

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/250700181>

# Les troubles du langage de l'enfant : le point de vue du psychiatre

Article in *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* · December 2005

DOI: 10.1016/j.jpp.2005.10.001

CITATION

1

READS

398

5 authors, including:



[Xavier Jean](#)

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

63 PUBLICATIONS 559 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



MICHELANGELO [View project](#)



Robotics and Autism [View project](#)



ELSEVIER

ARTICLE ORIGINAL

# Les troubles du langage de l'enfant : le point de vue du psychiatre

## Children language disorder: point of view of the psychiatrist

J. Xavier \*, F. Bigouret, D. Chauvin, D. Cohen, P. Mazet

*Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France*

### MOTS CLÉS

Troubles du langage ;  
Examen  
psychiatrique ;  
Enfant ;  
Développement ;  
Perspective  
intégrative

**Résumé** Chez l'enfant, les troubles du langage constituent un motif fréquent de consultation. Le langage est non seulement un outil d'expression, de connaissance et de communication, mais au-delà, il participe au développement psychique de l'enfant. Son exploration fait partie intégrante de l'examen psychiatrique et le polymorphisme des tableaux où apparaît un trouble du langage inscrit le clinicien dans une vision développementale autant qu'intégrative du sujet, ce qui nécessite la mise en œuvre d'un travail de collaboration pluridisciplinaire. Cette forme de travail semble enfin paradigmatique du fonctionnement d'un psychiatre, qui se doit d'intégrer à ses connaissances et à sa pratique, aux côtés de la théorie psychodynamique, les apports de la psychologie cognitive et de la linguistique.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Language disorders;  
Psychiatric  
examination;  
Children;  
Development;  
Integrational  
perspective

**Abstract** Children language disorders are a frequent reason of consultation. Language is not only a means of expression, knowledge and communication but it also contributes to psychic development. Its exploration is an integral part of children psychiatric examination. Language disorders appear in very different situations and the polymorphism of the cases requires that the psychiatrist considers the disorder in a developmental and integrational point of view. This requires pluridisciplinary collaboration. This way of working seems paradigmatic of the work of a psychiatrist who must consider not only the psychodynamical theory but also cognitive psychology and linguistics.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

Les troubles du langage constituent un motif fréquent de consultation, en particulier chez l'enfant de quatre à huit ans. Ils sont définis comme une

pathologie du développement du langage oral ou écrit ; celle-ci peut être d'ordre fonctionnel, comme c'est le cas dans le retard simple de langage, ou encore relative à une atteinte structurale du langage.

Le langage est non seulement un outil d'expression, de connaissance et de communication, mais au-delà, il participe à la structuration du sujet.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jeanxav@club-internet.fr](mailto:jeanxav@club-internet.fr) (J. Xavier).

Son exploration fait partie intégrante de l'examen clinique de l'enfant ; tous deux ne pouvant s'envisager que dans une perspective développementale.

Cette vision « intégrative » semble indispensable, et existe à plus d'un titre :

- dans une démarche d'appréhension de la structuration d'un sujet en interaction avec son environnement, il est nécessaire de prendre en compte à la fois son développement cognitif, affectif et langagier, et d'en déterminer d'éventuels troubles ;
- dans une tentative de compréhension des troubles du langage eux-mêmes. À ce sujet, Plaza [1] parle de « lignes de clivage » entre deux approches qui seraient mises en opposition et s'excluraient l'une l'autre, à savoir l'approche psychoaffective des troubles du langage et l'approche neuropédiatrique ou organique. L'auteur ajoute qu'il faut tenir compte de « la richesse de l'expérience de l'enfant qui ne se réduit ni à ses gènes, ni à son cerveau, ni à ses fantasmes originaires, ni à son œdipe... mais qui articule ceci et cela ».

Ajoutons que dans ces deux démarches, l'essor de la psychologie cognitive et de la psycholinguistique a permis de compléter une théorie psychanalytique trop souvent érigée en postulat.

L'étude de Cantwell et Baker en 1991 [2], indique que parmi 600 enfants consultant pour des troubles du langage, 50 % d'entre eux présentent des troubles psychiatriques et, à l'inverse, l'étude de Cohen, et al. (1993) [3] révèle que sur une cohorte de 400 enfants rencontrés dans une « clinique psychopathologique », 53 % présentent des troubles du langage.

Ces deux études suffisent à confirmer qu'une coexistence entre troubles psychiatriques et troubles du langage est fréquemment retrouvée, pour peu que ces derniers soient suffisamment recherchés cliniquement. Il importe alors de s'interroger sur la nature de ce lien symptomatique, qu'elle soit de l'ordre d'une comorbidité ou d'une relation causale, même si la distinction entre ces deux hypothèses peut, en clinique, paraître difficile à établir.

Le rapport de Jean-Charles Ringard, effectué en 2000 [4], évalue à 8 % la proportion d'élèves de la maternelle à la terminale souffrant de troubles du langage oral et écrit qui engagent aussi bien leurs apprentissages que leur capacité d'intégration sociale.

La circulaire interministérielle de cette même année estime que 4 à 6 % des enfants d'une même classe d'âge sont concernés par les troubles spécifiques des apprentissages qui comprennent, à

côté des troubles spécifiques du langage oral et écrit, les dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (trouble spécifique du développement moteur qui se manifeste par un trouble de la coordination motrice) et les troubles attentionnels, avec ou sans hyperactivité.

En 2002, Rivière et al. [5] ont effectué une très importante étude concernant le langage écrit, sur 70 000 jeunes âgés de 16 à 18 ans, évalués lors de la journée d'appel et préparation à la Défense. Ce travail révèle que 11 % des jeunes sont en situation d'illettrisme, 13,9 % des garçons n'ont pas accès à un langage écrit fonctionnel contre 8,6 % des filles.

Ces quelques études plaident en faveur de l'importance et de la fréquence de tels troubles qui invalident les enfants et adolescents dans leur scolarité et leur capacité d'intégration sociale. Les troubles du langage constituent donc un problème prioritaire de santé publique.

Au cours de cet exposé, nous tenterons, dans un premier temps, d'esquisser une étude du développement du langage, en soulignant les grandes étapes de son acquisition, puis nous mettrons en évidence les différents troubles ou pathologies qui s'y réfèrent.

Nous présenterons enfin le déroulement de l'examen psychiatrique de l'enfant pris sous l'angle de l'évaluation du langage, ainsi que les différents axes d'évaluation complémentaire.

Dans cette démarche clinique, l'accent sera mis sur l'importance d'un travail pluridisciplinaire et intégratif.

## L'étude du langage dans une perspective développementale

La dimension universelle du langage parlé ou articulé chez l'être humain semble s'opposer à l'expérience linguistique — par définition spécialisée — d'un enfant inscrit dans une langue aux caractéristiques propres.

Le langage se développe, en effet, dans un contexte psychoaffectif, et la compréhension d'éventuelles anomalies nécessite la mise en perspective du mode d'organisation et de la structure spécifique du trouble, avec les dimensions affectives, cognitives et psychomotrices du fonctionnement psychique d'un enfant en interaction avec son environnement familial, social et, en particulier, scolaire.

En effet, dès la naissance, le bébé est sensible à la mélodie de la voix qui accompagne les tétées, les soins et, plus largement, les échanges physiques avec l'entourage. Il existe une sorte de jeu d'harmonisation entre le jasis puis le babillage du bébé

et la prosodie de la langue ambiante. Ces échanges en écho, qui s'associent à l'imitation de la mimique de l'interlocuteur, sont le point de départ, pour l'enfant, d'un mouvement d'appropriation et de transformation de son expérience. De plus, ses compétences linguistiques sont favorisées par la richesse et la diversité des échanges avec son environnement.

Le développement du langage présuppose donc, chez l'enfant, l'intégrité de ses structures cérébrales, de son appareil auditif, mais aussi une capacité à interagir de manière satisfaisante avec autrui.

Le langage peut tout d'abord être appréhendé sous deux angles : la réception ou compréhension du message et la production relative à l'expression. Il est aussi défini selon six niveaux principaux :

- la *prosodie*, qui correspond à la mélodie de la parole et, selon les différentes langues, les accents et intonations ;
- la *phonologie*, qui a trait à l'organisation des éléments sonores et articulatoires de la langue ;
- le *lexique* ou répertoire des mots ;
- la *syntaxe*, qui représente l'organisation des mots en phrases ; la morphosyntaxe touche plus particulièrement à la structure du mot ;
- la *pragmatique*, qui étudie l'utilisation fonctionnelle de la langue dans une situation de communication, de conversation ;
- la *sémantique*, relative à l'organisation des concepts et à l'accès au sens, requiert le développement harmonieux des cinq niveaux précédents.

Ces différents niveaux ont un développement asynchrone.

En effet, les compétences langagières de l'enfant sont, en premier lieu, d'ordre réceptif, car l'enfant s'imprègne tout d'abord de sa langue au travers de la prosodie et des caractéristiques phonologiques de cette dernière, avant de pouvoir progressivement segmenter le continuum de la parole en mots.

Plaza [1] évoque, en outre, l'idée d'une interaction entre les registres et les composantes du langage en utilisant l'expression de « *passerelle d'accès* ». Par exemple, la « *passerelle prosodique lexicale* » vient indiquer le fait que le découpage des mots s'effectue initialement selon les indices fournis par la prosodie. L'auteur ajoute que, dans le cas des troubles du langage, « *les passerelles d'accès sont fragiles ou inexistantes. Contrairement à ce qui se passe au cours du développement normal, le dysfonctionnement d'un registre peut entraîner en cascade le dysfonctionnement d'autres registres* ».

## Les étapes d'acquisition du langage

Rappelons que l'acquisition du langage est dépendante de la qualité de la stimulation verbale et non verbale de l'environnement. Il est important d'avoir à l'esprit une certaine chronologie et les principales étapes relatives au processus d'acquisition du langage afin d'en repérer les éventuelles distorsions. Il s'agit, avant tout, de proposer certains repères temporels plutôt que des dates fixes, qui seraient bien loin de la réalité clinique et, notamment, de la variabilité interindividuelle.

Ces étapes peuvent se schématiser ainsi :

- très tôt, le bébé réagit au bruit, à la musique et à la voix, et le langage débute à la naissance par les cris et se poursuit par les vocalisations (babillage, jasis ou lallation) à partir du deuxième mois ;
- dès cinq à six mois, le bébé se retourne vers un bruit et babille, s'inscrivant dans un jeu interactif. La production de syllabes articulées apparaît entre six et huit mois ;
- à 12 mois, il produit quelques syllabes et réagit à son prénom ;
- vers 18 mois, le « non » apparaît, l'enfant comprend des phrases courtes et dit quelques mots, certains comportant plus d'une syllabe ;
- autour de deux ans, des phrases plus complexes sont comprises et l'enfant construit alors des phrases à deux mots. À cet âge, il possède un lexique d'environ 300 mots, les phrases deviennent plus élaborées et les questions apparaissent ;
- vers trois ans, le « je » apparaît, les mots sont compris avant de pouvoir être exprimés. L'enfant utilise les formes interrogatives (« qui ? », « que ? », « où ? ») et négatives (« n'est pas là », « ne peut pas ») ;
- de trois à six ans, le langage se complexifie au niveau syntaxique et s'enrichit considérablement au niveau du vocabulaire ;
- vers six ans, l'enfant apprend à lire et à écrire ;
- au cours des années suivantes, l'enfant continue à développer ses capacités cognitives en fonction de sa réceptivité aux outils pédagogiques mis à sa disposition et, plus largement, en fonction de son environnement.

Cette évolution ira dans le sens d'un investissement croissant d'un langage, qui devient progressivement un moyen de connaissance, un substitut de l'expérience directe, et dont la dimension « sympractique » (dont la définition étymologique veut dire « qui accompagne le geste ») tend à s'amincir. En effet, le langage permet à l'enfant de passer de l'indication à l'évocation, d'accepter l'écart qui existe entre le mot et la chose, ainsi que

de tolérer l'absence. L'enfant peut désormais s'engager dans des jeux symboliques, dans des scénarii imaginaires lui conférant un certain degré d'indépendance. Il tire plaisir de l'utilisation du langage, non seulement pour gérer l'attente relative à la satisfaction de son désir, mais de l'acte même du langage.

## Les troubles du langage chez l'enfant

Nous allons commenter les différents troubles ou pathologies du langage de l'enfant, colligés dans le [Tableau 1](#). Ce tableau est organisé en trois colonnes :

- la première regroupe les troubles dits « *spécifiques ou de développement* » du langage, ces derniers étant au premier plan de la symptomatologie, chez des enfants ayant de bonnes capacités intellectuelles, indemnes de troubles sensoriels, de toute pathologie neurologique, et hors contexte psychopathologique. Ces troubles développementaux du langage sont principalement de deux ordres :
  - d'ordre *fonctionnel* : comme dans le cas du retard simple de langage où l'enfant acquiert les structures du langage de façon normale mais lentement, avec un profil d'acquisition qui ne diffère pas de celui de l'enfant « normal »,
  - d'ordre *structurel* : c'est le cas des dysphasies, où l'on parle d'une déviance dans l'apprentissage de la langue, de troubles graves et durables de la communication se manifestant par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse de la fonction linguistique. Le trouble dysphasique peut s'accompagner de difficultés affectives et de troubles du comportement, ou s'associer à un tableau de retard mental (dans ces cas, le quotient verbal est toujours très inférieur au quotient performance). L'étude tonicomotrice peut révéler des signes de dyspraxie de type buccolinguo-facial dans les formes les plus sévères.

Dans cette première colonne, nous citons également la dyslexie comme cas particulier des troubles d'acquisition du langage écrit. Elle consti-

tue un trouble spécifique de l'acquisition et de l'utilisation du langage écrit, et s'associe à une dysorthographe. Notons que seules les dysgraphies qui sont intégrées aux dyspraxies correspondent aux troubles regroupés dans cette première colonne. Ce qui n'est pas le cas des dysgraphies d'origine neuromotrice ou psychodynamique. Enfin, ajoutons qu'une dyspraxie associée à un trouble du langage doit faire rechercher un déficit cognitif global ;

- la seconde concerne les troubles du langage s'intégrant dans un contexte syndromique plus étendu, relatif à des pathologies avérées telles que les troubles envahissants du développement et les retards mentaux, les dysharmonies cognitives, les maladies neurologiques, génétiques, les troubles sensoriels et plus largement toutes les maladies du développement touchant le langage oral et écrit. Citons, dans ce groupe, le syndrome de Landau-Kleffner qui associe une aphasie acquise avec, parfois, une agnosie auditive complète, des troubles du comportement et une épilepsie sous forme de crises généralisées ou hémicorporelles. Dans ce cas, le trouble du langage qui concerne les versants expressifs et réceptifs, peut précéder la pathologie épileptique, voire apparaître sans elle. L'EEG de sommeil objective des altérations paroxystiques à type de pointes, pointes ondes lentes et poly-pointes ondes, situées dans un hémisphère ou bilatérales, en foyers uniques ou multiples. Le pronostic d'une telle affection dépend avant tout des séquelles neuropsychologiques ;
- enfin, la troisième colonne comprend les troubles du langage s'inscrivant dans un contexte psychopathologique particulier, et que nous pouvons qualifier d'associés.

Même si cette schématisation peut nous aider à penser, il faut d'emblée préciser qu'en pratique et notamment chez le jeune enfant, ces distinctions sont parfois difficilement opérantes dans une démarche diagnostique. C'est, par exemple, le cas d'une symptomatologie d'allure autistique chez un jeune enfant. En effet, ces troubles peuvent à la fois faire évoquer une dépression d'ordre anaclitique dans un contexte de carence affective grave,

**Tableau 1.** Les troubles du langage chez l'enfant : quel public pour le psychiatre ? [8].

Troubles spécifiques	Troubles intégrés	Troubles associés
Les retards simples de langage	Les retards mentaux	La dépression de l'enfant
Les retards de parole	Les troubles envahissants du développement	L'inhibition psychologique
Les troubles de l'articulation	Les IMC	Les pathologies fonctionnelles
Les dysphasies	Les maladies complexes du développement	L'hyperactivité avec déficit de l'attention
Les dyslexies		
Les dysgraphies		



un trouble envahissant du développement ou encore une dysphasie. En revanche, une surdité qui peut revêtir un tableau clinique similaire, sera plus facilement éliminée.

Lorsqu'un trouble du langage domine la symptomatologie, le clinicien peut être partagé entre son désir de poser un diagnostic le plus précocement possible, afin d'engager une thérapie, et la difficulté à pouvoir établir celui-ci avec certitude chez un enfant âgé de deux à quatre ans, comme le souligne Fournieret [6]. Il n'est, par exemple, pas toujours aisé de distinguer dans ce cas, un retard simple de langage qui disparaîtra progressivement vers cinq ou six ans d'un trouble persistant de type dysphasique. Dans ce cas, seul un suivi longitudinal nous permettra de trancher.

Enfin, dans un tableau clinique, il s'agit parfois de préciser le lien existant entre une symptomatologie parfois polymorphe et un trouble du langage.

Nous devons alors nous interroger sur la nature du lien qui les unit : l'un est-il la conséquence de l'autre ? L'un s'intègre-t-il dans l'autre ?

Afin de tenter d'éclairer toutes ces questions ou ces remarques d'ordre diagnostique, il nous faut décrire l'examen clinique de l'enfant pris sous l'angle de l'évaluation de ses capacités langagières.

## Étude du langage et examen psychiatrique

La rencontre de l'enfant avec le psychiatre doit se faire simplement, sous la forme d'une conversation où son interlocuteur, dans le cadre d'une première consultation, lui explique son rôle et le déroulement de la séance.

Le psychiatre doit installer l'enfant dans une situation nouvelle qui l'intéresse suffisamment pour qu'il puisse « l'agir » et s'exprimer librement. Les thèmes les plus variés sont abordés dans le but de « faire connaissance » et, au-delà de l'expression souvent difficile de sa souffrance, l'enfant peut évoquer ses loisirs préférés, les relations avec les membres de sa famille ou ses camarades.

Pour les enfants les plus jeunes, la relation entre ces deux protagonistes peut être facilitée par deux activités : le jeu et le dessin qui ont, entre autres avantages, celui de rassurer l'enfant par leur caractère familier. Cette médiation est aussi l'occasion d'évaluer les capacités praxiques et donc graphiques de l'enfant, certaines difficultés orthographiques, la vitesse et l'aisance à lire, ainsi que son investissement de l'écriture.

Il importe de noter les réactions de l'enfant aux propos tenus par ses parents, qu'elles soient comportementales ou verbales, ce qui nous renseigne

sur ses capacités d'attention et de compréhension, et sur son aptitude à donner son point de vue sur la situation.

Nous nous intéressons, en outre, à la capacité qu'a l'enfant de narrer une histoire fictive ou réelle dans une situation spontanée ou semi-dirigée. L'enfant peut s'adresser directement à un interlocuteur, dans un discours injonctif ou dans un commentaire relatif à ses actes ou ses émotions.

Nous nous intéressons, en effet, à son investissement du langage, dans sa valeur de communication et d'échange (sans négliger la communication non verbale), autant que dans sa dimension ludique.

Ainsi, dans cette situation de langage spontané, certains éléments concernant sa production seront évalués, comme la fluidité et la régularité du débit, la prosodie, d'éventuels troubles de l'articulation de la parole, la diversité du vocabulaire et enfin la capacité de l'enfant à organiser les phrases.

De plus, il s'agit d'apprécier d'éventuels troubles de la relation dans le dialogue avec le clinicien : l'enfant peut se montrer logorrhéique avec un certain degré d'instabilité motrice ou, au contraire, présenter une inhibition importante dont la signification restera à préciser.

En effet, celle-ci peut être d'origine psychoaffective ou témoigner de difficultés de langage dont l'enfant est conscient. Il faut aussi évaluer le désir de communication et noter d'éventuels moyens de substitution comme la mimique, le langage gestuel, corporel ou, au contraire, une absence de tout intérêt à communiquer accompagnée d'un retrait, d'une fuite du regard ou d'une écholalie.

Tous ces éléments doivent être envisagés dans une perspective temporelle ; le langage de l'enfant devant être appréhendé comme un processus en cours, avec sa dynamique propre, en lien avec la dynamique globale de la personnalité de la personne.

Ce recueil sémiologique et anamnestique s'intègre dans une appréhension plus globale de la personne. Le clinicien doit se renseigner sur l'habitus, sur le développement cognitif, psychomoteur et en particulier langagier de l'enfant, sur l'existence d'éventuels troubles associés, qu'ils soient sensoriels (auditifs ou visuels) ou moteurs. Il s'intéresse aussi à son parcours scolaire et à son contexte familial et social.

À ce sujet, il semble important d'appréhender la place du langage dans la dynamique familiale pour savoir si, dans sa dimension orale et écrite, il est valorisé ou plutôt réprimé, et pour faire préciser la ou les langues parlées entre les différents partenaires de l'interaction familiale.

La question du bilinguisme (Cohen, et al. [7]) et de son rôle dans le développement du langage méritent d'être mentionnées, faute de pouvoir être développées dans cet article.

Il faut rappeler que cette évaluation du langage s'inscrit dans l'examen psychiatrique de l'enfant, et que le travail d'analyse sémiologique est aussi à mettre en perspective avec la demande de consultation formulée par les parents ou motivée par des professionnels du domaine scolaire ou éducatif. Le travail de lien avec ces derniers fait partie intégrante du travail clinique et nous aide notamment, dans le cas d'un trouble du langage avéré, à en apprécier le retentissement sur les plans affectif, familial ou scolaire.

C'est de la qualité de toute cette évaluation que vont dépendre les différentes orientations en termes d'investigations complémentaires, de diagnostique et de projet thérapeutique.

### Évaluations complémentaires, perspectives multidisciplinaire et intégrative

Au terme du travail clinique, quels sont les différents axes autour desquels peut s'organiser l'évaluation complémentaire des troubles du langage de l'enfant ? Nous pourrions proposer :

- un examen somatique, qui comprend, selon les cas, un avis neuropédiatrique, une consultation ORL en cas de troubles auditifs ou de la phonation, un examen visuel et un avis génétique ;
- un bilan orthophonique complet pour évaluer les compétences linguistiques orales (phonologique, lexicale, morphosyntaxique et sémantique) et écrites (lecture, orthographe) de l'enfant, et pour objectiver le trouble langagier ;
- un bilan psychologique et neuropsychologique, évaluant les capacités intellectuelles et le développement cognitif, la dimension psychoaffective au moyen de tests projectifs, les fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives. Ajoutons qu'en ce qui concerne l'évaluation cognitive de l'enfant, deux types de tests peuvent être utilisés :
  - les *tests d'intelligence* qui mesurent les aptitudes et les acquisitions dans une visée normative,
  - les *tests piagétien*s, de nature plus descriptive, qui s'inscrivent dans une perspective développementale,
- une évaluation psychomotrice, qui renseigne sur la qualité du développement de l'enfant pour, notamment, mettre en évidence une dysgraphie, voire une éventuelle dyspraxie.

Il est d'ailleurs recommandé que l'intervenant de chaque discipline puisse, le cas échéant, se mettre en contact avec le collègue qui aurait préalablement évalué ou suivi l'enfant, de façon à éviter les effets de re-test, et afin d'avoir une vision rétrospective et donc évolutive la plus fine possible des troubles.

Mais cette énumération des différentes investigations complémentaires souligne, avant tout, la complexité de la pathologie constituée par les troubles du langage et met en exergue la nécessité d'un travail pluridisciplinaire et de mise en commun ; chaque professionnel œuvrant non pas de manière isolée mais en concertation avec ses partenaires.

C'est de ce travail de compréhension, soutenu par la nécessité d'intégrer dans une vision globale de l'enfant les différentes dimensions explorées, qu'émanera une stratégie thérapeutique qui, à l'image de la démarche qui vient d'être décrite, associera des prises en charges pluridisciplinaires dans un esprit de collaboration mutuelle.

Dans le cas de troubles dysphasiques, cette stratégie thérapeutique est constituée d'une prise en charge orthophonique régulière et intensive, en association avec des méthodes psychothérapiques et de rééducation psychomotrice, et un traitement institutionnel de type hôpital de jour (en cas de difficultés relationnelles et scolaires majeures).

La rééducation orthophonique comporte un double enjeu : le premier concerne l'organisation des différents prérequis, des différentes fonctions nécessaires à l'appréhension d'un modèle linguistique. Le travail porte, entre autres, sur la mémoire, l'attention ou l'organisation spatiotemporelle. Le second correspond au travail d'acquisition des mécanismes et des correspondances sémantiques de la langue.

### Conclusion

Le polymorphisme des tableaux cliniques où apparaît un trouble du langage engage le psychiatre dans une vision holistique et développementale du sujet, dont l'appréhension n'est possible que dans une prise en compte de la richesse et de la pluralité des dimensions qui le constituent, et qui nécessite la mise en œuvre d'un travail de collaboration pluridisciplinaire.

Ce travail intégratif œuvre dans le sens d'une construction commune aux différents intervenants, qui, elle seule, permet d'appréhender au plus juste et de manière globale les difficultés de l'enfant. Précisons que ce travail n'est rendu possible que par l'existence d'une alliance thérapeutique avec l'enfant et sa famille, qui doivent être engagés de manière active dans cette démarche de soin.

Cette forme de travail et de collaboration semblent aussi paradigmatiques du fonctionnement d'un psychiatre qui se doit d'intégrer à ses connaissances et à sa pratique, aux côtés de la théorie psychodynamique, les apports de la psychologie cognitive et de la linguistique.

## Références

- [1] Plaza M. Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychol Enfance Adolesc* 2004;52:460-6.
- [2] Cantwell DP, Baker L. Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991.
- [3] Cohen NJ, Davine M, Horodezky N, Lipsett L, Isaacson L. Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: prevalence and language and behavioural characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:595-603.
- [4] Ringard J-C. À propos de l'enfant dyslexique, l'enfant dysphasique. Rapport Ringard; 2000.
- [5] Rivière J-P. L'illettrisme. Paris: Gallimard; 2002.
- [6] Fournieret P. Diagnostic différentiel des dysphasies de développement. *Anae* 2001;61:37-40.
- [7] Cohen D, Lanthier O, Riviere J-P. In: Entretiens de Bichat, Comment un enfant apprend-il à lire ? 2000. p. 203-6.
- [8] Cohen D, et al. Place du psychiatre dans les troubles du langage chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie Enfant Adolesc* 2004;52:442-7.

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

