



## **Quelle prise en charge des troubles du langage auprès des jeunes enfants ?**

**D. DOUMONT  
F. LIBION  
K. VERSTRAETEN**

A la demande et en collaboration avec  
l'ONE (Office national de l'enfance)

**Mai 2010  
Réf. : 10- 58**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé**  
**avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLES DES MATIERES

1° Introduction .....	2
2° Méthodologie .....	3
3° Données épidémiologiques et définitions .....	3
4° Dispositifs et stratégies mises en place permettant la détection et la prise en charge précoces des troubles du langage .....	8
5° Description des outils de dépistage proposés.....	12
6° Quelle prise en charge des troubles du langage chez le jeune enfant ? .....	20
7° Recommandations proposées par les auteurs .....	22
8° Conclusions .....	26
9° Bibliographie .....	28
10° Annexes .....	30

## **Quelle prise en charge des troubles du langage auprès des jeunes enfants ?**

### **1° Introduction**

Les chiffres issus de la banque de données médico-sociales de l'ONE permettent de rendre compte de la présence d'un retard/trouble du langage auprès d'environ 50 % des enfants âgés de 30 mois. Il est désormais admis que les retards de langage risquent de compromettre sévèrement la scolarité future de ces jeunes enfants (échecs scolaires, risque d'exclusion, etc.) mais également d'hypothéquer leur intégration psycho-sociale future. Il est donc important de pouvoir repérer ces retards le plus rapidement possible.

Une équipe de l'ONE s'interroge sur les programmes de dépistage et autres activités existants (milieux d'accueil de la petite enfance, médecine scolaire, etc.) et sur les outils de dépistage mis à disposition. Elle sollicite l'unité RESO pour identifier les différents types de prise en charge et les possibilités d'aide auprès de ces jeunes enfants.

Différents acteurs sont témoins du développement du langage oral et ont donc un rôle central à jouer dans la détection précoce : d'une part les parents et d'autre part les professionnels de la petite enfance (gardiennes, puéricultrices, etc.) et les enseignants de l'école maternelle et primaire. Toutefois, leur capacité de "repérage" s'avère parfois très inégale et mérite également de faire l'objet d'une investigation complémentaire (facteurs environnementaux, facteurs psycho-sociaux, facteurs familiaux, etc.).

Le dossier technique va enfin identifier les bénéfices d'une prise en charge "globale" des troubles du langage des jeunes enfants et/ou proposer des recommandations au regard d'expériences internationales de détection et de prise en charge de ces troubles, sous le regard bienveillant de "la promotion de la santé."

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, M-F. Libion et S. Roussel.

## 2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Science direct (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Toutefois, notons que peu d'articles évoquent le dépistage et la prise en charge des très jeunes enfants (moins de 30 mois). Notons également que lorsqu'il s'agit d'aborder la prise en charge et l'accompagnement des troubles du langage chez l'enfant, on est très vite « emprisonné » dans un modèle de prise en charge bio-médicale stricte !

Au regard de ces différents critères et remarques, 24 articles/documents ont été sélectionnés dans le cadre de cette revue de littérature. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les 10 dernières années et rapportent des expériences françaises.

Les mots clés retenus pour effectuer la recherche bibliographique sont les suivants : trouble du langage, dépistage, diagnostic, santé publique, médecine scolaire, trouble de la communication, trouble langagier, enfant en âge pré-scolaire, petite enfance.

Les différentes questions qui ont jalonné ce travail sont les suivantes :

Quels sont les dispositif(s) mis en place permettant de détecter (précocement) les troubles du langage (programme national/régional, centre médico-psychologique, politique de médecine de santé scolaire, centre de référence, etc.) ?

Quelles sont les stratégies mises en place pour “accompagner” les parents et/ou les professionnels de la petite enfance et/ou les enseignants dans la détection des troubles du langage chez le jeune enfant ? Description des outils de détection proposés (aux professionnels et/ou parents), évaluation/validation de l'outils.

Quelles sont les stratégies mises en place pour “accompagner” les parents et/ou les professionnels de la petite enfance et/ou les enseignants dans la prise en charge des troubles du langage chez le jeune enfant ou comment les enfants sont-ils aidés ?

Quelles sont les recommandations des experts ?

## 3° Données épidémiologiques et définitions

Selon l'ONE (Office National de l'Enfance)<sup>2</sup>, « *l'apparition du langage constitue également un indicateur important du développement psychomoteur. On considère qu'à 12 mois,*

---

<sup>2</sup> Rapport banque de données médico-sociales 2007, in <http://www.one.be>

*l'enfant doit pouvoir répéter quelques mots à bon escient. A 15 mois, il doit pouvoir prononcer 4 à 6 mots et entre 18 et 24 mois, il doit pouvoir prononcer environ 10 mots ».*

En 2007, le nombre d'enfants ne prononçant aucun mot au moment du bilan de santé de 18 mois tend à augmenter, il est en effet de 4,7% (n = 7 452) contre 3,6% en 2005 (n = 6 629). 49,5 % des enfants de l'échantillon prononcent 1 à 5 mots et 45,9% en prononcent 6 et plus.

Un des indicateurs de développement du langage à 30 mois est la capacité de l'enfant à construire une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans la langue maternelle de celui-ci.

*« Parmi les enfants qui ont été soumis à l'examen, 80% ont été capables de construire une phrase de 3 mots dans leur langue maternelle au jour du bilan, 20% en ont été incapables. Ceci met à nouveau en évidence l'importance du suivi de l'évolution du langage dès le plus jeune âge ». (n = 3226).*

Un autre indicateur concerne l'utilisation du « je » à 30 mois.

*« Un peu plus de la moitié des enfants seulement ont utilisé le « je » au moment du bilan de santé à 30 mois. L'utilisation du « je » varie notamment en fonction de certaines cultures – langues où celui-ci n'existerait pas comme tel. Mais le fait qu'il ne soit pas utilisé dans toutes les langues et notamment les langues d'origine asiatiques, turques,... ne peut expliquer réellement l'ensemble de ce phénomène ». (n = 3105).*

Un score de développement du langage a ainsi pu être établi (n = 3 011), le score 0 correspondant aux enfants qui ne présentent aucun retard (soit 51,3 %), le score 1 correspondant aux enfants qui présentent soit un retard pour l'indicateur construction d'une phrase de 3 mots ou l'utilisation du « je » (soit 33,2%) et enfin le score 2 correspondant aux enfants qui présentent deux retards en même temps (soit 15,5 %).

Dans le cadre du bilan de santé à 30 mois, l'ONE souligne que seuls 50% des enfants n'ont aucun retard au niveau du langage au moment du bilan de santé à 30 mois dans les structures de l'ONE.

En conclusion, ces quelques données chiffrées belges témoignent ainsi de l'importance de dépister précocement les enfants à risques de développer des troubles langagiers et d'être donc sensibilisés aux premiers signes d'alertes.

En France, selon Vallée et al. (2005), 4 à 5% des enfants âgés de 5 à 9 ans souffrent de troubles spécifiques du langage verbal et écrit et 1% des enfants présentent des troubles graves. Les déficiences intellectuelles (3% de la population) peuvent se manifester par des troubles du langage tels qu'un retard dans les acquisitions du langage ou encore par des troubles du développement de ce dernier.

D'autres auteurs comme Guillaud-Bataille et al. (2001) relèvent que la prévalence des comportements perturbateurs est fortement liée au sexe (28% des garçons et 4% des filles). Ces mêmes auteurs observent une étroite association entre l'existence d'un problème de langage et d'un comportement perturbateur. Ils relèvent ainsi que « *le risque d'avoir un*

*problème de comportement est 5 fois plus important chez les enfants qui présentent un trouble du langage (IC à 95% : 2,5-12) ; et inversement, le risque d'avoir un trouble du langage est 9 fois plus grand pour les enfants porteurs d'un problème de comportement (IC à 95% : 2,5-34)».*

Dans le cadre de l'étude pilote qu'ils ont réalisée à Lyon (n = 97 enfants âgés de 4 à 5 ans, dont 8,2 % présentaient des troubles de l'acquisition du langage), l'analyse des résultats a permis de montrer une corrélation fortement et significativement très importante :

- *« de façon spécifique pour les facteurs d'hyperactivité et de troubles de la conduite corrélés avec des difficultés du langage,*
- *et générale pour le score global qui montre une corrélation non spécifique entre difficultés psychologiques et trouble de l'acquisition du langage »*

Ces résultats permettent donc de vérifier l'hypothèse de départ, à savoir qu'il existe *« un lien spécifique entre comportements perturbateurs et trouble de l'acquisition du langage. »*

Denni-krichel N. (2001) (France) pointe les constats suivants :

- *« En fin de première année primaire, 30% des enfants éprouvent de grandes difficultés (voire sont dans l'incapacité) d'apprentissage de la lecture,*
- *Plus de 3 millions d'adultes sont illettrés,*
- *En fin de cycle primaire, 12 à 15% des enfants sont en échec scolaire,*
- *20 à 25% des enfants qui entrent en 6<sup>ème</sup> ne sauraient pas lire,*
- *2 millions deux cent mille adultes (soit 6,3% de la population française) seraient exclus de toute forme de communication écrite et 7 à 13% de la population auront des difficultés pour écrire et se retrouveront en totalité au sein des demandeurs d'emploi de moins de 24 ans<sup>3</sup>.*
- *Les troubles spécifiques du langage touchent*
  - *1% des enfants pour les troubles sévères du langage oral,*
  - *4 à 5% des enfants pour les troubles liés à l'écrit,*
  - *Les signes avant coureurs apparaissent bien avant l'âge de 8 ans, âge où les difficultés sont bien présents.*
- *Etc. »*

Selon Law et al. (1998), cités par Watier et al. (2006), la médiane des prévalences des troubles de la parole et du langage chez les enfants entre 2 et 7 ans est de 5, 95%. Selon le

---

<sup>3</sup> Selon les travaux du groupe permanent de lutte contre l'illettrisme de 1984-1990, cité par Denni-Krichel (2001).

rapport du gouvernement français, 5% des enfants ont un trouble du langage et moins de 1% présentent un trouble sévère (Ringard, 2000 ; cité par Watier et al. 2006). Les données utilisées par les auteurs sont longitudinales et concernent un échantillon de 695 enfants ayant été suivi entre 1987 à 1993, c'est-à-dire de la petite section maternelle jusqu'au CE1. Ces enfants provenaient d'écoles réparties dans les départements des Hauts-de-Seine, de Paris et du Val-de-Marne. (Chevrie-Muller, Goujard, Plaza, Simon et Dufouil, 1994 ; cités par Watier et al. 2006)

Selon l'étude de Silva (1983), cité par Billard, (2001), approximativement 7% des enfants de trois ans et demi sont atteints d'un trouble du développement du langage oral. En outre, 50% de ces enfants posséderont un déficit du langage oral et/ou de lecture persistant à l'âge de 7 ans. Menyuk, Chesnik et Liebergott (1991), cités par Billard (2001) ont conclu que 25% des enfants ayant eu un retard de langage entre 5 et 8 ans sont également de mauvais lecteurs à 8 ans et environ 10% d'anciens prématurés présentent également des troubles de la lecture à l'âge de 8 ans.

Les troubles du langage et de l'apprentissage concernent 20% des enfants européens, avec 2 à 3% de troubles sévères qui seraient dûs à une déficience avérée, 4 à 6 % des troubles spécifiques ou développementaux, et 10 à 15% de troubles « multifactoriels » (facteurs culturel, social, économique, pédagogique et/ou psychologique. (Vaivre-Douret & Castagnera, 1999), cités par Loos-Ayav et al. (2005).

Une étude américaine réalisée auprès de 1 328 enfants (Shriberg et al. (1999), citée par HAS (2005)), montre une prévalence des retards de parole à 6 ans de 3, 8 %. Cette même étude montre également que ces retards sont 1,5 fois plus importants chez les garçons (4,4 % chez les garçons contre 3,1 % chez les filles).

Ces quelques données chiffrées témoignent ainsi de toute l'importance de détecter et d'agir précocement face aux possibles retards du langage.

Quelques définitions ...

Vallée L. et Dellatolas G. (2005) « définissent » les troubles spécifiques du langage comme étant « *l'ensemble des troubles d'apprentissage prédominant la sphère langagière ... à l'exclusion des troubles liés à des anomalies anatomiques de l'organe phonatoire, ni à des troubles en relation avec une déficience auditive grave ou encore à un retard mental ... l'analyse des troubles de l'acquisition du langage doit prendre en compte les facteurs dépendant de l'environnement socioculturel et familial, l'existence d'une déficience avérée ou d'un trouble psychoaffectif.* »

Les différents troubles du langage sont ceux :

- de type expressif
- de type mixte réceptif-expressif
- de type phonologique
- de l'acquisition de l'articulation

Comme le signale les auteurs : *« ces définitions supposent l'existence de mesures standardisées pour chaque groupe d'âge du langage expressif et des capacités phonologiques, du langage réceptif ainsi que des capacités intellectuelles non verbales. Toutefois, il n'y a pas de précisions données dans la littérature sur les seuils définissant ces troubles, ce qui rend compte d'une grande variabilité sur leurs prévalences proposées dans la population ».*

Dès lors, poser un tel diagnostic est chose peu aisée puisque le point de vue du chercheur, de l'éducateur, du médecin traitant et/ou solaire peut être divergeant. D'une part, il y a l'interférence avec les aspects socio-familiaux et la réussite scolaire et d'autre part la distinction entre un trouble persistant du langage et un retard simple du langage (souvent rattrapable même sans intervention) qui n'est pas toujours aisée.

Dans le cadre de la revue de littérature réalisée par Vallée et Dellatolas (2005), les auteurs retiennent également que *« la présence d'antécédents familiaux de troubles du langage oral et/ou écrit augmentent la probabilité de survenue de ces mêmes troubles chez un enfant. »* Ces mêmes auteurs pointent aussi que les troubles spécifiques de l'apprentissage du langage oral et écrit sont 2 troubles différents mais sont très liés et interdépendants.

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose en 2005 la définition suivante :

*« Le langage est constitué d'un versant réceptif et d'un versant expressif. Le versant réceptif comporte la compréhension lexicale (compréhension des mots) et sémantique ou grammaticale (compréhension des phrases), ainsi que la perception de la parole, dont la discrimination des sons proches, et la métaphonologie. Le versant expressif comporte l'évocation lexicale et les systèmes phonologique, syntaxique, sémantique et pragmatique.*

*Devant un trouble du langage il convient de différencier les déficits secondaires et les déficits spécifiques. Le retard mental est le plus fréquent des déficits secondaires. Une surdité, une paralysie des organes de la voix, une infirmité motrice cérébrale, les troubles de la communication (en particulier les troubles envahissants du développement), les carences psychoaffectives et socioculturelles retentissent également sur le développement du langage oral.*

*Les troubles spécifiques du langage oral se définissent comme des troubles ne s'expliquant pas par un des grands cadres pathologiques évoqués. Dans ces troubles spécifiques, on distingue les retards de langage et les dysphasies de développement. Les dysphasies de développement se définissent comme un trouble de développement du langage oral sévère, spécifique, structurel, durable, perdurant bien au-delà de 6 ans. Les retards de langage se caractérisent par un langage qui se développe avec délai, mais en suivant les étapes habituelles pour se normaliser avant ou autour de l'âge de 6 ans ».*



En **annexe 1**, des critères diagnostiques en fonction des troubles du langage selon le DSM IV (Statistique des Maladies mentales, 4<sup>ème</sup> édition) et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> édition) sont proposés (Vallée et Dellatolas, 2005 ; HAS (2005)).

#### **4° Dispositifs et stratégies mises en place permettant la détection et la prise en charge précoces des troubles du langage**

Pour rappel, en 1999, en Gironde, une **campagne de dépistage et de soins précoces des troubles du langage** (CDTL) chez l'enfant de 3-4 ans a été instaurée par des promoteurs de caisses d'assurance maladie ainsi que le service de la protection maternelle et infantile de Gironde (PMI), les orthophonistes, l'inspection académique de la Gironde et l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement. Les troubles du langage avaient été définis par « *un trouble de la fonction langagière cliniquement décelable* » ou « *un ERTL 4 positif* ».

L'objectif de cette campagne mise en place en 1999 était de permettre aux enfants de 3-4 ans susceptibles d'avoir des problèmes de langage d'accéder plus facilement à des soins adaptés. Les médecins avaient recours à une épreuve de repérage (ERTL4) des troubles du langage adaptée à l'âge de l'enfant (plus précisément, pour les enfants âgés de trois ans et neuf mois à quatre ans et six mois). Lorsque les enfants n'avaient pas l'âge requis pour que le test ERTL4 soit interprétable, le médecin alors appréciait « *la compréhension globale de quelques mots correspondant à des repères dans le temps et dans l'espace, la structuration du langage (construction de phrases, emploi du « je », mots-outils, etc.) et l'articulation* » (Petit-Carrié et al. (2001)).

Cette campagne était composée de trois étapes :

- Premièrement, il a été demandé aux médecins du service de la protection maternelle et infantile de réaliser auprès de tous les enfants participant au programme, un test de repérage des troubles du langage, le ERTL4.
- Deuxièmement, en cas d'échec ou de non passation du ERTL4, la prescription d'un bilan orthophonique était proposée.
- Troisièmement, en fonction des résultats du bilan, une prescription de soins orthophoniques était proposée.

12 413 enfants avaient alors bénéficié d'une exploration du langage interprétable et 2 144 enfants présentaient un trouble du langage, soit 17,3 %. Seul 1 enfant sur 7 avait un trouble du langage connu et pris en charge au moment du bilan de santé.

Petit-Carrié et al. (2001) signalaient enfin que l'âge de 3-4 ans est une période charnière importante au niveau du développement de l'enfant qui correspond notamment au début de la scolarisation et en principe à une meilleure maîtrise du langage, etc.

Une évaluation de la campagne de dépistage a ensuite été réalisée par Petit-Carrié et al. (2003) entre novembre 1999 et décembre 2001, dans le département de la Gironde. Elle avait

pour objectif de mesurer l'efficacité de la **campagne de détection et de soins précoces des troubles du langage** chez des jeunes enfants.

Pour ce faire, les auteurs ont comparé l'accès aux soins orthophoniques d'enfants ayant bénéficié de la campagne à ceux n'ayant pas bénéficié de cette dernière.

La population cible était composée d'enfants devant répondre à trois critères :

- 1) Etre né en 1995,
- 2) Etre scolarisé dans une école publique ou privée du département en 1999,
- 3) Etre affilié aux caisses d'assurance maladie promoteurs.

Au final, 14 037 enfants ont participé à cette étude d'évaluation : 1 363 enfants avaient bénéficié de l'ERTL 4 et 12 674 avaient suivi les modalités courantes de dépistage et de prise en charge.

En voici les principaux résultats : « *Dans le groupe ayant bénéficié de l'ERTL 4, la prescription d'un bilan orthophonique a concerné 25,2 % des enfants. Le taux de bilans effectivement réalisés s'élevait à 64,1 %. Parmi eux, 86,8 % des enfants se sont avérés effectivement porteurs de troubles du langage (valeur prédictive positive). Le taux de bilans orthophoniques réalisés chez les enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4 était de 16 %, significativement supérieur à celui observé chez les autres enfants (9 %,  $p < 10^{-4}$ ). La moyenne d'âge au moment du bilan orthophonique dans le groupe des enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4 était de 54,4 mois contre 62,2 mois ( $p < 10^{-4}$ ). Les auteurs soulignent l'amélioration significative de l'accès aux soins orthophoniques précoces dans le groupe des enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4. Le devenir à plus long terme de ces enfants n'est pas connu* ». (HAS, 2005).

Le repérage et la prise en charge précoces des troubles du langage constituent une priorité de santé publique en France. En 2001, à l'issue d'un groupe de travail « Ringard », les ministres français de la santé, de l'éducation nationale et du handicap ont mis en place en 2001 un **plan d'action triennal** (juin 2001-décembre 2003) destiné aux enfants atteints d'un trouble spécifique du langage et ce dès l'école maternelle. Ce plan interministériel a pour objectif le repérage des enfants « à trouble », leur dépistage et une orientation rapide vers une structure ou un thérapeute adapté. (Denni-Krichel et al. (2004)).

La loi du 9 août 2004 réaffirme que le **dépistage et la prise en charge** de ces enfants est une **action prioritaire** en terme de politique de santé publique. L'objectif de cette loi est de renforcer et poursuivre les actions de dépistage, de prise en charge multidisciplinaire, de formation des professionnels mise en œuvre dans le cadre de ce plan triennal (Vallée et al. (2005)).

Ce plan comprend « **28 mesures** qui se déclinent autour de **5 axes** qui sont :

- mieux prévenir dès l'école maternelle,
- mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit,
- mieux prendre en charge,
- mieux informer, former et chercher,

- *assurer un suivi du plan d'action.* »

Dans le cadre du plan d'action national/triennal mis en place en France dès 2001 (cfr supra), différentes **stratégies** ont été mises en place pour identifier les troubles du langage :

Vallée et Dellatolas (2005) distinguent 3 niveaux d'identification :

- **le repérage** : les difficultés d'apprentissage de l'oral et l'écrit relèvent de la compétence des enseignants, du médecin de famille et des parents. Les enseignants doivent pouvoir bénéficier d'informations sur les différentes étapes du développement du langage, sur les signes précurseurs des troubles qui doivent les mettre en alerte afin d'en aviser les professionnels compétents (si tout signe persiste au delà de quelques mois de soutien de la part de l'enseignant).

- **le dépistage** : permet d'établir et de confirmer l'existence d'un trouble. Le dépistage est une procédure de tri avant un diagnostic qui lui sera réalisé par une équipe multidisciplinaire et spécialisée.

- **le diagnostic** : il doit être précis. Or, un tel diagnostic est difficile à poser au vu de fréquents déficits associés. C'est pourquoi, il est important de faire appel aux différentes compétences des soignants ; soignants qui doivent se coordonner et désigner « un coordinateur » afin d'éviter aux parents et à l'enfant concerné de poursuivre un parcours trop laborieux dans le cadre de la prise en charge des troubles identifiés. A cette fin, des centres de références permettant le diagnostic des troubles du langage sont mis à la disposition des professionnels.

Pour Denni-krichel N. (2001), ce plan est ambitieux et innovant car il met en synergie les compétences différentes et complémentaires de professionnels issus de l'Education et de la Santé.

L'auteur signale également la mise au point de différents **tests de dépistage** par les orthophonistes/logopèdes<sup>4</sup>. Certains de ces outils de dépistage sont utilisables par les professionnels de la santé et par les professionnels de l'enfance.

- o Le TDP 81 ou encore le PER 2000 (précisions cf. page 14) (« *test de dépistage précoce des troubles instrumentaux de la parole et du langage oral chez l'enfant de 3 ans et 6 mois à 5 ans et 6 mois* »). Ce test mis au point par l'orthophoniste P. Ferrand (début années 80) a permis de mettre en évidence que :
  - Pour 60 à 65% des enfants testés (N = non précisé par auteur), il n'y a aucune difficulté,
  - Pour 20 à 25% des enfants, « une surveillance active » est nécessaire,

---

<sup>4</sup> On parle d'orthophoniste en France et de logopède en Belgique.

- Pour 10 à 15% des enfants, une prise en charge orthophonique ou autre est nécessaire,
  - L'âge idéal de l'enfant pour réaliser ce test de dépistage se situe vers l'âge de 4 ans et 6 mois. Donc, lorsque l'enfant est encore en classe maternelle.
- Le DPL3 (précisions cf. page 13) (« *dépistage et prévention langage à 3 ans* ») créé en 2000 par l'orthophoniste F. Coquet-Devred et le médecin B. Maetz est un outil mis à la disposition des enseignants, soignants scolaires qui désirent mettre en place des actions de prévention et de dépistage. Cet outil comprend un protocole de « *pré-repérage des troubles du langage et un fichier d'information et de prévention* ».
  - L'ERTL4 (précisions cf. page 14) (« *épreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans* ») mis au point en 2000 par les orthophonistes B. Roy et Ch. Maeder est un protocole destiné essentiellement aux pédiatres et aux médecins scolaires. Cet outil permet d'évaluer objectivement « *la parole (expression, réception) et le langage (niveau lexical, morphosyntaxique et conversationnel)* ».

Denni-krichel (2001) rappelle enfin que l'action des orthophonistes, acteurs indispensables dans la prise en charge des troubles du langage, se situent aux 3 niveaux de la prévention telle que définie par l'OMS.

- stade 1 : prévention primaire, il s'agit de la mise en place d'actions d'information du tout public et plus spécifiquement des parents et des professionnels de l'enfance. Les contenus informatifs concernent le développement normal du langage, les troubles du langage ainsi que des actions de formation et d'information auprès des professionnels s'occupant d'enfants.
- stade 2 : prévention secondaire et donc réalisation du dépistage précoce des troubles et ce sur les différents lieux où l'on rencontre des enfants.
- stade 3 : prévention tertiaire avec la réalisation « *d'actions thérapeutiques en coordination avec tous les intervenants* ».

Plus concrètement, l'auteur décrit les actions entreprises par les orthophonistes selon les différents stades de prévention.

Pour la prévention primaire :

- public cible privilégié dans un 1<sup>er</sup> temps : parents, professionnels de santé (médecin PMI, médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves, médecins généralistes, pédiatres, etc. ainsi que les professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, institutrices, éducatrices, puéricultrice, etc.),
- création de documents/brochures informatifs permettant de sensibiliser le public cible sur « *l'importance du développement du langage chez le tout petit enfant* » et donc l'importance de « *favoriser ce développement et les capacités de langage et de communication* »,

- les milieux d'accueil des petits enfants ne peuvent à eux seuls relever ce défi. C'est pourquoi, l'information est importante mais non suffisante et donc, il est primordial de former les parents et les professionnels de la petite enfance en vue de favoriser plus concrètement l'apprentissage du langage et plus précisément auprès des enfants qui communiquent plus difficilement que les autres. Pour cela, des livrets/vidéos/affiches/site internet sont mis à leurs dispositions comme par exemple : « *Objectif langage* », « *Parents, votre enfant apprend à parler* », « *Parents, comment bien préparer votre enfant à parler* », « *3 ans -3ans1/2, quelques repères* », etc.

Notons qu'un guide pratique a été publié en 2007 par la Société Française de Pédiatre, avec le soutien de la Direction générale de la Santé : « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : guide pratique », in <http://www.orthophonistes.fr/> Ce guide de 24 pages propose une série de fiches pratiques (repères sur l'évolution du langage chez l'enfant, signes d'appel, tests, bilan orthophonique, etc.)

Pour la prévention secondaire :

- les études longitudinales (non précisées par l'auteur) réalisées depuis les années 1980 montrent que si l'enfant ne maîtrise pas son langage oral lors de son entrée en CP (correspond aux classes primaires en Belgique), il sera d'office en échec pour l'apprentissage de la lecture et généralement aussi pour l'écriture. Si aucune prise en charge n'est réalisée à ce moment, l'enfant court le risque non négligeable de se retrouver exclu de système scolaire normal.
  - o Différents tests de dépistage ont été mis au point par les orthophonistes. Cf. point description outils.

Quant à la prévention tertiaire, elle nécessite la prise en charge de l'enfant par des orthophonistes en vue d'une rééducation des troubles du langage et de la parole en individuel ou en groupe.

Denni-Krichel (2004) balaie un bref historique en nous rappelant également que l'orthophonie est une discipline qui existe seulement depuis plus ou moins 70 ans. Le début des années 80 a vu la conception par P. Ferrand d'un test de dépistage précoce de dépistage (TDP 81). Et, ce n'est qu'en 1992, qu'une compétence de prévention au sein d'équipe pluridisciplinaire a été reconnue par les pouvoirs publics aux orthophonistes et, en 2002, le gouvernement décide d'accorder « pleine responsabilité aux orthophonistes pour exercer cette mission ».

## **5° Description des outils de dépistage proposés**

Vallée et Dellatolas (2005) décrivent ci-dessous les contenus d'outils de repérage des troubles de langage. Certaines autres précisions sont apportées dans ce même paragraphe par Watier et al. (2006) et par la HAS (2005).

- **Questionnaire destiné aux enseignants de la petite enfance** (enfant de 3 à 4 ans) pour évaluer les acquis langagiers ou non langagiers ainsi que le comportement de l'enfant.
  - o Le **dépistage prévention langage à 3 ans (D.P.L.3)** (Coquet, 1997, 1999 et 2004). Ce questionnaire ne place nullement l'enfant dans une situation de test. La vocation de cet outil est de placer un cadre formalisé pour observer l'enfant dans une situation de la vie la plus habituelle possible. Ce questionnaire se compose de 10 questions telles que :
    - L'enfant utilise spontanément la parole lors de ses activités,
    - Il comprend des ordres simples ; non accompagnés de gestes,
    - Il désigne sur demande,
    - Il exprime spontanément et verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés,
    - Il connaît le nom des objets qui lui sont familiers lorsque on le lui demande,
    - Etc.

Dix focalisations spécifiques ont été sélectionnées (HAS, 2005):

*Q1. L'enfant communique spontanément avec des adultes (comportement spontané d'entrée en relation, quelle qu'en soit la modalité : gestuelle, vocale, mimique, verbale).*

*Q2. L'enfant utilise spontanément le langage oral dans ses activités (comportement d'appétence au langage verbal indépendamment de la qualité de la production).*

*Q3. L'enfant fait ses premiers bonhommes têtards (dessin du bonhomme).*

*Q4. L'enfant imite le cercle, le ferme (copie de figure géométrique).*

*Q5. L'enfant comprend des ordres simples non accompagnés de gestes (niveau minimum de compréhension des consignes).*

*Q6. L'enfant désigne sur demande (quelques éléments de vocabulaire passif).*

*Q7. L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés (niveau informatif du message indépendamment de la qualité de la production).*

*Q8. L'enfant nomme lorsqu'on lui demande (quelques éléments de vocabulaire actif).*

*Q9. L'enfant construit des phrases de type S + V + C et utilise le « je » à l'occasion (structuration syntaxique de la phrase).*

*Q10. L'enfant articule de manière satisfaisante pour que le message soit compris (intelligibilité de l'articulation et de la parole). Les réponses sont en oui/non avec un score entre 0 et 10. En cas de faible score des explorations complémentaires sont nécessaires.*
  - o Le **questionnaire langage et comportement, 3 ans et demi (QLC - 3,5)** (Chevrie-Muller, Simon, Dufouil, Goujard, 1993 et 1994) se compose de 29 items qui évaluent par exemple la motricité, la voix, la parole, la compréhension, la mémoire, le comportement dans les jeux et dans les activités scolaires d'éveil, etc. A chacune des réponses, il est attendu une réponse par oui ou par non. En fonction du nombre de réponses « non », on émet une conclusion : pas de difficultés, enfant à surveiller ou à revoir, difficultés probables et intérêt d'une procédure d'examen individuel, et

examen individuel d'emblée nécessaire afin de préciser l'étiologie et les difficultés.

Cet outil est conçu pour les enseignants. Les auteurs de ce test pointent le fait qu'il faut passer du temps avec un enfant pour évaluer son vocabulaire. C'est pourquoi, ils suggèrent qu'il est plus pertinent que l'enseignant ose une question « *plus globale* ».

Plus précisément, pour les enfants de la petite section maternelle, 5 échelles ont été définies (Watier et al. (2006)) :

La première intègre l'ensemble des items et permet d'apprécier les difficultés globales de l'enfant. Les 4 autres échelles intègrent chacune un sous-groupe d'items pour évaluer les difficultés des enfants dans les domaines de la production orale, de l'attention et de la motricité, du comportement et de la compréhension.

Les élèves de CE1 sont soumis à 5 épreuves d'évaluation du langage écrit :

- une dictée de phonèmes, de syllabes simples et complexes, isolées ou insérées dans un texte signifiant ;
- une lecture de mots sans signification ;
- une lecture de mots ;
- une lecture de lettres et de syllabes isolées ;
- une lecture silencieuse.

La sensibilité du questionnaire de petite section est faible : 30% des enfants de CE1 ayant un retard en langage écrit sont repérés par la présence de difficultés en production orale en petite section. Néanmoins, cette sensibilité pourrait être améliorée si les seuils de classification des enfants en petite section étaient moins sélectifs.

#### - **Bilan proposé par des médecins scolaires**

- Le **protocole d'évaluation rapide (PER 2000)**, anciennement appelé TDP 81, est destiné aux enfants de 3 ans et 6 mois à 5 ans et 6 mois. Cet outil se compose de plusieurs parties :
  - Un dépistage rudimentaire (basique) de la surdité
  - Evaluation de l'articulation, de la parole et du langage (ex : description d'une image) et de la compréhension (qui, combien, pourquoi, etc.)
  - Ce test destiné essentiellement aux orthophonistes vise donc à évaluer rapidement « *le niveau auditif, les capacités perceptives et mnésiques, l'orientation et la structuration dans l'espace et le temps, les performances de la parole et du langage verbal* ». (HAS, 2005).
- L'**épreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans (ERTL 4)** – (3<sup>ème</sup> version qui date de 1999), (Roy B., 1993 et 2000). Cet outil est construit pour pouvoir être intégré et utilisé dans le cadre d'une consultation médicale et

donc, son usage est facile et rapide. Cette épreuve dure 5 minutes et comprend :

- 3 épreuves obligatoires (répétition d'une liste de mots ; description d'images pour évaluer le niveau sémantico-relationnel) ; description d'une image pour évaluer le niveau morphosyntaxique
- 2 épreuves facultatives qui permettent d'évaluer la voix et son débit : (répéter 3 courtes phrases et répéter l'une de ces phrases énoncée avec un voix de chuchotement.

Plus précisément, voici le détail des épreuves qui sont proposées à l'enfant (HAS, 2005) :

« **Les 7 petits nains et les 7 petits Indiens** : il s'agit de faire répéter à l'enfant les noms des 7 petits nains de Blanche-Neige (Atchoum - Timide - Prof - Joyeux - Simplet - Grincheux et Dormeur) et de 7 petits Indiens (Yéroi - Gontra - Dimanko - Zulseu - Otrudiré - Favikère et Meunulivou). Le but est d'obtenir la répétition afin de juger des capacités phonético-articulatoires de l'enfant et de repérer les troubles perceptifs ou des anomalies dans la disposition à syllaber ou une mémoire de travail insuffisante ou inopérante ».

« **Le petit chien** : six images sont montrées à l'enfant. Elles représentent un chien qui bouge autour de sa niche. L'enfant doit dire si le chien est sur, sous, à côté de, dans, derrière ou devant la niche. Cette épreuve permet de suspecter : une pauvreté lexicale ; un défaut de grammaticalisation, d'accès à la morphologie ; des troubles de la structuration spatiale ».

« **La toilette** : à partir de l'image de 2 enfants dans une salle de bains, l'enfant doit décrire ce qui se passe sur l'image. Le praticien apprécie le langage de l'enfant et peut ainsi évaluer si : l'enfant s'est bien approprié les mots-outils dont il a besoin pour structurer et enrichir ses phrases ; l'enfant a un discours cohérent ; l'enfant a une bonne compréhension verbale ; l'enfant accède à la lecture de l'image ».

D'autre part, tout au long du test, l'examineur est attentif à la voix et au débit de l'enfant.

« **La voix** : afin de repérer les enfants qui présentent des troubles organiques, fonctionnels ou relationnels ».

« **Le débit** : afin de repérer les anomalies de la fluence de la parole, essentiellement les bégaiements ».

En cas de doute, deux épreuves facultatives sont proposées :

« **Les messages** : l'enfant doit répéter des messages (il fait froid, j'ai bien sommeil/Mariette aime bien jouer avec les petits chatons). L'objectif est de confirmer une évolution phonologique et/ou linguistique insuffisante ou des troubles attentionnels/mémoriels ».

« **La voix chuchotée** : l'examineur demande à l'enfant de répéter une phrase après l'avoir prévenu qu'il va se cacher la bouche (on va acheter des caramels pour Arthur). Le but est de confirmer des problèmes de compréhension ou d'audition chez l'enfant ».

Les auteurs proposent actuellement la version III de ce test.



« Le médecin, à l'issue de la passation de l'ERTL 4, en tenant compte du nombre d'épreuves échouées modérément ou sévèrement, du bilan clinique et de l'anamnèse réalisée par ailleurs, détermine le profil de l'enfant parmi 3 possibles :

- liséré vert : langage satisfaisant ;
- liséré orange : enfant « à risque » nécessitant une surveillance médicale ;
- liséré rouge : enfant suspecté d'un retard ou d'un trouble ».

- **L' Epreuve de repérage des troubles et apprentissages à 6 ans (ERTLA6)** (Roy, Maeder, Kipffer-Piquard, Blanc, Alla, 2000). Cette épreuve a été pensée/construite pour les médecins. Le matériel comprend une seule image qui représente une fête foraine, image qui permet d'explorer 18 items dans différents domaines. (durée de l'épreuve de 15 à 20 min) où 18 items sont évalués comme par exemple :
  - La mémoire à court terme,
  - La capacité à dénombrer, à comparer 2 quantités, etc.
  - La compréhension verbale d'une phrase,
  - La capacité d'association
  - Etc.
- **Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (BRECV)** (Billard, Vol, Livet, Motte, Gillet, 2001) (enfant de 4 à 9 ans). Cet outil est destiné aux médecins et orthophonistes et « se présente comme un outil neuropsychologique, clinique, de première intention ». Ce test dure de 20 à 25 minutes et se compose de 4 parties :
  - des épreuves de langage oral : par exemple : répétition de phrases, évocation d'une phrase induite par une scène, répétition de logatomes, etc.
  - Des épreuves qui concerne le langage non verbal : par exemple : reconnaissance d'objets entremêlés, résolution de labyrinthes, compléter des formes, etc.
  - Des épreuves d'attention et de mémoire comme par exemple : rappel de phrases répétées, de figures copiées, etc.
  - Et enfin des épreuves qui évaluent les apprentissages scolaires comme par exemple : lecture et orthographe, résolution de problèmes, calcul mental, etc.
- **Bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité 5 à 6 ans (BSEDS 5-6)** Version 2.(Zorman, Jacquier-Roux, 2002). Cet outil est créé pour les enseignants, les médecins scolaires et les psychologues scolaires pour les élèves de grande section maternelle. Le bilan est réalisé par le médecin scolaire et l'enseignant sur par exemple :
  - Acuité visuelle et motricité visuelle,
  - Audiométrie,
  - Antécédents familiaux et personnels par rapport au langage,
  - Motricité globale,
  - Etc.

Vallée et Dellatolas (2005) stipulent qu'en 2001, l'ensemble de ces tests est au début du processus de validation et qu'au moment du dépôt de ce document (2005), ce processus n'est pas terminé. Ce processus se compose de différentes étapes (6) comme par exemple : l'étalonnage, la cohérence interne pour chaque test, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité, etc.

Des informations et précisions complémentaires concernant les descriptifs des outils/tests proposés ci-dessus sont reprises dans le document suivant : Haute Autorité de Santé (HAS), (2005), Recommandations portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, Argumentaire, pp.49-70, in <http://www.has-sante.fr>

Enfin, les processus de validation des outils/tests repris ci-dessus sont proposés en fin de document dans **l'annexe 2.**

Et, plus précisément,

Loos-Ayav et al. (2005) se sont intéressés à l'évaluation du pouvoir prédictif du test ERTLA 6 (épreuves de repérage des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant de 6 ans) en regard des performances scolaires. L'échantillon était composé de 148 enfants âgés de 5 à 6 ans, issus de la région Nancy-Metz, année scolaire 1999-2000. Il en résulte que 4/5 des enfants susceptibles de présenter des troubles du langage ou de l'apprentissage sont repérés par ce test tandis que 9/10 qui suivront une scolarité normale sont identifiés comme ne posant pas de problème. Les auteurs concluent au pouvoir prédictif effectif de cet outil. Ils signalent également que si les 32 élèves détectés positifs ont, dans l'intervalle, bénéficié d'une prise en charge auprès de spécialistes 2 à 3 ans après, 22 sont en échec ! Les auteurs soulignent que ce n'est pas tant l'efficacité de la prise en charge qui doit être mise en cause... mais bien la longueur d'un traitement qui prend du temps !

Dans le cadre du QLC (questionnaire langage et comportement), Chevie-Muller et al. (2005), soulignent la nécessité lors de l'interprétation des résultats des tests, d'opérer une distinction entre la présence d'un trouble et la présence de facteurs environnementaux pouvant expliquer un retard. Il s'agit de nuancer l'interprétation de ce qui pourrait passer pour un trouble en fonction d'éléments qui peuvent expliquer ce retard. Les auteurs ne spécifient toutefois pas comment sont traités ces retards, selon qu'ils soient plus ou moins interprétables au vu de l'environnement ! En effet, cela conduirait sans doute à proposer beaucoup plus d'exams individuels si l'enfant cumule les 4 facteurs « défavorables » (voir ci-après !) On dénombre en effet plus de « troubles » chez - les garçons, - les enfants bilingues (opérationnalisation : un des parents dont la langue maternelle n'est pas le français), - les enfants issus de milieux socioculturels défavorisés, - en zone d'éducation prioritaire ou urbaine sensible (facteur non repris dans la suite des analyses). Les auteurs identifient l'effet du sexe sur le comportement, la motricité manuelle fine et le langage, l'effet du bilinguisme sur les items relatifs au langage, l'effet du milieu socioculturel dans tous les domaines.

En résumé, Chevrie-Muller et al. (2005), identifient deux problèmes dans la détection précoce des troubles :

1. La variabilité individuelle dans la chronologie d'acquisition du langage.
2. L'effet des facteurs environnementaux et biologiques tant sur le langage que sur le comportement.

Callu et al., (2003) ont examiné la pertinence des informations fournies par les parents pour le dépistage des retards de développement du langage oral (en âge préscolaire) ; en d'autres termes, il s'agissait d'étudier la pertinence du repérage par les parents des retards de langage d'enfant âgés de 4 à 6 ans. La question est de savoir si les informations rapportées par les parents à partir de questions posées présentent une sensibilité et une spécificité suffisantes.

Une comparaison a été opérée avec les résultats que les enfants ont obtenus au test de dépistage.

L'étude a été réalisée sur deux classes dans la commune urbaine de Creusot-Monceau en France en 2001-2002 : une classe de la section moyenne avec 782 enfants dont l'âge moyen est de 4.6 (670 parents ont répondu) et une classe de la grande section comprenant 923 enfants dont l'âge moyen est de 5.6 (799 parents ont répondu) ont été investiguées. Les parents ont alors répondu à un questionnaire concernant le langage et le comportement de leur enfant.

Pour la section moyenne, les parents répondaient à 16 items et les enfants passaient le ERTL4 et BREV. Pour la grande section, les parents répondaient à 10 items et les enfants passaient le BSEDS.

Les résultats ont permis de confirmer que l'avis des parents est fortement et spécifiquement corrélé aux épreuves évaluant le caractère correct ou incorrect de l'expression orale mais moins fortement corrélé aux épreuves de vocabulaire et de compréhension. La corrélation est donc significative mais non parfaite et les auteurs concluent qu'un tel questionnaire (très court) auprès des parents peut constituer une pré-dépistage rapide et peu onéreux en complément de l'avis des professionnels.

Appréciations parentales liées aux épreuves de langage selon Callu et al., 2003.

---

#### Moyenne section de maternelle

#### Grande section de maternelle

---

	L'enfant prononce bien les mots
	L'enfant est compris des autres gens
L'enfant se trompe souvent de mot	L'enfant a des difficultés pour assembler les mots ou pour faire des phrases
L'enfant déforme les mots	Nous sommes inquiets de la manière dont parle notre enfant

---

Enfin, en **annexe 3**, vous trouverez le descriptif succinct de trois autres expériences étrangères.

En conclusion, les outils de dépistage des troubles du langage chez l'enfant peuvent être classés en deux catégories :

- les examens du langage de l'enfant (Roy, Maeder, Kiffer-Piquard, Blanc et Alla, 2000 ; Billard, Vol, Livet, Motte, Vallée et Gillet, 2001 ; Zorman et Jacquier-Roux, 2002, cités dans Watier et al., 2006) comme par exemple l'ERTL 4, l'ERTLA 6 ou le BREV.

L'ERTL 4 (épreuves de repérage des troubles du langage) mesure les troubles du langage (expressif et réceptif) portant sur l'organisation et la structure de la phrase, les troubles de la parole dus à des défaillances de l'organisation phonologique et les troubles de la voix ou du débit. Toutefois, s'il explore les compétences langagières, il ne permet pas de différencier ni les items réceptifs des items expressifs ni les déficits spécifiques du langage oral des déficits secondaires. L'ERTLA 6 (épreuves de repérage des troubles du langage et des apprentissages) évalue les prérequis de l'acquisition du langage écrit chez les enfants de 6 ans. Les différentes épreuves de ce test sont : la capacité de repérage spatial et temporel, de discrimination de sons, de rimes, de répétitions phonologiques et de rythmes, de soustraction syllabique, de graphisme et de mémorisation de mots. Le BREV (batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives) est un outil clinique permettant de dépister les enfants de 4 à 9 ans atteints d'un déficit cognitif et de préciser le profil de leur déficit avec un raisonnement neuropsychologique. (Billard, 2001). Ces trois outils sont exclusivement destinés aux professionnels de santé.

- les questionnaires (Chevrie-Muller, Goujard, Plaza, Simon et Dufouil, 1994 ; Coquet et Maetz, 1997 ; Callu, Jacquier-Roux, Cusin, Giannopulu et Dellatolas, cités dans Watier et al., 2006) tel le Questionnaire Langage et Comportement (QLC) qui est destiné aux enseignants de la petite section maternelle. Son but est de repérer les enfants présentant des troubles du langage oral et du comportement. Il comporte des items ayant trait aux aptitudes et aux comportements : voix et parole, langage-compréhension, langage-expression, motricité, mémoire verbale, comportement dans le jeu et lors des activités scolaires, comportement en groupe et en général.

Enfin, pour Billard (2001), il est important de sensibiliser les enseignants à signaler les enfants en situation de difficultés d'apprentissage. Deux outils sont fréquemment utilisés par les professionnels de l'Education nationale française: le questionnaire de Chevrie-Müller (QLC) (cfr supra) et la batterie de tests mise au point par Zorman. Il s'agit de permettre aux enseignants de repérer les symptômes de troubles du langage et d'orienter leur pédagogie. Ces outils ne servent en aucun cas de diagnostic médical.

Notons enfin que dans le cadre de la réalisation en 1999 à Lyon d'une enquête pilote (Guillaud-Bataille et al., 2001), qui avait pour objectif de vérifier l'hypothèse qu'il existe un lien spécifique entre comportements perturbateurs et troubles de l'acquisition du langage, auprès de 97 enfants en maternelle (section moyenne - nés en 1994) issus de familles migrantes fréquentent une école dans des quartiers « défavorisés » économiquement et considérés comme quartiers « difficiles » (écoles non classées en zone d'éducation prioritaire – les ZEP), les chercheurs ont utilisé plusieurs outils pour évaluer les comportements perturbateurs à savoir :

- le **questionnaire de Conners** (Douglas et al. 1987) est rempli par l'enseignant sur base de son observation de l'enfant et ce en fonction de 10 items (items non précisés par Guillaud-Bataille et al. 2001). Ce questionnaire est complété par une série de 11 critères regroupés en 3 axes : instabilité/turbulence, comportements agressifs, respect des consignes.
- le **questionnaire des forces et des difficultés de Goodman** (1997 et 1999) est un outil qui permet de repérer « *des troubles émotionnels, des troubles relationnels, des troubles du comportement social, un facteur d'hyperactivité et enfin un facteur prosocial.* » Ce questionnaire se compose de 2 volets, l'un pour l'enseignant et l'autre pour les parents de l'enfant. Ils est utilisable pour les enfants âgés de 4 à 16 ans et consiste à observer l'enfant sur une période de 3 mois.
- L'évaluation standard du langage se fait via l'**outil ERTL4**. Cette évaluation est réalisée par une orthophoniste durant un entretien avec l'enfant. Les résultats de cette évaluation sont discutés avec 2 responsables de l'enseignement et l'orthophoniste.

## 6° Quelle prise en charge des troubles du langage chez le jeune enfant ?

Vallée et Dellatolas (2005) soulignent l'importance de l'harmonisation dans le rôle de chaque intervenant scolaire (médecin, enseignant, orthophoniste, psychologue, psychomotricien, médecin de famille, etc.).

Les auteurs reprennent sous forme de tableau les acteurs impliqués dans cette problématique de santé.

FONCTIONS	REPERAGE	DEPISTAGE	DIAGNOSTIC
	3-4 ans 5-6 ans	3-4 ans 5-6 ans	Typologique et Etiologique > 3ans
ACTEURS CONCERNES	Famille Enseignants Médecins de famille* Psychologues	Médecins de PMI Médecins de l'Education Nationale Médecins de famille** Orthophonistes	Equipes Pluridisciplinaires Centres de référence

- \* : Pédiatres ; Médecins généralistes
- \*\* : Pédiatres ou médecins généralistes formés à l'utilisation des tests

Le plan national d'action (2001-2003) pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (France) prévoit la mise en place de **centres de références spécifiques à ces troubles**. A partir de 2001, des centres (au nombre de 37) se sont progressivement mis en place au sein de CHU. Ils ont pour objectifs (Levine, 2006) :

- de proposer un « *plateau de consultations multidisciplinaires* » médicales, orthophoniques, psychologiques, neuropsychologiques, psychomotrices, etc. en vue de diagnostiquer plus rapidement ces troubles au travers d'une évaluation globale de l'enfant.
- d'assurer le suivi et la coordination des soins proposés par la mise en place d'un travail en réseau avec les services médicaux et médico-scolaires, les enseignants, les professionnels de santé libéraux, l'éducation nationale.
- de proposer des actions de formation pour les différents acteurs œuvrant auprès de jeunes enfants.
- de participer à des activités de recherche.

Des budgets spécifiques ont été alloués pour la création de ces centres.

Au niveau associatif, il existe notamment une structure associative (département du Cher) qui prend en charge les enfants atteints de troubles du langage et issus de familles défavorisées. Cette association nommée Trustd a été créée par une maman RMiste ayant 2 enfants dyslexiques.

Les objectifs de cette association sont :

- d'aider et d'informer ces familles,
- de leur fournir si nécessaire un soutien/assistance juridique pour éviter les placements intempestifs d'enfants dans des institutions de type psychiatrique,
- d'aider les familles dans les démarches de dépistage/diagnostic et de prise en charge de ces troubles.

Le financement de cette association se fait via les cotisations modestes des adhérents et l'obtention de certains dons. L'association vit donc également dans une certaine précarité ...

Levine (2006) évoque toutefois les difficultés que rencontrent ces familles :

- un délai d'attente trop important (plus de 6 mois) pour le dépistage/diagnostic car celui-ci doit être fait au sein d'un centre de référence qui est « débordé » par les demandes du secteur. Dès lors, l'association oriente ces enfants vers des orthophonistes libéraux du département du Cher.
- la plupart des familles accueillies à l'association ont rencontré des professionnels de santé qui n'ont pas répondu à leurs attentes/demandes en terme d'accompagnement.
- l'apprentissage de la langue anglaise qui provoque un handicap supplémentaire chez les enfants atteints de dyslexie. C'est la raison pour laquelle, cette association se bat pour la suppression de cet apprentissage et pour la création de classes d'intégration scolaire spécifiques pour les enfants dyslexiques.

- Enfin, les centres de référence ne sont pas compétents pour prendre en charge les adultes atteints de troubles du langage et aucune autre structure n'existe pour les soutenir.

Les difficultés pointées montrent malheureusement l'existence d'un hiatus entre ce que le plan national prévoit et la réalité de terrain.

A partir du moment où des troubles du langage sont dépistés chez un enfant, quatre démarches indépendantes peuvent être réalisées (Billard (2001)).

- Premièrement, il s'agira de réaliser une évaluation plus précise afin de détecter la présence ou l'absence de troubles secondaires.
- Deuxièmement, dans le cas où le déficit est dû à un contexte socioculturel défavorisé, de multilinguisme ou s'il s'associe à des troubles importants du comportement, il est nécessaire que l'enfant soit pris en charge par les médecins de la protection infantile et maternelle ou par des institutions pluridisciplinaires.
- Troisièmement, « *une prise en charge orthophonique spécialisée pour les déficits spécifiques et sévères du langage oral faisant suspecter une dysphasie de développement* » doit être initiée.
- Quatrièmement, les enfants ayant un déficit spécifique et modéré du langage oral doivent être suivis rigoureusement et être évalués à l'âge de 5 ans.

## 7° Recommandations proposées par les auteurs

Selon Vallée et Dellatolas (2005), il est indispensable de tenir compte du rythme des acquisitions de l'enfant pour évaluer son langage. Les indices les plus importants pour évaluer un « bon » développement du langage sont : « *la diversité lexicale (nombre de mots différents), la production (nombre total de mots), la longueur moyenne d'énoncé (indice de maturité syntaxique), l'utilisation des pronoms sujet, des déterminants marqueurs du nom, des prépositions, le début d'accord du verbe.* »

Les auteurs pointent l'environnement de l'enfant comme étant un facteur déterminant pour le développement du langage. Ils indiquent également que le niveau de scolarité de la mère intervient et cela d'autant plus si l'enfant vit dans un « milieu » défavorisé.

Au niveau des enseignants, il est important de leur donner des points de repère, et cela afin qu'ils puissent utiliser correctement les outils créés pour eux ; ce qui devrait leur permettre de mettre en évidence plus rapidement l'existence ou non d'une difficulté d'apprentissage du langage chez un jeune enfant.

L'utilisation correcte de ces outils nécessite une formation initiale et continue des enseignants. Ils demandent de pouvoir travailler avec des outils simples, non pas pour établir un diagnostic, mais bien pour attirer et alerter les professionnels de l'enfance. De plus, les enseignants sont demandeurs de pouvoir bénéficier de telles formations

NB : les enfants les moins dépistés et surtout diagnostiqués sont plus souvent des enfants issus d'un milieu socio-économique « pauvre »

En ce qui concerne les outils, les recommandations formulées par Vallée et Dellatolas (2005) soulignent la nécessité de prendre en compte l'âge de l'enfant (et ce pour chaque « niveau » scolaire), le sexe, le niveau socioculturel de la famille, la zone géographique de l'établissement scolaire, l'éventuel bilinguisme, les antécédents familiaux de troubles du langage.

Ces auteurs soulignent également qu'il ne semble pas pertinent d'augmenter le nombre de tests en vue d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des enfants atteints de ces troubles du langage.

En terme de perspective, ces auteurs pointent l'importance de :

- poursuivre le travail de validation des tests existants pour ainsi les optimiser,
- de développer des collaborations entre chercheurs, psychiatres, neurologues, orthophonistes et enseignants.

-

Pour Denni-Krichel (2004), il s'agit de privilégier les partenariats entre professionnels en décloisonnant les pratiques des acteurs ayant un rôle à jouer autour de l'enfant et sa famille, à savoir : les médecins (généralistes et spécialistes ainsi que scolaires), les puéricultrices et personnels de la petite enfance, les auxiliaires médicaux dont les orthophonistes, les travailleurs sociaux, les enseignants et le personnel spécialisé de l'éducation nationale, les services spécialisés issus du secteur publique ou du secteur privé médicosocial, l'assurance maladie, la DASS, les allocations familiales, l'éducation nationale, les services hospitaliers, etc.). Il est donc primordial de mettre les moyens nécessaires pour le partage d'informations dans des réseaux formels et informels et d'instaurer une véritable culture de santé partagée.

Pour ce faire, il s'agit de :

- Mettre en commun des compétences spécifiques,
- Partager l'information, la culture et un langage commun à tous,
- Coordonner les actions à mettre en place,
- Assurer le suivi d'enfants à risques,
- Faire des études épidémiologiques dans des zones géographiques déterminées.

L'auteur définit également clairement le rôle de l'orthophoniste :

1. Information généralisée des parents et des professionnels quant au développement du langage, aux attitudes éducatives positives, aux relations langagières interactives à instaurer, aux moyens de repérer très précocement les déviances ou difficultés, ceci par le biais de différents moyens (outils pour le grand public : livrets d'information, films vidéos, affiches et sites internet + participation plus régulière des orthophonistes dans des colloques, séminaires etc., ceci afin de favoriser le partage de connaissances).
2. En terme de formation, intervention des orthophonistes dans la formation de base et continue des professionnels suivants : puéricultrices et personnels des lieux de garde, assistantes maternelles, travailleurs sociaux, enseignants et éducateurs, médecins.
3. Au niveau du repérage : impossible que tout soit effectué par les orthophoniste au vu du coût. Ce repérage pourrait donc être réalisé par le personnel de crèche et de garderie, les enseignants de l'école maternelle, les équipes médicales de prévention, les médecins, sur base d'outils conçus par les orthophonistes et à deux moments



privilegiés : entre 3 ans et demi et 4, 5 ans (âge de l'explosion linguistique) et entre 5 ans et demi et 7 ans (premiers apprentissages scolaires : lecture et calcul).

4. En ce qui concerne l'orientation, les mesures pédagogiques et les soins à fournir, il est indéniable qu'une mobilisation du réseau partenarial doit être de mise (cfr supra). Une action de concert sera de mise pour « prendre soin des enfants » et « aider les parents à affronter souffrances et difficultés ».
  - a. École : moyens pédagogiques pour permettre à l'enfant de quitter l'établissement pendant la réalisation de ses soins (l'établissement ne peut être le lieu de soin),
  - b. Professionnels de santé : cohérence entre eux,
  - c. Services sociaux : mise en place d'aide éventuelle auprès des familles,
  - d. Caisse maladie : accès financier possible aux soins.

Dès lors, il est également indispensable d'assurer l'accompagnement des parents :

1. Fournir des informations sur le développement normal des étapes d'acquisition du langage ainsi que sur les facteurs facilitant et entravant ce développement. Il faut bien entendu aussi veiller à la réceptivité émotionnelle des parents.
2. Veiller à reprendre l'information sur le « handicap » si nécessaire.
3. Une « formation » des parents à l'observation, à l'évaluation des capacités de l'enfant et à tous éléments stimulants est également préconisée.
4. Un ensemble de conseils concernant l'éveil sensoriel et de la communication doit être proposé aux parents.

Il s'agit par exemple d'identifier les amorces de communication de l'enfant afin que les parents le reconnaisse comme être communicant = rôle de stimulateur. L'orthophoniste propose aux parents un apprentissage alternatif lorsque la stimulation naturelle ne suffit pas : photos, modification d'intonations, pictogrammes, signes de la langue des signes... ceci dans le but de stimuler d'autres circuits d'intégration sensorielle. Une suppression rapide de ces méthodes peut alors être envisagée lorsque l'accès à la parole est possible. Si toutefois, l'on se trouve en situation d'échec, il ne s'agit en aucun cas de gommer le trouble mais bien de continuer à stimuler, voire proposer d'autres moyens de communication pour assurer à l'enfant une plus grande autonomie.
5. Le diagnostic de troubles perturbe la relation affective. Or, ce sont les parents qui amènent l'enfant à se constituer comme être de parole et sujet ; dès lors, il est nécessaire d'envisager un accompagnement des parents par l'orthophoniste mais ces modalités doivent être envisagées au cas par cas.

Une évaluation du plan national d'action a été réalisée par deux associations (Guyennet A., 2006) : l'Association Langage 29 (Finistère) et l'association Avenir Dysphasie (AAD France). Cette évaluation (plutôt sous forme de bilan) a été permise via les informations recueillies auprès de leurs adhérents qui sont majoritairement d'une part, des parents confrontés aux problèmes qu'engendrent des troubles sévères de la parole et/ou des troubles spécifiques du langage et d'autre part, des professionnels de santé et/ou de l'enseignement. Cette évaluation a permis d'observer des points forts mais également des points faibles et donc de fournir également un certain nombre de recommandations.

Les résultats positifs sont par exemple :

- l'observation d'un net progrès lié à l'amélioration des échanges entre professionnels de santé, parents/familles et enseignants,

- la mise en place de centres de référence dans de nombreux départements,
  - l'intégration dans les écoles d'enfants dysphasiques,
  - la création de classes adaptées dont certaines sont spécialisées dans les troubles du langage,
  - la reconnaissance progressive des troubles du langage,
- Etc.

Les effets moins positifs sont par exemple :

- Une disparité régionale fort importante dans la mise en place de ce plan car dépend du niveau d'implication des pouvoirs publics, du Ministère de la Santé et de l'Education nationale. Ce bilan relève principalement 5 points :
  - réduire les délais d'attente (le délai au moment du bilan est de 6 à 18 mois) pour une consultation au centre de référence et création d'un centre dans chaque département,
  - généraliser la double prise en charge de soins dans le libéral en parallèle avec celle réalisée par le centre de référence,
  - assurer systématiquement des formations et intégrer dans les formations initiales des médecins les aspects « troubles sévères du langage »,
  - généraliser des rencontres entre tous les acteurs intervenants auprès de ces enfants/familles,
  - développer des programmes de recherche clinique.
- Au niveau du dépistage de ces troubles : il faut veiller à développer davantage le travail en commun comme par exemple :
  - améliorer le dépistage dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et donc prévoir des formations pour les médecins travaillant dans ces structures et des plages de consultation plus longues,
  - mieux explorer chez les enfants de 6 ans leurs capacités de langage et ce au moment du bilan de santé,
  - identifier dans chaque département, un réseau de professionnels libéraux pour pouvoir travailler efficacement avec les professionnels de chaque centre de référence,
  - etc.
- Se doter de réels moyens d'évaluation comme par exemple :
  - mieux former les enseignants à utiliser les outils de « dépistage » mais également être capable de mieux évaluer les observations faites,
  - ouvrir des classes d'intégration scolaire pour les enfants atteints de troubles,

- développer la formation de tous les acteurs impliqués dans ce repérage/dépistage/diagnostic,
- etc.

Enfin, plus généralement, veiller à ce que ce plan national soit appliqué de la même manière dans tous les départements français.

Pour Loos-Avrav et al. (2005), il s'agit surtout de veiller à ne pas stigmatiser, y compris par l'emploi de certains termes, les enfants auprès desquels le dépistage souligne des difficultés. Ces troubles ne sont, d'après les auteurs, pas irrémédiables.

Enfin, pour Chevrie-Muller et al. (2005), il faut envisager l'enfant dans sa globalité (y compris le sexe et l'environnement) avant de stigmatiser. Il faut également user de toute la prudence qui s'impose dans l'interprétation des tests utilisés pour les dépistages précoces ; toutefois, il ne faut pas non plus hésiter à intervenir si une réelle difficulté est repérée.

D'une manière plus générale, l'ANAES en 2001 a publié des recommandations concernant les indications de l'orthophonie dans les troubles primaires et spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans et conclut au caractère systématique du repérage et du dépistage des troubles du langage oral chez le jeune enfant de 3 à 6 ans et ceci même en l'absence de plainte. Par contre, le National Screening Committee (NSC) en Grande-Bretagne conclut en 2004 que le dépistage des retards de parole et de langage n'était pas justifié. Les australiens quant à eux concluent en 2002, qu'au vu notamment de la difficulté de définir ce qu'est un retard de langage et au vu du manque de preuve, ils ne peuvent se prononcer pour ou contre le dépistage. Ils soulignent toutefois la nécessité de développer d'autres recherches qui s'intéresseraient tout particulièrement aux facteurs prédictifs précoces des troubles du langage.

## 8° Conclusions

Au terme de cette revue de littérature, il est à l'heure actuelle difficile de se prononcer quant aux bénéfices d'un dépistage « universel » des troubles du langage chez les jeunes enfants. En effet, il semble que bien souvent la sensibilité des tests proposés soit plus faible que la spécificité de ceux-ci, ce qui voudrait dire qu'il est plus facile d'identifier les enfants ne présentant aucun trouble du langage ! De plus, il semble également qu'il existe une réelle difficulté à dépister de manière pointue les troubles langagiers auprès de très jeunes enfants (30 à 36 mois), du fait notamment de très nombreuses variations individuelles à ce très jeune âge.

Toutefois, les données épidémiologiques et les recommandations d'experts plaident en faveur d'un dépistage plus systématique, et ceci même en l'absence de plainte. En effet, d'une part les troubles du langage touchent un trop grand nombre d'enfants et d'autre part leur repérage et prise en charge précoces permettent de diminuer les difficultés d'apprentissage éventuelles

(difficultés scolaires au niveau du langage, de la lecture et de l'orthographe). Rappelons aussi que des troubles langagiers détectés tardivement risquent d'hypothéquer non seulement la réussite scolaire de l'enfant mais également sa vie professionnelle future !

Enfin, cette revue de littérature n'avait pas pour objectif de privilégier plutôt un outil/test par rapport à un autre mais bien d'identifier les différents « outils » existants et ainsi pouvoir opérer un choix en fonction de ce que l'on cherche à identifier (observation du développement du langage et donc simple repérage des troubles du langage et/ou repérage à la fois des troubles langagiers et des apprentissages, etc.) et du public-cible pour lequel l'outil/test est destiné : âge de passation du test (enfants entre 3 et 4 ans : DPL 3, QLC ; enfants âgés de 4 ans et plus : ERTL 4 (4 ans) et ERTLA 6 (6 ans), etc.). Il est également indispensable de tenir compte du « profil » des utilisateurs : enseignants, parents, professionnels de santé ?

Certains auteurs (Denni-Krichel, 2004, Guyennet, 2006 ) soulignent la nécessité de travailler la détection et la prise en charge précoces des troubles du langage chez le jeune enfant en multidisciplinarité (enseignants, orthophonistes, médecins traitants, professionnels de santé, professionnels de la petite enfance, etc.). La réussite d'une telle approche passe alors par la mise en commun de compétences spécifiques et le décloisonnement des pratiques, le partage d'un langage commun, la transmission de l'information, la coordination des activités à mettre en place, la formation continue des professionnels, etc.

Mais ce travail de « prise en charge » ne peut trouver écho favorable sans intégrer les parents en tant que partenaires incontournables et ce dès le début du processus de prise en charge. Ceux-ci peuvent en effet jouer un rôle considérable dans le développement du langage chez l'enfant (observateurs - mais également acteurs – privilégiés : détection des signes d'appel, évaluation des capacités, création d'environnements favorables où l'expression verbale sera encouragée, etc.).

Nous ne pouvons conclure ce travail sans attirer l'attention sur l'importance d'une prise en charge globale de l'enfant. En effet, chaque enfant a sa propre histoire et son propre rythme d'acquisition déterminés par des facteurs environnementaux (tant familiaux que psychosociaux, sanitaires, économiques, etc). Autant de facteurs dont il faudra tenir compte dans le dépistage et l'accompagnement de l'enfant !

## 9° Bibliographie

Billard C., (2001). Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme, *Archives Pédiatriques*, 8, pp. 86-91.

Callu D.,(2003), Jacquier-Roux M., Cusin F., Giannopulu I., Dellatolas G., pertinence du repérage par les enfants des retards de langage chez l'enfant entre 4 et 6 ans, *Archives de pédiatrie*, 10, pp. 1061-1067.

Chevrie-Muller C., Watier L., Arabia J. , Arabia C., Dellatolas G., (2005), Repérage par les enseignants des difficultés de langage et de comportement chez 2059 enfants de 3 ans et demi, *Rev Epidemiol santé publique*, 53, pp. 645-657.

Denni-Krichel N., (2001), La prévention des troubles du langage : un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école, *Enfances &Psy*, 2001/4, n°16, pp 150-153. Document accessible sur le site [www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-4](http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-4)

Denni-Krichel N., (2004), La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, pp. 471-477.

Guillaud-Bataille J.M., Casanova M., Moulinier M.C., Soares-Boucaud I., Astier M.C., Thomalla M., Gatel M.C., (2001), Troubles du comportement social et du langage. Prévalence et association chez l'enfant de 4 à 5 ans en milieu scolaire, *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 49 , pp. 397-403.

Guyennet A.M., (2006), Plan national d'action : ce qu'en pensent les associations., *La santé de l'Homme*, n° 381, janvier-février, pp 12-13.

Haute Autorité de Santé, (2005), Recommandations portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, *Argumentaire*, pp.49-70, in <http://www.has-sante.fr>

Jamieson D., (2007), Le développement du langage chez les jeunes enfants, *Bulletin du CSAJE*, Vol. n°2, page 1, in <http://ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

Joly A., (2006), « L'accompagnement coûteux pénalise les familles défavorisées », *La santé de l'Homme*, n° 381, janvier-février, pp 17-18.

Kohl, M., Beauquier-Maccota, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., Pinot, P., Rittori, G., Vaivre-Douret, L., Golse, B., & Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective, *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), pp. 577-595.

Levine M., (2006), Centres référents : évaluer et coordonner les soins, *La santé de l'Homme*, n° 381, janvier-février, pp 11.

Loos-Ayav C. , Roy B., Blanc J-P, Aptel E., Maerder C., Kipffer-Piquard A., Alla F., (2005), Validité des épreuves du repérage des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant de 6 ans (ERTLA6)-étude prospective, *Société Française de Santé Publique*, 2005/2, n°17, pp.179-189.

Mancini J., Pech-Georgel C., Brun F., George F., Livet M., Camps R., Massoulier A., Suzineau E., Guagliardo V., Verger P., (2008), EVAL MATER : proposition d'une évaluation

pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du 1<sup>er</sup> bilan de santé en école maternelle, Archives de Pédiatrie, 15, pp. 397-405.

Palkhivala A., (2007), Le langage : une porte d'entrée vers la vie et l'apprentissage, Bulletin du CSAJE, Vol. n°2, pp. 2-3, in <http://ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

Palkhivala A., (2007), L'évaluation des troubles de la parole : la première étape pour aider les enfants à communiquer, Bulletin du CSAJE, Vol. n°2, pp. 3-4, in <http://ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

Palkhivala A., (2007), Apprendre aux jeunes enfants à parler, Bulletin du CSAJE, Vol. n°2, pp. 4-5, in <http://ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

Palkhivala A., (2007), Sans traitement, les troubles de la parole et du langage peuvent avoir des conséquences à long terme, Bulletin du CSAJE, Vol. n°2, pp. 5-6, in <http://ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

Petit-Carrié S., Salamon M., Tison S., Poisot C., Bouzigon E., Stessin C., (2001), Les bilans de santé des enfants de 3-4 ans : résultats des dépistages réalisés en 1999 par les médecins du service de protection maternelle et infantile de Gironde, Archives de Pédiatrie, 8, pp. 588-597.

Petit-Carrié, S. (2003). Accès aux soins orthophoniques précoces en Gironde : évaluation d'une campagne de dépistage des troubles du langage à 4 ans (1999-2001). Archives de pédiatrie, 10, pp. 869-875.

Rapport banque de données médico-sociales 2007, Statistiques 2006-2007, ONE. Document accessible sur le site <http://www.one.be>.

Sommelet D., Picherot G., Bertot V., Blanc J-P., et al. (2007), Les troubles de l'évolution de langage chez l'enfant, Guide pratique, Société Française de Pédiatrie, DGS.

Vallée L, Dellatolas G., (2005), Recommandations sur les outils de Repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, Rapport de la commission d'experts chargés d'élaborer au niveau national des recommandations sur les outils à l'usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteint d'un trouble spécifique du langage., 1<sup>er</sup> octobre 2005. Document accessible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Watier L., Dellatolas G., Chevrie-Muller C., (2006), Difficultés de langage et de comportement à 3 ans et demi et retard en lecture au cours élémentaire, Revue Epidémiologique de Santé Publique, 54, pp. 327-339.

## 10° Annexes

**Annexe 1** : critères diagnostiques en fonction des troubles du langage selon le DSM IV (Statistique des Maladies mentales, 4<sup>ème</sup> édition) et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> édition), (Vallée et Dellatolas, 2005 ; HAS, 2005).

### **Le DSM-IV** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*)

Trois syndromes et leurs critères diagnostiques sont définis dans le chapitre « troubles de la communication » du DSM-IV. (repris tel quel).

#### Trouble du langage de type expressif

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités d'expression du langage sont nettement en dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part, de ceux obtenus par des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade de développement.

B. Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble de langage de type mixte réceptif-expressif ni à ceux de trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

#### Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif

A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités expressives et réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du trouble du langage de type expressif ainsi que les difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.

B. Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

D. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

#### Trouble phonologique

A. Incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (par exemple, erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation ; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre, ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).

B. Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou

professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.

**La CIM-10** (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), (repris tel quel).

La CIM-10 définit les « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage » comme des troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies de l'appareil phonatoire, des troubles sensoriels, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Trois syndromes sont décrits :

Troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation

L'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Trouble de l'acquisition du langage de type expressif

Les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble de l'articulation.

Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif

Les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement perturbé et il existe habituellement des troubles phonétiques.

Par ailleurs, il existe les catégories : autres troubles du développement de la parole et du langage, troubles du développement de la parole et du langage sans précision. L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part.



## **Annexe 2 :**

Validité des tests – Haute Autorité de Santé, (2005), Recommandations portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, Argumentaire, pp.49-70, in <http://www.has-sante.fr>

**Validité** (repris tel quel).

### **DPL3**

Ce test a été étalonné sur une population de 439 enfants de la région de Douai, âgés de 3 ans à 3 ans 6 mois, de milieux socioprofessionnels variés, observés par leur enseignant (moyenne = 6,74 ; écart-type = 2,84 ; médiane = 8). Un effet significatif du niveau socioculturel, de l'absentéisme, du sexe et du bilinguisme a été observé. Trois catégories ont été définies : à risque, à surveiller et satisfaisant. Un score inférieur à 3, obtenu chez 12 % des enfants lors de l'étalonnage, doit conduire à une orientation vers des examens complémentaires, des conseils de prévention aux familles ou une indication de suivi spécifique. Un score de 3 ou 4, obtenu par 16,5 % lors de l'étalonnage, doit conduire à une surveillance et à un nouveau contrôle 4 à 6 mois plus tard.

Une étude longitudinale a été menée de 1996 à 1999. En 1996, un dépistage a été réalisé par les équipes pédagogiques de petite section de maternelle dans le cadre de la classe. Les enfants ont été suivis lors du bilan de 4 ans assuré par les services de PMI et lors du bilan d'entrée à l'école primaire assuré par le service de santé scolaire. Il existe une concordance des signalements au D.P.L.3 et au bilan de 4 ans pour 83,10 % des sujets et au D.P.L.3 et au bilan de 6 ans pour 74,61 % des sujets. Un travail réalisé en 2002-2003 permet de croiser les résultats de l'observation par l'enseignant avec le D.P.L.3 avec les données recueillies avec un outil de diagnostic orthophonique, la batterie d'évaluation psycholinguistique (BEPL-A). L'étude porte sur un total de 152 enfants. Selon le seuil utilisé, la sensibilité du D.P.L.3 varie de 60 % à 74 %, la spécificité de 92 % à 94 %, la valeur prédictive positive de 74 % à 75 % et la valeur prédictive négative de 89 % à 92 %.

### **TDP 81**

Le TDP 81 a été étalonné auprès de 1 349 enfants issus de 9 régions. En 1982, les auteurs relevaient : 60 à 65 % d'enfants testés ne présentant aucune difficulté, 20 à 25 % d'enfants nécessitant une surveillance active et 10 à 15 % d'enfants relevant d'une prise en charge immédiate orthophonique ou autre. Deux études longitudinales ont été effectuées sur respectivement 166 et 88 sujets revus entre l'âge de 9 ans 6 mois et 11 ans. Les sujets initialement classés en GI ou GII poursuivaient, à de rares exceptions, un cursus scolaire équilibré. Parmi les sujets classés en GIII et GIV, seulement 8 à 10 % d'entre eux avaient bénéficié d'une prise en charge orthophonique et/ou psychopédagogique. Aucun de ces enfants n'avait redoublé, malgré pour certains d'entre eux, un rendement scolaire moyen ou faible. Parmi les sujets classés en GIII ou GIV, dépistés mais non traités, entre 75 % et 78 % se trouvaient en échec scolaire, ayant redoublé au moins une classe, certains se trouvant en classe de perfectionnement.

Nous ne disposons pas de données de validité sur le PER 2000.

## **QLC**

La validation du test a été réalisée sur un échantillon de 480 enfants. La batterie d'évaluation psycholinguistique (BEPL-A) a été utilisée comme test diagnostique de référence. Sur les 480 enfants, 117 étaient en difficulté. La sensibilité du questionnaire est estimée à 79,5 %, la spécificité à 78,2 %, la valeur prédictive positive à 54,1 % et la valeur prédictive négative de 92,2 %.

## **ERTL 4**

L'ERTL 4 a été étalonnée en 1996 chez 370 enfants entre 3 ans 9 mois et 4 ans 6 mois à l'occasion de bilans de santé effectués par la PMI de Meurthe-et-Moselle. La comparaison avec un « bilan orthophonique standardisé » a objectivé une sensibilité de 73 % et une spécificité de 91 %. Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants étaient bien classés.

Une évaluation de la campagne de dépistage a été réalisée en Gironde entre 1999 et 2001. Un total de 14 037 enfants ont été inclus dans l'étude : 1 363 enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4 et 12 674 suivant les modalités habituelles de dépistage. Dans le groupe ayant bénéficié de l'ERTL 4, la prescription d'un bilan orthophonique a concerné 25,2 % des enfants. Le taux de bilans effectivement réalisés s'élevait à 64,1 %. Parmi eux, 86,8 % des enfants se sont avérés effectivement porteurs de troubles du langage (valeur prédictive positive). Le taux de bilans orthophoniques réalisés chez les enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4 était de 16 %, significativement supérieur à celui observé chez les autres enfants (9 %,  $p < 10^{-4}$ ). La moyenne d'âge au moment du bilan orthophonique dans le groupe des enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4 était de 54,4 mois contre 62,2 mois ( $p < 10^{-4}$ ). Les auteurs soulignent l'amélioration significative de l'accès aux soins orthophoniques précoces dans le groupe des enfants ayant bénéficié de l'ERTL 4. Le devenir à plus long terme de ces enfants n'est pas connu.

## **BREV**

L'étalonnage effectué chez 500 enfants « normaux » (243 garçons et 257 filles, âgés en moyenne de 6,6 ans) donne les normes de chaque item à chaque âge (10 classes d'âge de 6 mois). La validation chez 202 enfants épileptiques, âgés de 4 à 8 ans révolus, a évalué la sensibilité et la spécificité à plus de 75 %.

Les auteurs mentionnent que la version courte de la BREV conçue avec une réduction du nombre et de la longueur de certains items montre des résultats très corrélés à la forme initiale. Ainsi, la corrélation entre les scores verbaux et non verbaux de la version complète et les scores verbaux et non verbaux « réduits » de la version abrégée est très élevée ( $r = 0,93$  et  $r = 0,98$ ).

## **ERTLA 6**

La première phase de validation a comporté 2 étapes. Une étude « cas-témoins » a estimé la sensibilité de l'ERTLA 6 à 74% et la spécificité à 91 %. Dans cette étude les « cas » étaient des enfants déjà connus comme pathologiques (déjà pris en charge en orthophonie pour des problèmes divers, essentiellement des retards de langage) et les « témoins » des enfants scolarisés et de développement apparemment normal. Un étalonnage du test a été effectué sur

371 enfants recrutés en pédiatrie ambulatoire et en santé scolaire. Le score augmente avec le niveau scolaire, soulignant l'adaptation nécessaire de la décision en fonction du niveau scolaire de l'enfant examiné. Une dernière étape dans le processus de validation consiste en une étude longitudinale portant sur 148 enfants issus d'un échantillon de 187 enfants tirés au sort. Les capacités de l'ERTLA 6 à prédire l'échec scolaire ont été évaluées. La passation de l'ERTLA 6 a été effectuée en grande section de maternelle au cours de l'année scolaire 1999/2000. Les enfants ont été revus en 2002/2003 : 19 % ont été considérés de performance scolaire insuffisante : 15 % n'avaient pas atteint le CE2 et 4% avaient un score à l'évaluation nationale réalisée en CE2 insuffisant. La sensibilité pour un seuil d'ERTLA 6 > 7 est estimée à 79 %, la spécificité à 87 %, la valeur prédictive positive à 95 % et la valeur prédictive négative à 95 %.

### **BSEDS 5-6**

Le BSEDS 5-6 a été étalonné auprès d'un échantillon de 1 076 enfants de grande section de maternelle en 1998-99. Après 3 ans d'utilisation, sur plusieurs dizaines de milliers d'élèves, il est fait état de 4 à 5 % de bilans complémentaires du langage ou du développement auprès d'un service spécialisé ou d'un orthophoniste et, suivant les classes, de 20 à 35 % d'élèves qui font l'objet d'un avis sur la guidance pédagogique.

Un échantillon de 120 enfants a été évalué à 2 reprises par 2 équipes différentes. Les corrélations sont de 0,86 pour la conscience phonologique, supérieures à 0,80 pour la compréhension, le vocabulaire et les logatomes, et supérieures à 0,70 pour la discrimination phonémique, les épreuves visuelles et l'empan de chiffres. Ces résultats montrent une bonne reproductibilité de l'outil.

Un travail prospectif de validation du BSEDS 5-6 a porté sur l'évaluation du niveau de lecture après 2 ans d'apprentissage. L'analyse a été réalisée sur 495 enfants (échantillon constitué par tirage au sort). Les enfants ayant un score global à la lecture des mots isolés fréquents < - 2 écarts-types de la norme ont été considérés déviants ou non-lecteurs. Ils représentent 13,1 % de l'échantillon.

La sensibilité de l'épreuve de conscience phonologique en grande section de maternelle est estimée à 54 % et sa spécificité à 80 %. Pour le retard de production du langage oral, la sensibilité est estimée à 44 % et la spécificité à 90 %. Les enfants ne présentant pas de facteurs de risque en grande section (performances à tous les tests du BSEDS > - 1 écart-type et absence de retard de production en langage oral) ont une probabilité pour faire partie des non-lecteurs en fin de CE1 de 6 %.

### **Annexe 3**

Descriptif succinct d'expériences étrangères - Haute Autorité de Santé, (2005), Recommandations portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, Argumentaire, pp.49-70, in <http://www.has-sante.fr>

#### **Expériences étrangères** (repris tel quel).

Dans l'étude de Glascoe, les parents de 157 enfants âgés de 6 mois à 77 mois consultant en pédiatrie ont été interrogés pour savoir s'ils étaient préoccupés ou pas par des problèmes d'articulation et d'expression du langage de leurs enfants. Trente pour cent des parents étaient préoccupés. Ces mêmes enfants ont été évalués par le *Battelle Developmental Inventory Screening Test* (BDIST) et ceux avec des scores à moins de 2 déviations standard au sous-test d'expression du langage ont été considérés comme échouant au test (39 enfants, soit 25 %). Pour le jugement des parents, la spécificité était de 83 % et la sensibilité de 72 % .

Dans une étude suédoise sur 2 237 enfants, un dépistage à 3 ans a été effectué par 60 infirmières entraînées qui devaient dire si l'enfant utilisait des phrases de 3 mots ou non et s'il comprenait au moins 3 questions sur 5. L'évaluation à 4 ans par des spécialistes du langage qui classaient les enfants avec déficit mineur, déficit modéré, déficit sévère, a montré que sur 22 enfants (1 %) avec un déficit sévère à 4 ans, 3 seulement n'avaient pas été repérés à 3 ans. En revanche, ce dépistage à 3 ans ne permettait pas de repérer des enfants présentant des déficits modérés ou mineurs à 4 ans : sur les 187 enfants (8,4 %) avec déficit modéré à 4 ans, 149 n'avaient pas été repérés à 3 ans ; sur les 119 avec déficit mineur à 4 ans, 110 n'avaient pas été repérés à 3 ans. Les critères retenus pour le dépistage dans cette étude permettraient donc de détecter seulement les enfants avec déficits sévères de langage.

Une étude en Australie de l'Ouest (sur 6 250 enfants de 5 ans scolarisés a comparé l'efficacité d'un questionnaire langage rempli par les parents et d'un questionnaire langage rempli par l'enseignant dans le dépistage des troubles du langage. 553 enfants (9 %) étaient « positifs » selon les parents et 373 (6 %) selon l'enseignant. Tous les positifs et 553 négatifs selon les parents ont passé une batterie de tests.

Le questionnaire « parents » comprenait 11 questions : mon enfant prononce les mots correctement ; les étrangers ont du mal à le comprendre ; il évite de parler en groupe mais parle en tête à tête ; il bégaye ; il a besoin qu'on lui répète pour comprendre ; il aime parler des livres, des images et des jouets ; il pose beaucoup de questions ; il a des difficultés pour assembler les mots ou pour faire des phrases ; il parle très peu ; je suis inquiet(e) de la manière dont mon enfant parle.

La *check-list* pour l'enseignant était accompagnée d'indications sur ce qui doit être considéré comme retard modéré ou important dans chacun des domaines suivants : phonologie, langage expressif, narration, compréhension, discours, voix, fluence, autre problème.

Conclusion : les parents signalent trop de faux positifs ; les enseignants signalent autant de « cas » que les parents et moins de faux cas. Le questionnaire « parents » n'apporte pas d'information utile par rapport au questionnaire enseignant pour le dépistage des troubles du langage.