenu consulter notre Service à 7 ans. Ces trois étapes développementales à 3, 7 et 9 ans ont fait l'objet d'enregistrements vidéos. A partir de l'analyse de ces extraits vidéo et sur la base des nombreux rapports de bilans, l'adéquation des critères d'évaluation, du diagnostic et des mesures thérapeutiques sera évoquée de façon rétrospective. Outre l'analyse des vidéos et le dépouillement des rapports, j'ai revu tous les thérapeutes engagés dans la prise en charge de Nicolas².

Nicolas a marqué tous les professionnels qui gardent de lui, même après plusieurs années, des souvenirs d'une étonnante précision.

2. Diagnostic et mesures thérapeutiques à 3 ans

2.1. Présentation anamnestique

Figure 1: Famille de Nicolas



Nicolas est le cadet d'une fratrie de 4 enfants (cf. Figure 1). Les deux aînés ont 8 ans de plus que lui, un an le sépare à peine de sa deuxième soeur. Sa mère est originaire de l'île Maurice, son père est suisse. La langue utilisée en famille est le français, sans antécédents familiaux connus de difficultés

¹ Prénom fictif

² Je voudrais remercier toutes les personnes rencontrées pour leur disponibilité, Nicolas en premier, sa mère, et tous les thérapeutes impliqués à un moment ou l'autre de ce parcours qui se poursuit encore actuellement. Pour des raisons de secret professionnel, ils ne peuvent être cités mais qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus sincères. Merci également à mes collègues Béatrice Oberson et Sandra Rusconi Serpa pour leur relecture attentive et leurs suggestions pertinentes.

langagières. Il est décrit comme un bébé très calme, dormant beaucoup, puis comme un enfant facile et agréable. La naissance a été provoquée 3 semaines avant terme. Il est né avec le cordon ombilical autour du cou sans problème d'anoxie. Les parents sont restés avec l'idée que ce cordon autour du cou était responsable de ses difficultés langagières, comme si cela avait eu des conséquences délétères sur l'état de sa langue et de ses organes phonatoires.

Nicolas a marché entre 16 et 18 mois et a présenté des difficultés alimentaires durables. Ce n'est qu'à l'âge de 5 ans qu'il a commencé à accepter des aliments solides à la maison alors qu'il le faisait en crèche, demeurant très sélectif quant au choix de la nourriture.

Il a produit ses premiers mots vers 15 mois selon la mère avec une stagnation dans la progression puisqu'il ne disait que quelques mots à 3 ans.

2.2. *Investigations à but diagnostic à 3 ans*

Le bilan logopédique met en évidence une bonne appétence à la communication chez un enfant qui paraît plus jeune que son âge. Nicolas recourt à la communication non verbale avec utilisation de gestes conventionnalisés pour pallier à son manque de moyens langagiers. La compréhension est supérieure à la production, mais n'est pas non plus à niveau. On relève une confusion sémantique puisque Nicolas ne semble pas différencier l'image du chien de celle du chat en désignation. Le retard de langage en production est massif. Le lexique n'excède pas une dizaine de mots dont des onomatopées.

L'interaction mère-enfant se caractérise par une grande soumission de la mère aux demandes de Nicolas qu'elle semble même anticiper, rendant la parole de son fils peu nécessaire.

L'Evaluation de la Communication Sociale Précoce (Annexe I) (ECSP, Guidetti & Tourette, 1993) met en évidence des compétences homogènes, inférieures à son âge mais qui attestent l'existence des pré-requis nécessaires à la communication dans les fonctions d'attention conjointe et de régulation du comportement, autant dans les rôles d'initiation que de réponse. Seul le maintien d'une activité (suite de trois tours de rôles consécutifs) se situe à un niveau nettement inférieur, signe d'une difficulté à pouvoir maintenir un échange.

Le bilan cognitif (WPPSI-R) atteste une intelligence en dessous des normes attendues et non quantifiable par impossibilité à administrer les items langagiers.

Le bilan pédopsychiatrique révèle un jeu symbolique peu élaboré, des aspects régressifs et des traits obsessionnels.

2.2.1. Commentaires de l'extrait vidéo à 3 ans

Contexte: Nicolas et la logopédiste regardent ensemble un livre d'images (un des items de l'ECSP). La logopédiste demande à Nicolas de dénommer et /ou désigner des images.

Nicolas initie et répond à l'attention conjointe. Il utilise des gestes conventionnalisés comme le pointage dont il se sert uniquement en modalité réponse. Le hochement positif de la tête est utilisé pour confirmer mes dires avec une production à valeur d'acquiescement: «hein-hein». Il évite de répéter l'onomatopée «ouah-ouah», qu'il produit pour tous les bruits d'animaux en esquissant même une ébauche labiale silencieuse. Il semble qu'il ait intégré de mes remarques précédentes que ce n'était pas la production attendue mais sans avoir de moyens phonologiques alternatifs à disposition. Cela atteste une sensibilité au contexte, au langage et à l'interlocuteur, donc une compétence pragmatique. Il est par ailleurs capable d'imiter en immédiat le «cot-cot» de l'adulte.

Parallèlement à l'émission de l'onomatopée «ouah» qui ne correspond pas à l'image de chat qu'il pointe du doigt, il joint un geste de la main (boucle avec le pouce et l'index, les autres doigts sont écartés) comme s'il avait besoin de clarifier le sens de l'émission vocale. Ce néologisme gestuel qui semble substitutif dans cette situation du mot manquant «chat» va réapparaître à chaque fois dans un contexte de manque de mot. Il a bien une valeur substitutive, et non pas accompagnatrice du mot mais sans être conventionnalisé selon notre code culturel (Ekman & Friesen, 1969³, cités par Guidetti, 2003). Il a par ailleurs la valeur de «geste-valise» puisqu'il est utilisé pour des signifiés variés qui ont en commun l'impossibilité d'être produits verbalement. Il exprime ainsi une véritable intention (Greenfield, 1980)⁴ communicative, équivalent non verbal de la notion d'acte de langage.

³ Selon ces auteurs, les gestes sont classés en cinq catégories principales: 1) les mimiques faciales: expression des émotions; 2) les adaptateurs: mouvement de la main en contact avec une autre partie du corps, ex.: se gratter la tête; 3) les régulateurs: règlent le flux de la conversation, 4) les illustreurs: mouvement de la main directement lié au discours. Ils accentuent le contenu du discours, ex: absence de mot précis, contenu sémantique variable; 5) les emblèmes: gestes conventionnalisés et appris.

2.2.2. Commentaires de l'extrait vidéo d'une interaction mère-enfant à 3 ans

Contexte: Nicolas appelle sa mère d'une voix plaintive suivie d'un «mmh» interrogatif. Sa mère lui répond: «quoi mmh?» Il répond par le même geste (boucle avec l'index et le pouce) précédemment décrit. Sa mère répond: «je ne sais pas ce que tu veux mais tu vas le chercher toi-même». Nicolas se fâche et crie. La mère ne cède pas.

Dans cet extrait, Nicolas montre une autre valeur à l'utilisation du même geste de la main que dans la précédente vignette. Une valeur que l'on pourrait considérer d'illocutoire et qui a été clairement perçue comme telle par la mère dans l'interaction: Nicolas lui intime l'ordre de lui donner un objet .

Ce geste, analysé à l'aide des catégories de l'ECSP, a une fonction de régulation du comportement: il veut obtenir quelque chose de sa mère. C'est Nicolas qui a le rôle d'initiateur. Les initiations sont peu fréquentes chez les enfants avec TDL (Trouble du Développement du Langage) mais leur fonction est alors celle d'instrumenter l'autre (Paul & Shiffer, 1991). Dans cet extrait, la mère décode le geste de son enfant comme ayant une valeur d'injonction à laquelle elle refuse de répondre, ce qui va provoquer la colère de Nicolas accompagnée de la production orale «non». Il est à remarquer que cette dernière émission est codifiée sur le plan de la mimique, de l'intonation et de la production verbale.

Même si l'analyse des gestes à l'aide de catégories propres à la communication verbale peut prêter à discussion, le dénominateur commun est celui «d'action» et d'intentionnalité, notions communes aux théories pragmatiques et interactionnistes (Bruner, 1983).

2.3. *Pertinence des outils d'évaluation et du diagnostic?*

A l'époque, j'étais loin de m'imaginer l'ampleur des difficultés de langage oral et écrit que cet enfant allait devoir affronter. Et pourtant? Quels sont à posteriori les signaux d'alarme qui auraient pu m'alerter et quels ont été mes principaux biais d'interprétation?

Revenons tout d'abord à la perspective théorique. Ma lecture des profils de communication de l'ECSP a souffert d'erreurs de jeunesse en dotant cette échelle d'un pouvoir quasi magique de pronostic quant à l'émergence du langage. L'ECSP suppose une continuité entre le pré-linguistique et le

⁴ L'intention est définie par deux conditions: 1) un comportement dirigé vers un but; 2) dont la personne peut se représenter les conditions de satisfaction et peut donc stopper ce comportement lorsque le but est atteint.

linguistique (Bruner, 1983). Si l'attention conjointe et la régulation du comportement sont des pré-requis à l'apparition langagière, il serait abusif de les considérer comme suffisants. Ils sont probablement nécessaires mais certainement pas suffisants et sont davantage à considérer avec Lepot-Froment (1988) comme des éléments facilitateurs d'une compétence langagière encore à venir.

L'ECSP n'a par ailleurs pas pour mission d'évaluer le langage, mais bien les compétences communicatives. Dans le cas de Nicolas, le retard de langage était déjà massif avec des caractéristiques avérées de déviance davantage que de délai dans l'apparition des premiers mots.

La dyssynchronie entre niveau cognitif et communicatif semble représentative de certaines pathologies, telle l'autisme, dont le profil à l'ECSP se caractérise par un déficit spécifique d'initiation en attention conjointe (Adrien et al., 1986).

Sur ce même modèle, mais de façon purement empirique, j'oserai la mise en perspective de la particularité d'un profil à l'ECSP (Annexe II) pouvant avoir valeur de signal d'alarme et permettant d'envisager l'éventualité d'un diagnostic ultérieur de dysphasie. Il se caractérise par un résultat qui peut faire illusion dans un premier temps. En effet, toutes les fonctions de la communication atteignent de façon homogène un niveau conventionnel, voire même symbolique, hormis dans la catégorie «maintien» qui reste à un niveau 2 et 3. Compte tenu de l'âge de Nicolas, tous les résultats dans toutes les catégories sont cependant, de façon homogène, en dessous de la norme d'un point de vue développemental. Notons qu'il est possible d'administrer l'ECSP à des enfants au-delà de 30 mois, pour autant que leur langage n'excède pas des énoncés à deux éléments en production.

La conjonction de cette double homogénéité: bon profil communicatif dans toutes les catégories, associé à un retard de développement homogène dans toutes les catégories, pourrait avoir valeur de signal pour tout trouble ayant une forte incidence sur l'encodage phonologique, sans autres difficultés pragmatiques ou praxiques avérées. J'ai accueilli très récemment un autre enfant au profil quasi superposable, pour lequel il a été diagnostiqué une surdité moyenne à sévère.

Cette observation sur un cas unique ne peut en aucun cas être généralisée et nécessiterait le développement de recherches plus approfondies pour être discutée de manière plus approfondie.

Quant à l'analyse structurelle du langage, une analyse de la vidéo – outil irremplaçable pour faciliter l'accès à un décodage plus détaillé – m'a permis de mettre en évidence l'hypothèse d'un déficit de la structure du langage alors que j'avais davantage privilégié une étiologie fonctionnelle et interactionnelle du déficit langagier. Ces deux hypothèses ne sont par ailleurs pas mutuellement exclusives. Exprimé de façon caricaturale, je passe de «il ne

veut pas» à «il ne peut pas». Deux indices principaux permettent de dégager des possibilités alternatives de compréhension.

- 1) L'ébauche labiale de Nicolas précédemment décrite permet une autre lecture de la production verbale «ouah-ouah», pensée comme l'équivalent d'une «onomatopée-valise». Mon hypothèse de sur-généralisation et de «mot-valise» est probablement réductrice. Elle n'a de sens que dans une perspective développementale et un contexte de construction lexicale par sur-généralisation sémantique. A posteriori, ce «ouah-ouah» peut être considéré comme la seule production sonore possible, par «contrainte phonologique», à défaut d'autres capacités d'agencements. Les deux hypothèses peuvent d'ailleurs et à nouveau coexister. Selon Mazeau (1999), «l'enfant a accès à la représentation mentale de la forme sonore du mot: c'est la phase ultérieure, d'encodage séquentiel phonétique, qui est perturbée (c'est un trouble de la mise en sons et non un trouble de l'évocation de la forme sonore du mot)» (p. 54).
- 2) La particularité du système gestuel de Nicolas aurait aussi pu m'alerter. Particularités que je n'ai décryptées qu'à la vidéo et dans l'après-coup. Elles se caractérisent par une transposition dans le répertoire gestuel d'actes de communication propres au langage verbal. Le geste est utilisé comme substitut du mot avec une maîtrise de la convention, bien que culturellement non reconnue, et une pluralité de signifiés. C'est un équivalent gestuel de nos productions verbales: «ce truc», ou «ce machin» émises dans le même contexte de manque du mot.

Venons-en enfin au contexte thérapeutique. Le cadre de référence psychanalytique du Service dans lequel je travaille tend à orienter spécifiquement mon attention sur la relation mère-enfant. Ma formation en Guidance Interactive donne par ailleurs aux caractéristiques de l'interaction un poids certain. Dans le cas de Nicolas, l'analyse de la relation mère-enfant (il est le petit dernier, avec des aspects régressifs et peu d'envie de grandir) et de l'interaction (la mère se soumet à un enfant tyrannique) me donnait des indices sérieux pour alimenter ces deux perspectives.

2.4. Pertinence des mesures thérapeutiques?

Après avoir questionné certains critères de diagnostic, voire de pronostic à 3 ans, qu'en est-il des mesures thérapeutiques préconisées à cette même période?

Des contrôles d'évolution et une intégration rapide dans un groupe de langage à raison d'une séance par semaine ont été réalisés, suivis quelques mois plus tard par une séance individuelle logopédique, parallèlement à son intégration dans le groupe. L'approche thérapeutique a été choisie à partir de critères fonctionnels, alors que la difficulté était aussi structurelle.

La mesure de groupe visait à pouvoir créer un contexte suffisamment stimulant et peut-être déstabilisant pour que l'accès à la convention langagière apparaisse davantage comme une nécessité à Nicolas dont les copains ne se seraient pas satisfaits (comme sa mère) d'un geste de la main comme substitut du mot.

Cependant, compte tenu du jeune âge de l'enfant, la mesure thérapeutique aurait été à mon sens globalement la même, qu'elle découle d'une perspective structuraliste ou fonctionnaliste. Nicolas et ses parents auraient néanmoins pu bénéficier d'un travail plus spécifique sur l'interaction parent-enfant tant du point de vue langagier et communicationnel que plus profondément représentationnel.

La guidance parentale est un moment essentiel (Monfort & Juan Sanchez, 1996) quelle que soit la forme qu'elle peut prendre (entretiens, guidance interactive, etc). Elle permet aux parents de s'ajuster aux particularités langagières et communicationnelles de leur enfant en évitant l'installation précoce d'inadéquations interactionnelles. Ce travail se fait à tous les niveaux: langagiers, émotionnel et représentationnel.

Toutefois, dans ce contexte familial particulier, un travail direct sur l'interaction au moyen d'une prise en charge en guidance interactive (Berney, 1999 et 2003) aurait pu avoir des effets positifs, mais probablement modestes. En effet, le type d'interaction que cette mère adopte avec ses enfants, ses fils en particulier, semble réactionnel à des événements traumatiques qui ont balisé sa propre enfance et qui semblent peu mobilisables dans l'«ici-maintenant». Nos premières options thérapeutiques n'ont peut-être pas non plus mis l'accent sur cette approche en raison du suivi parallèle de la famille pour un, puis deux de leurs enfants. Cette réalité qui nous conduit souvent à ne pas vouloir ajouter de mesures thérapeutiques devrait au contraire être un signal d'alerte pour un travail centré sur les interactions familiales.

3. Evolution de 4 à 7 ans

3.1. Evolution entre 4 ans et 6 ans

A **4 ans**, malgré une bonne appétence à l'échange dans le groupe logopédique, Nicolas éprouve des difficultés de communication d'ordre pragmatique: il ne peut s'ajuster à la non compréhension des autres et reste dans le seul mode d'initiation de l'échange. L'évolution dans la structure de son langage est inexistante. Son jeu symbolique est pauvre. En individuel, il diversifie ses actes de langage et diminue le recours au gestuel.

Sur le plan pédagogique, il intègre une classe de langage à mi-temps pendant deux ans, parallèlement à la 1^{ère} enfantine et 2^{ème} enfantine pour l'autre mi-temps.

A **6 ans**, le bilan neuropsychologique met en évidence un niveau intellectuel à la limite de la norme. Le bilan logopédique montre une insuffisance lexicale avec une persistance de la confusion sémantique chien/chat ainsi qu'une prédominance de difficultés phonologiques majeures qui compromettent nettement la compréhension d'un interlocuteur non familier.

La persistance de difficultés sémantiques (confusion chat/chien) est peu décrite dans la littérature, en français surtout. Piérart (2004) évoque une recherche de Bishop (1997) qui décrit une sous-spécification des représentations. Elles resteraient globales pendant une période plus longue du développement de l'enfant.

L'altération de la mémoire de travail verbale rend difficile la distinction entre des difficultés d'ordre linguistiques (le traitement des informations verbales est altéré) ou réellement mnésiques (Mazeau, 1999).

Du point de vue du cursus pédagogique, Nicolas refait la 2^{ème} enfantine.

3.2. *Evolution à 7 ans*

Le diagnostic de dysphasie de type phonologique syntaxique est posé pour la première fois. Je retiendrai pour notre propos la définition (DSM IV) par exclusion de la dysphasie. Il s'agit d'un trouble spécifique du développement du langage en l'absence d'un déficit intellectuel, de déficit auditif, de malformations des organes phonatoires, de lésion cérébrale, de troubles psychopathologique et de carence éducative ou affective grave. Mazeau (1999) décrit la «trilogie» caractéristique des dysphasies phonologiques syntaxiques: l'hypospontanéité du discours (phrases courtes et peu d'initiatives de parole), une dyssyntaxie et des troubles graves de la production phonologique.

A cette époque, Nicolas subit un nombre considérable d'examens, (neurologiques, génétique et IRM), ayant pour objectif d'exclure d'autres pathologies. Ils se révèlent tous dans les normes. Son évaluation cognitive à l'aide du K-ABC (Kaufman & Kaufman, 1993) montre une intelligence dans les normes, avec une dissociation entre les processus simultanés (préservés) et les processus séquentiels (insuffisants). Cette caractéristique de son fonctionnement rappelle la même difficulté d'agencement séquentiel dans le domaine phonologique. L'altération du système phonologique avec d'importantes difficultés de programmation (la répétition est facilitatrice en comparaison de l'évocation spontanée), l'encodage syntaxique insuffisant, la pauvreté lexicale, la richesse des mimiques et des gestes sont quelques caractéristiques du langage de Nicolas qui sont reconnues dans la définition de ce type de dysphasie. Les répercussions de ces difficultés dans le langage écrit sont déjà avérées. La reconnaissance globale de mots écrits isolés est

possible, mais le principe de la correspondance graphème-phonème n'est pas encore maîtrisé.

Hormis les résultats au bilan pédopsychiatrique évoqués ci-après, son profil correspond au diagnostic «par exclusion» de la dysphasie.

3.2.1. Commentaires de l'extrait vidéo à 7 ans

Contexte: Nicolas joue et discute avec un pédopsychiatre dans une salle munie de caméras vidéos. Ni lui, ni le médecin ne se connaissent. Cette consultation, «à l'aveugle» pour le médecin qui ne connaît rien de l'histoire de cet enfant, a pour but l'établissement d'un diagnostic de type psychodynamique.

Nicolas se montre agité et euphorique, probablement pour masquer sa grande anxiété et sa dépression. Il se sent persécuté autant par les caméras que par cet interlocuteur inconnu.

Outre les difficultés phonologiques qui émaillent ses productions, il ne répond pas, ou à côté aux questions qui lui sont posées. Il est difficile de savoir si la raison en est linguistique (les enfants dysphasiques ont en effet des difficultés spécifiques avec certains types de questions, de Weck et Rosat, 2003) ou émotionnelle (il fuit le dialogue par angoisse).

3.3. *Pertinence du diagnostic?*

Sur le plan langagier ce type d'évolution suscite une réflexion sur les relations de dépendance/indépendance entre les troubles linguistiques et pragmatiques. Les dernières recherches, malgré l'absence de consensus, parleraient en faveur d'une indépendance des troubles. L'hypothèse «méta-pragmatique» (Donahue, 1987; McTear & Conti-Ramsden, 1992, cités par de Weck et Rosat, 2003), évoque cependant les activités de compensation des enfants dysphasiques dans la conversation afin de masquer leur difficulté et alimente les tenants de l'hypothèse de dépendance d'un trouble sur l'autre.

Un seul aspect du langage de Nicolas reste très atypique: il n'a pas présenté dans le cadre interactionnel des bilans qu'il a eu avec les adultes, de retrait ou de manque d'initiative dans la prise de parole, au contraire. C'est d'ailleurs ce qui fait la singularité et la force de Nicolas. Il a réussi à conserver appétence et initiatives dans l'échange, malgré d'importantes difficultés structurelles. La prégnance des difficultés phonologiques avec cependant une capacité d'apprentissage possible, mais très lente, reste centrale.

Sur le plan de l'organisation de sa personnalité le Professeur Palacio pose le diagnostic de désorganisation du cours de la pensée, correspondant à une «dysharmonie psychotique» (Misès, 1990) ou à un «autre trouble envahissant

du développement» (CIM-10, 1994). Une psychothérapie à raison de trois séances par semaine a été indiquée, de même qu'une intégration en classe spécialisée.

A cette époque, Nicolas est en échec scolaire. Il refuse d'aller à l'école et pleure tous les matins.

Avec une grande disponibilité dont je le remercie, le Professeur Francisco Palacio Espasa, chef du Service de psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, a revu cet extrait deux ans après. Il pose le même diagnostic et relève la part de cohérence du cours de la pensée lorsque Nicolas a l'initiative de ses propos et de confusion lorsqu'il est en demeure de répondre à l'adulte. Cette description rejoint celle, plus psycholinguistique, de difficulté de réciprocité dans l'échange ou d'adaptation à l'autre. L'esquive lui permet d'éviter le sentiment de persécution. Après le visionnement des extraits présentant Nicolas à 3 ans et 9 ans, le professeur Palacio Espasa modère alors son diagnostic en parlant davantage «d'état limite» avec des moments possible d'organisation plutôt que de trouble psychotique. Il fonctionne moins bien avec un homme, avec lequel il se sent persécuté.

3.4. Pertinence des mesures thérapeutiques?

Cette vignette pose la question de l'influence réciproque des troubles langagiers et communicationnels sur la structuration de la personnalité. Le thème de la discussion avec le Professeur Palacio Espasa aurait pu s'intituler «qui de la poule ou de l'œuf». Au moment de cette discussion, nous sommes parvenus à un avis consensuel sur l'influence réciproque des troubles langagiers sur la structuration de la personnalité et de l'incidence de la désorganisation structurelle du langage sur l'organisation mentale de Nicolas. Selon Bishop (1989, citée par de Weck et Rosat, 2003) «il n'existe pas d'accord entre les différents membres d'une équipe pluridisciplinaire à propos des diagnostics posés pour des enfants présentant des troubles de la communication, le désaccord étant fonction de la profession des spécialistes» (p. 43).

L'adjonction d'une psychothérapie, parallèlement à la poursuite du traitement logopédique va dans le sens du respect de la pluralité des regards interdisciplinaires et d'une approche globale de l'enfant.

3.5. Pertinence du contenu du traitement logopédique?

Les propositions de travail langagier à la suite du bilan neuropsychologique se sont centrées sur l'axe phonologique. La personne en charge du traitement n'a pu aborder cet axe avant la 2ème année de traitement. Nicolas était beaucoup trop blessé pour pouvoir travailler directement sur ses difficultés:

«J'avais l'impression de le torturer» m'a retransmis son thérapeute du langage. En dépit du fait que ce travail n'a pu se faire dans un premier temps, il est important de se poser la question du choix de cet axe à ce moment de la prise en charge. Faut-il travailler sur le mode de la compensation en s'engouffrant «là où ça fait mal» ou replacer la difficulté dans un fonctionnement plus global où il est possible de s'appuyer sur d'autres systèmes fonctionnels pour trouver d'autres portes d'entrée. En l'absence de consensus quant aux stratégies les plus bénéfiques, c'est le sens des réactions de l'enfant qui servira à valider une option thérapeutique plutôt qu'une autre (Gérard, 1989).

Il semble qu'il y ait néanmoins un certain consensus quant à la nécessité de recourir à l'écrit comme «voie royale» pour la prise en charge d'enfants dysphasiques. Gérard (1989) décrit le rôle facilitateur du langage écrit qui permet d'éviter la rétention verbale immédiate et de faciliter la création d'images verbales en offrant un support dans les processus d'encodage. Mazeau (1999) cite le recours à d'autres canaux: gestuels ou visuels afin d'ancrer le phonologique dans d'autres modalités que purement auditives. «Le but essentiel du traitement de la dysphasie est d'essayer d'enrayer à la base, c'est-à-dire au niveau des déficits structurels, une dynamique développementale marquée par les effets cumulatifs de la dysphasie et ses conséquences» (p. 67).

Il est possible et utile d'intervenir sans nécessairement tout comprendre de l'étiologie en cause. Ce qui ne signifie évidemment pas que nous n'aurions rien à gagner des avancées des travaux en neurologie développementale, bien au contraire.

4. Evolution à 9 ans

Sur le plan langagier

Nicolas est toujours communicatif et expressif avec un ton de voix qui fait nettement plus jeune que son âge.

Il a été évalué à l'aide de la batterie L2MA (Langage oral - Langage écrit - Mémoire-Attention; Chevrier-Muller et al., 1997), qui permet la réalisation d'un profil avec des épreuves portant sur ces quatre domaines. Cette batterie a été étalonnée à partir du même échantillon de référence ce qui permet d'éviter les emprunts souples et pratiques, mais peu utilisables en terme de validité méthodologique.

Il présente un niveau homogène faible à cette batterie (le situant dans le 6,7% de sa classe d'âge). Les mêmes difficultés lexicales et phonologiques sont présentes avec un faible niveau de fluence verbale et de mémoire de chiffres. La lecture globale de mots isolés est possible. L'accès à la compréhension textuelle est encore trop complexe pour lui. Sur le plan orthographique, il a

acquis le principe de correspondance graphème-phonème, mais son application est laborieuse et ne lui permet pas l'accès au sens.

Sur le plan de l'organisation de sa personnalité

Il n'a pas envie de grandir, tout en se montrant très fier de ses gains en autonomie. Il préfère rester petit «je pourrai plus (= davantage) jouer et j'aurai plus de câlins». Uzé et Bonneau (2004) relèvent l'attachement quasi fusionnel de beaucoup d'enfants porteurs de graves difficultés langagières à leurs parents, comme si le cocon familial était porteur de compréhension contrairement à un extérieur beaucoup plus hostile. «Cette dépendance linguistique aux proches est à la fois une aide et un frein». Cette entrave à la séparation a des conséquences nuisibles sur le développement et l'accès à la représentation se fait sur le mode de l'appauvrissement. Le risque de menace dépressive ainsi que de pauvreté symbolique se situe bien dans l'excès de lien qui leur fait craindre sa perte. «Leur identité semble fragile au sein de famille qui les enveloppe plus qu'elle ne les distingue» (p. 119).

4.1. Commentaires de l'extrait vidéo à 9 ans

Contexte: il s'agit d'un bilan logopédique avec la même logopédiste que lorsqu'il avait 3 ans. A ma troisième déformation du prénom d'une de ses sœurs, je m'exclame avec une véhémence authentique contre mes propres difficultés d'encodage phonologique. Nicolas me propose immédiatement d'écrire ce prénom pour m'aider à mieux le prononcer.

Sa réponse «tu veux que je te l'écrive?» est non seulement touchante venant de la part d'un enfant aux prises avec de sérieuses difficultés en langage écrit mais atteste aussi l'intégration, au-delà de ses difficultés structurelles, d'un véritable projet de lecteur (Chauveau & Rogovas-Chauveau, 1990). Cela exemplifie «la voie royale» de passage par l'écrit qu'il a fait sienne et qu'il offre à l'autre, dans un élan qui atteste une bonne capacité à se mettre à la place de l'autre ou par identification à ses propres difficultés.

Avant de conclure, **un résumé des prises en charge thérapeutique et pédagogique** permettra de réaliser l'ampleur du dispositif de soins mis en place autour de cet enfant:

- A 3 ans: intégration dans un groupe de langage avec augmentation de la fréquence d'intégration en crèche
- A 3; 6 ans: ajout d'une séance de logopédie individuelle.
- A 4 ans: intégration en classe de langage à mi-temps avec scolarisation en 1^{ère} enfantine.
- A 5 ans: 2^{ème} année de classe de langage et scolarisation en 2^{ème} enfantine

- A 6 ans: traitement logopédique de 3 séances de 20 minutes par semaine, intégration en 2^{ème} enfantine à plein temps
- A 7 ans: psychothérapie de 3 séances par semaine, logopédie de 2 séances par semaine, classe spécialisée
- A 8 et 9 ans: psychothérapie de 2 séances par semaine, logopédie de 2 séances par semaine, maintien en classe spécialisée.

5. En guise de conclusion

Après 6 ans de prise en charge, Nicolas présente toujours d'importantes difficultés en langage oral et écrit. Osons la question de la nécessité de cet important arsenal thérapeutique.

Il a cependant gardé son appétence à la communication, sa vivacité, son ouverture aux autres et son potentiel cognitif. Il continue à apprendre et à vouloir le faire. Il n'est, pour reprendre une description par l'exclusion, ni dépressif, ni psychotique, ni hypospontané dans sa prise de parole. Les prises en charge multidisciplinaires n'ont pas guéri, elles ont probablement réussi à limiter l'effet potentiellement dévastateur de la persistance de graves troubles langagiers sur le développement de sa personnalité et permis une meilleure intégration scolaire et sociale. Si l'humilité est de mise dans l'expectative des résultats de prises en charge au long cours, il convient aussi de ne pas être trop modeste.

Mes remarques finales se déclinent sous trois modes.

1) *Réaliste*

La précocité autant que la globalité des approches thérapeutiques me semblent essentielles à ce type de prise en charge. Dans le cas de Nicolas, le diagnostic de dysphasie aurait pu être posé beaucoup plus tôt, vers 4 ans, sans que cela modifie par ailleurs le mode de prise en charge.

Cette assertion présuppose un cadre de référence issu de la psycholinguistique développementale qui se distingue d'autres approches, neurologique en particulier, où l'identification du trouble donne les clés thérapeutiques. Maîtriser l'étiologie est un baume à notre âme toujours friande de catégories bien libellées, mais pas forcément une solution à nos questionnements thérapeutiques.

Quels outils thérapeutiques utiliser? A quel moment? Et comment? Unir nos forces dans la recherche de solutions à ces questions serait un gain pour l'enfant surtout mais aussi pour le thérapeute.

2) *Idéaliste*

L'ère actuelle des restrictions budgétaires risque de contaminer notre appareil à penser sur le même mode réductionniste, en miroir des coupes financières. Le risque de dérive vers des diagnostics et des thérapies dictés par des critères financiers davantage que cliniques et théoriques est réel. Il devient alors idéaliste de se faire l'apôtre de la complexité et d'insister pour que les prises en charge soient précoces, intensives et souvent longues. Nager à contre-courant me semble cependant éthiquement et déontologiquement nécessaire, même si l'exercice peut se révéler essoufflant au long cours.

3) *Naïf*

Les thérapeutes, dont ceux du langage, ont besoin de la recherche sur le terrain de la pratique: quelles types de stratégies thérapeutiques fonctionnent le mieux, à quel moment, avec quels enfants et pour quels troubles? Une collaboration plus proche permettrait également de mieux cerner la distance inévitable qui existe entre ce que nous pensons faire dans nos traitements et ce que nous faisons.

Annexe I

Présentation résumée de l'ECSP (Evaluation de la Communication Sociale Précoce, Guidetti & Tourette, 1993)

L'ECSP (Tourette, 2001) est une échelle permettant d'évaluer les compétences communicatives d'enfants âgés de 3 à 30 mois. Elle se structure en trois fonctions:

- 1) Attention Conjointe (AC) ayant pour but de partager l'attention avec autrui
- 2) Régulation du Comportement (RC) ayant pour but de modifier le comportement d'autrui
- 3) Interaction Sociale (IS) ayant pour but d'attirer l'attention sur soi

Dans chacune de ses dimensions de l'interaction, l'enfant peut jouer trois rôles différents et complémentaires :

- 1) Initier (I)
- 2) Répondre (R)
- 3) Maintenir (M)

Ces trois rôles vont se combiner avec les trois fonctions pour aboutir à 8 séries: IIS, RIS, MIS, IAC, RAC, MAC, IRC, RRC.

On distingue 4 niveaux de développement:

- 1) niv 1 = niveau simple (premiers mois)
- 2) niv 2 = niveau complexe (4 et 6 mois)
- 3) niv 3 = niveau gestuel (7 et 16 mois)
- 4) niv 4 = niveau symbolique (25 à 30 mois)

L'évaluation comporte 108 items, elle dure de 20 à 40 minutes en fonction de l'âge des enfants. Ceux-ci sont engagés dans des interactions ludiques avec l'examineur qui doit faire preuve de souplesse et d'adaptation face aux réactions de l'enfant lors de la passation. Il est possible de l'administrer à des enfants au-delà de 30 mois, pour autant que leurs productions n'excèdent pas des énoncés à deux éléments.

Le but de la cotation de l'ECSP est d'aboutir à un niveau développemental de communication ainsi que d'établir un profil qui permettra de déceler des aptitudes ou déficits dans certaines des compétences communicatives évaluées.

Annexe II

Profil de Nicolas à l'ECSP à 36 mois

	RIS	IIS	MIS	RAC	IAC	MAC	RRC	IRC
Niv 1								
Niv 2								
Niv 3								
Niv 3,5								
Niv 4								

Bibliographie

- Adrien, J.-L., Barthelemy, C., Sauvage D. & Lelord, G. (1986). Troubles de la communication des enfants autistiques sans langage. Aspects descriptifs et évaluatifs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 34, 93-98.
- Berney, C. (1999). De l'interaction parents/enfants à l'émergence du langage: quelle place pour l'intervention logopédique? *Regards sur les interventions logopédiques*. Formation continue, ARLD, Fribourg.
- Berney, C. (2003). Guidance interactive en logopédie. *Langages et Pratiques*, 32, 2-11
- Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Paris, PUF.
- Chauveau, G. & Rogovas-Chauveau, E. (1990). Les processus interactifs dans le savoir lire

- de base. *Revue française de pédagogie*, 90, 23-30.
- Chevrier-Muller, CL., Simon A.M. & Fournier, S. (1997). *Batterie L2MA (Langage oral-Langage écrit-Mémoire-Attention)*. Paris: Ed. du Centre de Psychologie Appliquée.
- Cim-10 (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, traduction française. Paris: Masson.
- de Weck, G. (2004). Les troubles pragmatiques et discursifs dans la dysphasie. *Enfance*, 1, 91-106.
- de Weck, G. & Rosat, M.-C. (2003). *Troubles dysphasiques. Comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire*. Paris: Masson.
- DSM-IV.(1996).*Critères diagnostiques*. American Psychiatric Association. Masson, Paris.
- Ekman,P. & Friesen W. (1969).The repertoire of non verbal behaviour: categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, 1, 49-79.
- Greenfield, P-M. (1980). Toward an operational and logical analysis of intentionality: the use of discourse in early child language, in D.R. Olson *The social foundations of language and thought* (pp. 254-279). N-Y: Norton and Co.
- Gerard, C. (1989). *L'enfant dysphasique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Guidetti, M. (2003). *Comment communiquent les jeunes enfants*. Paris: Belin.
- Guidetti, M. & Tourette, C. (1993). *Evaluation de la Communication Sociale Précoce: l'ECSP*. Paris: EAP.
- Kaufmann, A. & Kaufmann, N. (1993). K-ABC, *Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant (adaptation française)*.
- Lepot-Froment, Ch. (1988). De la communication prélinguistique à la communication linguistique: des questions à propos des phénomènes de transition. In P. Aimard (éd), *Les interventions précoces en audio phonologie* (pp.11-39). Paris: Isocel.
- Mazeau, M. (1999). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Misés, R. (1990). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Vanves: CTNERHI.
- Monfort, M. & Juarez Sanchez, A. (1996). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Isbergues: l'Ortho édition.
- Paul, R. & Schiffer, M.-E. (1991). Communicative initiations in normal and late-talking yodler. *Applied Psycholinguistics*, 12, 419-431.
- Piérart, B. (2004). Sémantique lexicale dans le syndrome phonologique syntaxique: données d'observation francophones. *Enfance*, 1, 80-89.
- Tourette, C. (2001). *L'évaluation psychologique des très jeunes enfants*. Paris: Dunod, Topos.
- Uzé, J. & Bonneau, D. (2004). Aspect pédopsychiatrique des dysphasies: données médico-psychopathologiques. *Enfance*, 1, 113-121.