



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Nice Sophia-Antipolis
Faculté de Médecine
Ecole d'orthophonie de Nice
Année 2009-2010

Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

VERS UNE RECHERCHE DE LIENS ENTRE TROUBLE
D'HYPERACTIVITE AVEC DEFICIT DE L'ATTENTION
(THADA) ET
DYSPHASIE LEXICO-SYNTAXIQUE

Lucile BONAMI

Née le 12 novembre 1987

A St Denis de la Réunion (974).

Réalisé sous la direction de : M. Gilbert ZANGHELLINI, orthophoniste

Et la co-direction de : M. Maurice CONTANT, psychologue

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur ZANGHELLINI pour avoir dirigé ce mémoire et m'avoir ainsi permis de traiter un sujet d'une grande richesse. Je le remercie également pour ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité qui ont largement contribué à l'élaboration de ce travail.

Je tiens à remercier aussi Monsieur CONTANT qui a co-dirigé ce mémoire avec beaucoup d'intérêt. Je le remercie pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils au cours de la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci également à toute l'équipe du Centre de Référence de l'Archet pour leur accueil.

Mes remerciements s'adressent aussi à Mme De REGIS, Mme RENAUDO et Mr BELLONE, membres du petit jury, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce mémoire.

Merci à mes parents, mes frères et toute ma famille qui ont toujours cru en moi et qui ont su me soutenir durant ses quatre années d'études.

A ma petite sœur qui m'a donné la force de poursuivre mon travail et de me dépasser chaque jour davantage pour lui montrer l'exemple à suivre.

A Maxime, pour toute l'aide qu'il m'a apportée, pour son soutien et ses encouragements quotidiens depuis le début de l'aventure orthophonique. Merci particulièrement de m'avoir supportée tout au long de cette dernière année d'études qui aura fait naître en moi beaucoup de stress et de tensions.

Merci à mes ami(e)s,

A mes copines de promo pour ses quatre années passées ensemble.

Et pour finir, je tiens aussi à remercier tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, m'ont aidée à ne jamais baisser les bras et à aller toujours de l'avant.

Sommaire

INTRODUCTION	7
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

PREMIERE PARTIE: L'hyperactivité chez l'enfant
--

CHAPITRE 1: Historique de l'hyperactivité

I. Historique et évolution du concept :	13
II. La position actuelle :	18

CHAPITRE 2: Description clinique

I. La prévalence :	20
II. Causes de l'hyperactivité :	20
III. Les principaux signes cliniques :	26
IV. Les formes cliniques :	29
V. L'évolution du trouble :	30

CHAPITRE 3: Les troubles associés

I. Le trouble des apprentissages :	34
II. Les troubles du comportement :	36
III. Les troubles émotionnels :	38
IV. Les troubles du sommeil :	40
V. Les troubles du contrôle sphinctérien :	41
VI. Les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette :	42

CHAPITRE 4: Méthodes d'évaluation

I. Les entretiens :	43
II. L'évaluation de l'hyperactivité/impulsivité :	44
III. L'évaluation des troubles cognitifs :	47
IV. L'évaluation psycho-affective :	51
V. Les bilans : psychomotricité et orthophonie.....	55
VI. Les diagnostics différentiels :	56
VII. Annonce du diagnostic :	57

CHAPITRE 5: Soigner l'enfant

I. Informer l'enfant et la famille :	59
II. Les différentes stratégies thérapeutiques :	60

CHAPITRE 6: L'enfant hyperactif au quotidien et à l'école

I. L'enfant hyperactif au quotidien :	69
II. L'enfant hyperactif à l'école :	70
CONCLUSION	74

DEUXIEME PARTIE: La dysphasie

I. Définition :	77
II. Classification des dysphasies :	80
III. Les symptômes non linguistiques :	86
IV. Hypothèses explicatives :	88
V. Diagnostic de dysphasie :	89
VI. Facteurs étiologiques :	94
VII. La prise en charge :	95
CONCLUSION :	97

TROISIEME PARTIE: Langage oral et hyperactivité

Langage oral et Hyperactivité :	98
---------------------------------------	----

PARTIE PRATIQUE

HYPOTHESES DE TRAVAIL :	102
I. Méthodologie :	103
II. Analyse pratique :	122
III. Discussion sur notre hypothèse :	166
CONCLUSION	172

ANNEXES
BIBLIOGRAPHIE

Introduction

INTRODUCTION

L'hyperactivité est actuellement l'une des formes cliniques les plus discutées, tant dans les cercles scientifiques que dans les médias. De nombreuses appellations sont nées pour qualifier ces enfants : « hyperactifs », « THADA (Trouble de l'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention) », « enfants instables »... On ne compte plus non plus les interjections suivantes qui leur sont adressées comme « Tiens-toi tranquille !! », « Arrête de gigoter !! », « Tu ne tiens donc jamais en place »... Néanmoins, l'hyperactivité n'est pas une nouveauté mais elle tend à se vulgariser au fil des ans ; aujourd'hui, tout jeune bougeant un peu trop est rapidement étiqueté « hyperactif ».

Depuis quelques décennies, on assiste à un « dépoussiérage » et à plusieurs reformulations de concepts dans le domaine médical dont celui de l'instabilité psychomotrice. Parallèlement, force est de constater que l'intérêt des cliniciens de la psyché ou du soma, des orthophonistes, des psychomotriciens, des enseignants et des parents, est allé grandissant pour ce symptôme au cours de ces dernières années et l'on ne compte plus les nombreuses controverses opposant spécialistes écrivant sur le sujet.

Le terme même d'hyperactivité infantile suscite en effet parfois des réactions très vives chez certains cliniciens, qui ont le sentiment d'être trahis dans les fondements théoriques de leur pratique. En effet, cette désignation les renvoie souvent à un mode de classification jugée asservie à une approche anglo-saxonne toujours suspecte, vue d'ici, de réductionnisme et de matérialisme. D'autres se détournent de ces considérations idéologiques, destinées selon eux à masquer une difficulté à changer de modèle psychopathologique, et à prendre en considération des approches nouvelles, tant au plan étiologique que thérapeutique.

Il est vrai que sa seule évocation oppose une véritable « sémantique du symptôme » (hyperkinésie, instabilité psychomotrice...) à une « sémantique de l'étiologie » (Minimal Brain Dysfunction, troubles attentionnels...etc.).

Un autre débat est ouvert depuis quelques années sur le sujet de l'hyperactivité : celui de sa reconnaissance en tant que véritable entité syndromique. En effet, encore une grande majorité d'auteurs persistent à définir l'hyperactivité comme un symptôme.

En France, la clinique de l'hyperactivité infantile, et la place qu'y a prise la prescription de Ritaline imposent une réflexion sur les modèles de compréhension des troubles ; il semble évident aujourd'hui qu'ils ne peuvent pas être les otages des théories. Réciproquement, il paraît clair que les résultats dont peuvent se prévaloir les approches neuro-cognitivistes de

l'hyperactivité, et les éventuelles confirmations que leur apporte la chimiothérapie, sont loin d'épuiser les sens que revêt cet agir excessif pour l'enfant. Il conviendrait de rechercher les complémentarités des approches et de reconnaître les différences de leur abord respectif des troubles.

N'oublions pas non plus, qu'au-delà de ces considérations de bon sens, l'hyperactivité infantile représente un enjeu majeur aujourd'hui dans la psychopathologie de l'enfant, justement parce qu'elle interroge les théories et qu'elle remet en cause des modes de pensée qui ont peut-être oublié « *qu'aucune approche théorico-clinique ne peut prétendre à l'éternité, parce qu'elle s'applique à un vivant en permanente évolution* » (MENECHAL).

Aussi, pour ce mémoire de fin d'études, nous avons choisi de nous intéresser aux enfants hyperactifs parce qu'il nous a semblé que notre formation n'insistait que très peu sur les difficultés spécifiques de ces enfants. Puis, au cours de nos recherches, après de nombreuses lectures d'ouvrages ou d'articles sur le sujet, nous avons trouvé intéressant d'étudier les troubles du langage oral chez ces enfants.

LOVE et THOMPSON (1988), cités par M. TOUZIN (34), montrent que près de 2/3 des enfants avec un trouble déficitaire de l'attention ont aussi un trouble du langage. Il peut s'agir d'un simple retard d'apparition et de développement du langage. Ce trouble est alors sans gravité ou bien, il peut s'agir d'un trouble du langage plus profond, atteignant la structure même du langage, on parle alors de *dysphasie*. Dans ce cas là, il n'y a pas seulement retard dans les acquis langagiers mais déviation dans l'utilisation des constituants du langage et troubles de la compréhension. La dysphasie est invalidante et entraîne des difficultés importantes, d'autant plus si elle est associée à un THADA (Trouble de l'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention).

Ce trouble grave de l'acquisition du langage a encore une étiologie mal connue. Il est, même de nos jours, toujours difficile de cerner ce trouble complexe, de le différencier d'un simple retard de langage et d'en définir les limites. C'est pourquoi lier, dans un même mémoire, l'hyperactivité et la dysphasie, deux domaines encore mal identifiés, était un véritable défi.

En choisissant un tel sujet, notre but était de mettre en évidence les particularités du « langage dysphasique » chez des enfants dysphasiques-hyperactifs et de voir si le THADA majorait les troubles dysphasiques.

Notre partie théorique est composée de trois sous-parties. Elle a pour objectif d'exposer succinctement ces deux pathologies, véritables handicaps dans les vies familiale,

scolaire et sociale de l'enfant et de son entourage. Nous présenterons, dans un premier temps, une vision globale du THADA (Trouble de l'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention), en décrivant notamment les difficultés auxquelles les enfants hyperactifs sont confrontés le plus souvent tant sur les plans social, affectif que pédagogique. Dans un deuxième temps, nous traiterons de la dysphasie, et enfin dans la troisième partie, nous présenterons rapidement les différents troubles du langage oral touchant particulièrement les enfants hyperactifs en nous attardant spécifiquement sur la dysphasie lexico-syntaxique dont souffre notre population. Ces trois parties sont rédigées dans le but d'établir un lien entre le THADA et les difficultés rencontrées par ces enfants hyperactifs dysphasiques.

Notre partie pratique comporte, quant à elle, l'étude de deux populations (des enfants THADA dysphasiques vs. des enfants dysphasiques appelés « enfants contrôles »). Après avoir présenté la population, l'ensemble des tests psychologiques et orthophoniques utilisés et ce que nous cherchions à évaluer particulièrement, nous présenterons cas par cas les enfants et leurs résultats aux épreuves proposées d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Enfin, nous analyserons les résultats et les discuterons au regard de la théorie. Cette étude permet de rechercher s'il existe d'éventuelles particularités de la dysphasie lexico-syntaxique chez des enfants hyperactifs dysphasiques et si le THADA majore les troubles dysphasiques.

Rappelons que tout au long de ce mémoire, nous dénommerons les enfants hyperactifs « enfants THADA » comme c'est le cas dans la littérature de nos jours ; néanmoins, cela ne signifie pas que nous placions le trouble ou le symptôme « THADA » en position de marqueur identitaire de ces enfants. Nous avons simplement repris l'appellation trouvée dans les différents ouvrages et articles lus sur ce sujet.

PARTIE THEORIQUE

PREMIERE PARTIE

L'hyperactivité chez l'enfant

CHAPITRE 1 : Historique de l'hyperactivité

I. Historique et évolution du concept :

A travers le monde, depuis un siècle, les chercheurs, les pédiatres, les psychiatres, les psychologues et bien d'autres, sont en quête d'explications face à ce phénomène auquel ils ont attribué des noms variés : instabilité psychomotrice, trouble hyperkinétique, *Minimal Brain Dysfunction*, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Toutes ces dénominations recouvrent le même cœur fait d'agitation motrice excessive, d'impulsivité et de difficultés d'attention.

Les travaux sont, dans un premier temps, français et européens, puis, dans un second temps suivront des travaux anglo-saxons, essentiellement appuyés sur des hypothèses neurobiologiques.

Au XIX^{ème} siècle, l'instabilité et les perturbations de l'attention sont les principaux signes cliniques relevés, ce qui sera ensuite identifié comme syndrome de l'hyperactivité. Ce syndrome est précédé de l'hyperkinésie (tendance au mouvement exagéré), de l'agitation et de l'instabilité.

Le *Grand Dictionnaire de la psychologie* (Larousse, 1991) donne la définition suivante de l'attention : c'est l'activité par laquelle un sujet augmente son efficence à l'égard de certains contenus psychologiques (perception, intellection, souvenir). Ce concept implique la sélectivité et la focalisation des activités de traitements de l'information, mais évoque également la concurrence possible entre certaines opérations de traitement. On parle actuellement de processus attentionnels pour désigner le fonctionnement des opérations cognitives ; cette distinction permet d'aller au-delà de la simple désignation de phénomènes tels que la préparation à l'action (focalisation), la sélectivité des informations, et la concurrence des opérations de traitement de l'information.

Souvent, l'attention perturbée est accompagnée d'une instabilité sur le versant moteur tout d'abord, mais aussi sur le versant psychique. L'instabilité désigne la tendance à changer rapidement d'état émotionnel, ainsi que la difficulté à fixer son attention et poursuivre une tâche au-delà d'un temps très court. On parle également d'instabilité psychomotrice pour désigner les perturbations comportementales et celles de l'attention ; phénomène qu'a décrit le docteur allemand **HOFFMAN**, en 1845, à propos de son fils.

En France, il faudra attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour que l'hyperactivité devienne un concept, grâce aux évolutions de la recherche.

C'est **BOURNEVILLE**, en 1897, qui fut le premier auteur français à proposer une description clinique de ces enfants, en mettant l'instabilité en relation avec la suggestibilité et l'agressivité puisqu'il a remarqué que ces deux signes étaient associés à une instabilité motrice, chez ces « débiles instables ». Il les décrit comme suit : « *indifférence aux observations, désobéissance, indiscipline, mais suggestibilité et soumission aux personnes qu'ils aiment* ».

L'année suivante, c'est au tour de **KRAEPLIN** de décrire l'instabilité surtout chez les adultes, ciblant une forme de trouble de l'inhibition-impulsion.

En 1901, **DEMOOR**, souvent mentionné par les auteurs et traitant de l'éducation des enfants à l'école et à la maison, définit cette instabilité comme un trouble de l'affectivité parlant « d'incontinence affective », d'un « excès d'expression des émotions » et d'un « trouble d'inhibition joint à une propension au mouvement incessant ».

En 1902, en Angleterre, c'est le pédiatre Georges **STILL** qui décrit le premier le syndrome que l'on connaît actuellement sous le nom d'hyperactivité ; en France, ce terme apparaîtra plus tardivement. Il faudra attendre 1911 avec Dupré pour que l'instabilité fasse l'objet d'un regroupement syndromique.

En 1905, **Philippe et Paul BONCOURT**, cherchant une étiologie organique, proposent que le terme « instabilité » ne soit que descriptif d'un trouble plus général. Ils décrivent également des écoliers instables, leurs difficultés d'apprentissage sont alors considérées comme secondaires à leur incapacité à « *fixer leur attention soit pour écouter, soit pour répondre, soit pour comprendre...Ils montrent dans leurs aptitudes une déconcertante dysharmonie* ».

Dès 1911, **DUPRE** évoquera la question de l'instabilité sous le terme de « débilité motrice ». Il décrit des sujets atteints d'hypertonie musculaire et avance que l'origine de ce syndrome serait congénitale et héréditaire. Puis ce terme deviendra « instabilité psychomotrice constitutionnelle ». Ce syndrome regroupe une incapacité d'attention, une étourderie, une instabilité motrice avec des mouvements incoordonnés, une variabilité de l'humeur et des troubles du comportement.

La période suivante regroupe Heuyer en 1914, Vermeylen en 1923, et Male en 1932.

VERMEYLEN est le premier à proposer une explication psychogénétique de l'instabilité en la considérant comme une fixation à une étape archaïque du développement global. Les travaux de **HEUYER** montrent que l'instabilité est une véritable conception clinique, indépendante des ressemblances avec des éléments symptomatiques neuropathologiques qui

lui étaient recherchées habituellement : les manifestations émotionnelles, motrices, intellectuelles sont sous-tendues par le même manque de continuité et par la même variabilité, interne et propre à l'enfant. Quant aux travaux de **MALE**, ils fixent clairement une tentative de compréhension clinique de l'instabilité motrice et travaillent à traiter cette difficulté de développement de l'enfant.

En 1921, **HOHMANN-KENNEDY** puis **STRECKER** et **EBAUGH** (en 1923) empruntent le terme d'hyperkinésie à la sémiologie neurologique de l'adulte pour décrire des enfants porteurs de séquelles des encéphalites de l'épidémie de Von Economo et d'autres enfants victimes de traumatismes crâniens. Ils décrivent comme séquelles de l'affection, un bouleversement de la personnalité, des difficultés d'apprentissage à l'école et surtout un comportement hyperactif. Le lien entre les lésions cérébrales et l'hyperactivité s'en trouve donc renforcé.

Par la suite, l'école française trouvera des développements dans les travaux de **WALLON** (1925) et de ses successeurs. Celui-ci évoque dans le cadre du développement de l'enfant un type de sujet « turbulent », dont l'impulsivité est une des caractéristiques centrales. A partir de ses observations, il va dégager les grandes lois du développement psychomoteur avec l'obligation pour l'enfant de traverser successivement quatre stades (stade impulsif, stade émotif, stade sensori-moteur, stade projectif). L'instabilité se caractériserait par un arrêt du développement psychomoteur à un niveau variable selon les cas.

En 1930, **LREDER** et **EDERER** parlent d'un syndrome fréquent de « névrose d'hypermotilité de l'enfant » dans le sens ancien d'une affection nerveuse sans aliénation mentale mais avec la prépondérance de signes extrapyramidaux à l'examen neurologique.

Puis, en 1937, les travaux majeurs de **BRADLEY** insistent sur un syndrome qui regroupe des troubles de l'attention, d'hyperactivité d'allure hyperkinétique, et des troubles de la labilité émotionnelle.

En 1940, **ABRAMSON** considère que l'instabilité provient d'un déséquilibre dans les trois domaines fondamentaux que sont les aptitudes intellectuelles, motrices et affectives. Ainsi, selon lui, l'instabilité est associée à l'impulsivité, l'excitation, la labilité du comportement, et bientôt de la pensée.

Ainsi, voit-on dès 1947, **STRAUSS** et **LEHTINEN** ajouter au modèle de Bradley la notion de troubles cognitifs et de désordres spécifiques perceptivo-moteurs, signes du déficit cérébral. Ces études participent à formuler la notion de « minimal brain injury/damage » (MBDa ; Lésion Cérébrale Minime).

L'impulsivité est dans les années 1950 opposée à la réflexion mais, reprenant les comorbidités comportementales, les chercheurs s'orientent vers les troubles du caractère et de l'affectivité. Parallèlement à cette période, la découverte des neuroleptiques en 1952 et celle d'un autre psychostimulant, le méthylphénidate en 1957, vont donner lieu au développement extraordinaire des études sur la chimiothérapie dans l'hyperactivité de l'enfant.

En 1955, **AMADO** propose l'idée d'une *instabilité psychomotrice pure* sans troubles mentaux particuliers.

En 1957, **EISENBERG** décrit un syndrome dans la lignée des travaux précédents portant essentiellement sur l'hyperkinésie et un trouble majeur de l'attention chez de nombreux enfants qui n'appartiennent pas à la consultation de neurologie. Il est intéressant de constater que les travaux d'Eisenberg viennent affirmer que le syndrome d'hyperkinésie-hyperactivité d'origine supputée neurologique se passe maintenant de signes d'atteinte cérébrale. Il est le premier à employer le terme d'hyperkinésie.

Ce n'est que dans les années 1960 que l'on commence à évoquer un syndrome à part entière, le « syndrome de l'enfant hyperactif » décrit par **LAUFER** et **DENHOFF** en 1957 et **CHESS** en 1960. Une activité motrice excessive est le critère principal de diagnostic, et demande une observation fine de l'enfant. Elle est régulièrement associée à de l'agressivité et de l'impulsivité. L'hypothèse formulée pour expliquer l'origine de ce trouble est celle d'une hyperactivité physiologique.

En 1962, le **Groupe d'Etudes Internationales d'Oxford** propose la notion de « Minimal Brain Dysfunction » (MBDys ; Dysfonctionnement Cérébral Minime) à la place de la MBDA, et cela marque un retour à une activité clinique et de recherche plus nuancée quant au lien direct étiopathogénique entre organe cérébral et instabilité psychomotrice.

En 1966, **RUTTER** et son équipe posent d'ailleurs des résultats de grandes études rétro et prospectives, auprès de bébés prématurés ou blessés à la naissance, qui tendent à réfuter le lien direct entre organicité et trouble du comportement.

Dans les années 1970, **AJURIAGUERRA** décrit un syndrome d'excitation psychomotrice avec difficulté à fixer l'attention, et une instabilité associée à une fuite des idées, une négation de l'angoisse et un vécu de toute-puissance. Il dresse également un tableau polymorphe de l'instabilité (sensible au milieu) et oppose l'instabilité psychomotrice (trouble constitutionnel) à l'instabilité affectivo-caractérielle (trouble s'inscrivant plus dans un « désordre de l'organisation de la personnalité survenu à un âge précoce ».)

C'est de 1970 à 1979 que l'on constate l'émergence du déficit attentionnel. La définition du syndrome de l'hyperactivité chez l'enfant est élargie ramenant au premier plan les symptômes qui étaient secondaires : impulsivité, déficit attentionnel, intolérance à la frustration.

En résumé, les conceptions françaises évoquent, en particulier avec les travaux d'ABRAMSON, un phénomène clinique dont l'étiologie serait un défaut d'équilibre dans la gestion de la motricité, de l'intelligence et de l'affectivité. D'autres travaux anglo-saxons, abordent ce trouble en termes de déficit cognitif et comportemental : déficit de sélection des stimulations pour l'inattention, déficit de l'inhibition pour l'hyperactivité, et de renforcement pour les problèmes d'apprentissage.

Les développements ultérieurs à propos du syndrome d'hyperactivité, appelé « instabilité motrice », amènent à des conceptions étiopathogéniques divergentes entre la France et les pays anglo-saxons. Les travaux de ces derniers se centreront, pour leur part, sur des hypothèses étiologiques cérébrales.

A noter que depuis le début des années 1970, deux grandes tendances opposées sont repérables [6]: l'une, longtemps soutenue par BAX, distingue finalement l'hyperkinésie de l'hyperactivité, cette dernière plus « simple » recouvre une multitude de processus psychologiques et physiologiques et permet de rejoindre la description d'instabilité psychomotrice infantile où la qualité du développement global de l'enfant est prise en considération ; l'autre, longtemps soutenue par LEVY, fait au contraire de l'hyperkinésie un syndrome spécifique englobant dans la même entité morbide les troubles du comportement, les troubles psychomoteurs, les troubles de l'apprentissage et les troubles psychologiques.

DUGAS, en 1987, fournissait une observation intéressante : entre 1957 et 1960, on trouve 31 articles sur l'hyperkinésie-hyperactivité pour l'ensemble des revues scientifiques ; entre 1977 et 1980, ce sont 676 articles ! Alors nous en venons à nous interroger : certes, l'hyperactivité existe depuis toujours mais est-elle plus fréquente aujourd'hui du fait du mode de vie actuel ou bien est-elle moins tolérée ? Toujours est-il qu'une littérature de plus en plus abondante est consacrée à un tel problème et donne lieu à de nombreuses discussions.

De nos jours, le flot des études sur le trouble d'attention-hyperactivité tend à s'orienter vers une nouvelle explication se voulant tout aussi exhaustive, il s'agit de celle d'un trouble des fonctions exécutives comme le montre le titre du travail de BARKLEY en 1997 : « Inhibition du comportement, attention soutenue et fonctions exécutives : construction d'une

théorie unifiée du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ». Nous en reparlerons ultérieurement.

II. La position actuelle :

La grande disparité des termes (instabilité, troubles psychomoteurs, hyperkinésie, hyperactivité, MBDA, MBDy) ne reflète en réalité qu'une disparité d'opinions des praticiens-chercheurs, elle ne recouvre quasiment pas de réalité clinique différentielle. C'est le travail de description, de refonte, de généralisation, de redésignation, etc., des tableaux cliniques par des auteurs différents de chaque côté de l'Atlantique qui apporte cette confusion traduisant des conflits bien réels quant au positionnement clinique des praticiens face aux enfants.

La classification du DSM (Manuel Diagnostique et Statistique) des troubles mentaux a progressivement fait évoluer le concept d'hyperactivité. De la description d'un phénomène isolé, considéré comme une réaction et non comme une pathologie, est issu le trouble d'hyperactivité déficit d'attention (HDA). La perspective multidimensionnelle (DSM-III) a laissé la place, dans un premier temps, à l'abord d'une perspective unidimensionnelle (DSM-III R) qui avait l'intérêt d'être au plus près de la variété du tableau clinique. La version remaniée (DSM-IV) a réintroduit la multidimensionnalité, permettant de spécifier les deux versants principaux du syndrome THADA : hyperactivité/impulsivité, et inattention. Ce dernier positionnement est encore d'actualité avec la version récente du DSM (DSM-IV-R, 2000) ; il permet en outre d'introduire la possibilité d'une évolution dans la symptomatologie dominante.

Selon les classifications internationales, en particulier celle du D.S.M. IV, un certain nombre de critères doivent être présents pour chacune des trois dimensions principales, pendant une durée de six mois au moins, et être à un degré ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant, pour que le diagnostic puisse être porté.

La gêne occasionnée par les symptômes doit avoir touché l'enfant dans deux types d'environnement différents (par exemple l'école et la maison) et ce avant l'âge de 7 ans et par conséquent avoir altéré son adaptation sociale et scolaire.

Ces critères, selon leur association, permettent de caractériser trois sous-types du trouble, qui seront développés dans le chapitre suivant.

Aujourd'hui, nous sommes à la 4^{ème} version du DSM, et la description du « Trouble déficit de l'attention/hyperactivité », malgré ses imperfections, paraît être satisfaisante.

Les différentes versions proposées ont permis de préciser les signes cliniques les plus pertinents du tableau clinique et de l'inscrire dans une catégorie nosographique. Ces développements ont également eu l'intérêt de situer ce trouble dans un continuum développemental en fonction de l'importance réciproque des différents critères, selon l'âge du sujet (de l'enfance à l'âge adulte).

CHAPITRE 2 : Description clinique

I. La prévalence :

La prévalence (le pourcentage d'enfants touchés par le trouble dans une tranche d'âge donnée) du trouble de l'hyperactivité déficit de l'attention (THDA) est difficile à évaluer précisément, car les études statistiques existant font état de données hétérogènes, tant du côté de la méthodologie, que de celui des résultats et également car le nombre croissant de consultations sous ce motif semble surtout concerner les lieux de consultation hospitaliers et n'est pas vraiment confirmé par ailleurs (en libéral, par exemple). On peut néanmoins estimer la prévalence de ce trouble entre 3% et 5% de la population générale en âge scolaire et diffère peu selon les pays, touchant plus particulièrement le garçon que la fille, en proportion moyenne de 4 à 9 pour 1. Il est fréquent que l'un des parents, surtout le père, ou l'un des proches présente le même profil de tempérament. Dans les études des jumeaux/jumelles vrai(e)s ou homozygotes, 80 à 90% des enfants auront la même atteinte.

50 à 60% d'enfants hyperactifs conserveront des manifestations T.D.A.H à l'adolescence et 20% conserveront des manifestations de ce trouble à l'âge adulte.

Au fil du temps, la fréquence du T.D.A.H n'augmente pas, elle est comparable à l'heure actuelle à ce qu'elle était il y a dix ou vingt ans.

II. Causes de l'hyperactivité :

Comme dans beaucoup de domaines du développement et de la psychopathologie de l'enfant, il est encore impossible de déterminer les causes précises du trouble. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de cause unique et reconnue de l'hyperactivité.

Il s'agit d'un trouble complexe, d'expression multiple dans lequel plusieurs facteurs interviennent, intriqués de façon variable d'un individu à l'autre. De nombreuses questions restent posées concernant les mécanismes qui le sous-tendent. Néanmoins, les recherches permettent de comprendre un certain nombre de données à ce sujet et d'expliquer les bases du traitement.

A. Au niveau cérébral :

Il y aurait dans certaines régions du cerveau un trouble des mécanismes de régulation ou de contrôle qui permettent une adaptation optimale du comportement de l'individu à son environnement. Ce trouble concernerait les fonctions exécutives qui permettent l'anticipation, la planification d'une action et le contrôle des impulsions. C'est le concept théorique actuel du trouble déficit de l'attention/hyperactivité. Les taux faibles des neurotransmetteurs qui assurent la communication entre les cellules nerveuses, la dopamine et la noradrénaline chez les sujets hyperactifs suggèrent un hypofonctionnement de ce système. Or, les neurones noradrénergiques jouent un rôle important dans la vigilance et l'attention sélective. Ils réagissent à la nouveauté, mais leur activité diminue avec la répétition des stimuli. Ils ont un rôle filtre, en écartant les stimuli inappropriés ou sans rapport avec la tâche. Quant au système dopaminergique, il est impliqué dans la motivation et le renforcement ; son rôle est essentiel à la sélection, au début, au séquençage et au maintien des fonctions motrices ; il diminue la réponse aux stimuli nouveaux.

La diminution de ces neurotransmetteurs chez l'enfant hyperactif rend donc compte de l'impulsivité, de la réactivité excessive et du manque de maintien des tâches.

Différentes techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle telles que l'IRM, le PET Scan, le SPECT ou plus récemment encore l'IRM fonctionnelle, apporteraient un faisceau d'arguments à cette hypothèse.

B. Facteurs génétiques :

L'hyperactivité présente une forte vulnérabilité génétique (BARKLEY et MASH, 1996 ; HECHTMAN, 1994) [6 ; 13], ce qui permet de comprendre pourquoi certains enfants ont plus de risques de développer ce trouble que d'autres.

Les études d'agrégation familiale ont permis de mettre en évidence que dans une famille d'hyperactifs, il y a cinq à six fois plus de sujets hyperactifs que dans une autre famille : on parle d'une « *vulnérabilité familiale à l'hyperactivité* ». Ces éléments sont à mettre en relation avec une étude (LONEY et Al, 1997) qui montre que les pères biologiques d'enfants présentant un haut niveau d'hyperactivité ont fréquemment présenté des symptômes comparables dans leur enfance. Cependant, il ne faut pas oublier qu'Albert JACQUARD a déclaré que « ce n'est pas parce qu'un caractère se présente par accumulation familiale qu'il est forcément génétique ».

Les études de jumeaux établissent des taux de concordance entre des jumeaux monozygotes et entre des jumeaux dizygotes. Il y a une concordance plus élevée de l'hyperactivité (tableau complet ou incomplet) chez les jumeaux monozygotes (66%) que chez les dizygotes (28%). Ces résultats confirment donc l'existence de facteurs génétiques dans l'hyperactivité tout en sachant qu'ils ne sont pas seuls responsables du trouble.

Les gènes de vulnérabilité identifiés à ce jour sont essentiellement ceux impliqués dans le fonctionnement dopaminergique.

C. Facteurs cognitifs :

Un modèle, plus cognitif, a été proposé par BARKLEY (1997). Il considère l'hyperactivité comme liée à un déficit dans plusieurs fonctions exécutives. Ces dernières sont les processus cognitifs qui permettent à l'individu de s'autoréguler. Elles favorisent ainsi l'adaptation par la coordination des actions, des comportements, en tenant compte de l'état subjectif et de l'environnement. Le dénominateur commun à ces fonctions exécutives serait le lien avec le système d'inhibition comportementale, qui aurait pour fonction :

- de favoriser la capacité à différer la réponse à un événement de l'environnement ;
- d'utiliser le fait de ne pas répondre immédiatement pour planifier la réponse la plus adaptée, qui ne sera pas forcément celle qui apportera une gratification immédiate. L'exemple classique chez un enfant hyperactif est la difficulté, voire l'incapacité, à renoncer à un paquet de bonbons obtenu tout de suite au profit d'un jouet, par ailleurs fortement désiré et considéré intrinsèquement comme plus important, qui sera reçu dans quelques jours ;
- de faire en sorte que le temps instauré entre perception et réponse comportementale reste protégé de distracteurs éventuels.

En fait, BARKLEY estime que les capacités d'inhibition se construisent progressivement au cours du développement de l'enfant, parallèlement au développement du langage, et il recense quatre fonctions exécutives spécifiques qui en découlent :

- la mémoire de travail : ce type de mémoire est essentiel dans l'anticipation d'une réponse à fournir et l'organisation, la planification de l'action en comparant des événements très récents à d'autres déjà expérimentés. Elle permet également l'imitation, le jeu et la représentation, ainsi que la résolution de problèmes.
- l'autorégulation affective et motivationnelle : cette fonction est directement liée aux capacités d'inhibition de la réponse immédiate. Elle permet la prise de distance envers

l'environnement, et facilite la régulation des états affectifs internes suscités tout en autorisant la prise en compte de la subjectivité d'autrui ;

- l'intériorisation du langage : cette capacité renvoie au « discours intérieur » et favorise l'organisation et la planification de l'action. Elle intervient également dans le développement de la moralité et des capacités de la conscience réflexive ;
- l'analyse et la synthèse comportementale : cette dernière fonction fait appel aux compétences développées par l'enfant pour percevoir, analyser et combiner les éléments d'une tâche ou d'un problème afin de s'adapter en permanence aux variations de l'environnement. La créativité ou l'inventivité sont de bons exemples de situations concrètes où ces compétences sont utilisées. Les enfants hyperactifs éprouvent de grandes difficultés dans ce domaine (en plus des trois précédents), ce qui les conduit à répéter de manière stéréotypée une réponse adaptée à un problème, quand bien même certains éléments de la situation ont évolué et que la réponse n'est donc plus adaptée. Cela conduit à des comportements de « persévération » sans prise en compte des renforcements éventuels.

Ce modèle ne repose pour le moment que sur un nombre restreint d'éléments empiriques au sens où peu de travaux ont tenté d'opérationnaliser les liens entre ces grandes fonctions et les symptômes de l'hyperactivité. Néanmoins, le rôle des processus d'inhibition et des fonctions cognitives qui en dépendent paraît une piste importante susceptible, en interaction avec d'autres facteurs, d'expliquer certains sous-types de THADA, en particulier les formes à prédominance comportementale ou mixte.

D. Facteurs psychanalytiques :

La place de la psychogénèse du syndrome est diversement appréciée selon les auteurs. Pour la plupart des auteurs américains, aucun facteur essentiellement psychologique n'est à l'origine du syndrome de l'enfant hyperkinétique, alors que la plupart des auteurs français met l'accent sur les facteurs socio-économiques, la dynamique familiale et le vécu des sujets. En effet, les facteurs psychiques, la qualité de l'environnement familial et social ont une influence sur le développement de l'enfant, néanmoins, nous ne pouvons affirmer qu'ils soient directement en cause dans l'émergence du syndrome du THADA.

Pour D.J. DUCHE [13], *« l'enfant réagit souvent par un surcroît d'activité motrice ayant un rôle de défense contre l'angoisse »*. L'hyperactivité serait alors considérée comme une stratégie anti-dépressive.

FLAVIGNY [15] a envisagé l'hyperactivité comme conséquence d'un trouble de la relation parent-enfant inscrit au sein d'une dynamique familiale particulière. Il souligne alors certaines caractéristiques de l'instabilité. Celle-ci pourrait être le reflet de l'utilisation du comportement pour lutter contre une angoisse impossible à interioriser et à mentaliser pour l'enfant, du fait de l'absence psychique (en termes de disponibilité affective et d'ajustement) de la mère.

Jean MENECHAL [25] a développé une théorie du lien qui révèle la dimension intersubjective de l'hyperactivité, qu'il considère comme une pathologie du lien avec autrui. L'enfant hyperactif, de par ses troubles de l'attention, mettrait autrui en position de devoir suppléer à son déficit attentionnel.

Selon VALLEE [43], le TDAH peut être idiopathique et s'exprimer dès les premiers mois de vie ou être symptomatique d'une affection neurologique ou d'un processus psychologique.

Maurice BERGER [4] n'exclut pas d'éventuels facteurs neuropsychologiques pour l'origine de l'hyperactivité mais répartit les enfants instables en plusieurs sous-groupes en fonction de leurs histoires familiale et relationnelle précoce. Ces dernières recherches lui permettent d'émettre de nouvelles hypothèses sur les processus psychiques en jeu dans l'instabilité psychomotrice : environnement précoce défectueux, besoin de maîtrise sur l'autre, procédés auto-calmants... Il insiste sur la nécessité de maintenir une authentique position de chercheur sans préjugés idéologiques.

En France, l'hyperactivité est considérée comme une réponse à des conditions et à une histoire psycho-familiale inadéquate et cette approche, plus poussée, rejoint et épouse l'une des préoccupations anglo-saxonnes.

E. Facteurs de risques et/ou protecteurs du THADA :

► Facteurs protecteurs :

- L'âge et le sexe :

L'âge apparaît comme un facteur protecteur du trouble. En effet, la prévalence du THADA diminue avec l'âge, et on assiste alors à une redéfinition de celui-ci au regard des critères caractéristiques. Les symptômes varient, ceux de l'adolescence ne sont pas les mêmes que ceux de l'enfance. En tenant compte de ce critère, on observe alors que 60% environ du THADA de l'enfance persiste à l'adolescence ; concernant l'âge adulte, on ne dispose que de peu d'études épidémiologiques mais on peut estimer sa prévalence entre 15% et 20%.

Il en est de même si on considère que les filles sont moins porteuses du trouble que les garçons ; il faut cependant moduler cette appréciation du fait de la visibilité des symptômes évoqués : principalement hyperkinétiques pour le garçon, plutôt attentionnels pour la fille, cela pouvant biaiser l'évaluation.

► Facteurs à risques :

Ces facteurs ont été examinés comme étant des facteurs à risque potentiels, mais à ce jour aucun ne peut être considéré comme une condition nécessaire ou suffisante au développement d'une hyperactivité.

- Grossesse compliquée ou accouchement difficile :

Ce sont deux facteurs qui prédisposeraient l'enfant à l'hyperactivité. Les complications obstétricales, par exemple, un âge avancé de la mère ou une mauvaise santé, la toxémie gravidique, la durée du travail, un alcoolisme ou toxicomanie maternelle, une détresse néonatale, un retard de croissance intra-utérin, un petit poids à la naissance ou encore une hémorragie prénatale sont assez souvent retrouvés dans l'histoire des enfants hyperactifs. Les racines du trouble se situent dans la période anté- et périnatale.

- Un conflit familial chronique, une cohésion familiale diminuée (facteurs familiaux et sociaux) :

L'importance de l'environnement psychosocial dans les troubles mentaux de l'enfance est pour chacun une évidence. Appartenir à une fratrie conflictuelle, recomposée ou non, se sentir mal aimé par sa mère ou son père, être dans une famille défavorisée sont des handicaps susceptibles d'interférer avec son insertion et son adaptation. Mais ces facteurs sont non spécifiques. C'est en fait l'agrégation de ces multiples facteurs qui affecte le développement de l'enfant et conduit en fonction des aléas de la vie et des capacités de résilience de chacun (parents et enfants) à l'expression de difficultés dont le sous-bassement est d'origine prénatale.

La qualité de l'environnement familial et social intervient dans l'intensité et la qualité de l'expression du trouble, et surtout dans son retentissement quant à l'adaptation de l'enfant au sein de l'environnement scolaire et social.

Néanmoins, il est primordial de préciser que les parents ne créent pas le trouble mais leur rôle est fondamental dans l'expression du handicap : s'ils sont attentifs, aidant l'enfant dans son comportement et son adaptation sociale alors le retentissement sera limité ; mais si les parents

ne prennent pas conscience des difficultés de leur enfant, les dénie, les ignorent, alors le trouble sera majoré avec explosion des conséquences sociales néfastes.

Il est important que l'enfant, comme les parents, comprenne que l'hyperactivité est un trouble dont on ne connaît pas très bien la cause, mais pour lequel une compréhension et une aide sont possibles. Il est essentiel que tous sachent que l'enfant n'est pas le mauvais sujet de la famille et que les parents ne sont pas directement en cause, que les difficultés rencontrées à la maison, à l'école et avec les pairs ne sont pas dues à une éducation trop rigide ou trop laxiste et que des interventions précises peuvent les aider ainsi que l'enfant à surmonter les problèmes dans les différents domaines.

III. Les principaux signes cliniques :

L'hyperactivité est un trouble singulièrement large, dont la définition n'est pas aussi simple que ne le laisserait penser au premier abord la concision du concept. Les symptômes rencontrés sont variés et touchent l'ensemble de la personnalité de l'enfant. Les enfants hyperactifs ont des difficultés à contrôler leur comportement, leur activité, leur attention et leurs émotions. Les symptômes vont s'exprimer et se modifier en fonction de l'âge, c'est un trouble qui évolue. Il survient tôt dans l'enfance et peut persister à l'adolescence, voire à l'âge adulte¹.

Typiquement, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité que nous nommons la plupart du temps « hyperactivité » se caractérise par l'association de trois symptômes : une hyperactivité, un déficit de l'attention et une impulsivité. C'est la situation la plus fréquemment retrouvée chez un garçon d'âge scolaire, entre 6-12 ans, âge où le diagnostic est le plus souvent posé. Ainsi, ce n'est pas la nature du comportement de ces enfants qui les distingue de leurs pairs, mais l'excès ou l'insuffisance de ces manifestations attendues à un âge donné. Les difficultés sont majeures et persistantes, et se manifestent dans de multiples contextes, à l'école, au domicile familial, dans les activités extrascolaires. Elles ne disparaissent pas ou peu avec l'âge et retentissent sur plusieurs domaines du développement. Ainsi, ces enfants ont des difficultés à s'adapter, à contrôler leurs relations avec les autres mais aussi leurs émotions. Le parcours de ces enfants est généralement marqué par le rejet, l'exclusion de l'école et l'intolérance familiale.

¹ Cf Partie IV. L'évolution du trouble

A. La sphère comportementale : *l'hyperactivité et l'impulsivité*

Le domaine du comportement est, de l'ensemble du syndrome, celui qui est le plus visible et qui motive le plus fréquemment la demande de consultation.

L'hyperactivité est le principal critère, appelé aussi symptôme hyperkinétique. Elle est définie en priorité comme une activité motrice débordante, inappropriée et désordonnée de l'enfant. De fait, les enfants souffrant d'hyperactivité ont un niveau d'activité motrice supérieur aux enfants du même âge. On observe ainsi toute une gamme de comportements désordonnés dont la caractéristique majeure est l'excès quantitatif et le niveau hautement perturbateur. Cette instabilité motrice parasite les activités, les actions constructives, et altère la qualité du contact de l'enfant au monde externe (objets ou relations).

Pour situer les comportements excessifs de l'enfant, nous allons citer quelques exemples susceptibles de constituer des indicateurs forts susceptibles des difficultés comportementales :

- instabilité comportementale : tendance à être systématiquement en mouvement, incapacité à rester assis. L'enfant peut reproduire une série de mouvements à plusieurs reprises par exemple ;

- mobilisation du tronc, des membres : activité motrice, quasi permanente des mains, des pieds ou encore des membres, tortillements du buste ;

- mise en danger : les déplacements sont l'occasion de courses désordonnées, d'escalades de murs ou d'arbres pouvant constituer de réelles mises en danger ;

- impulsivité : incapacité à différer une réponse comportementale ou verbale ;

- dyspraxie : maladresse chronique, l'enfant ayant des difficultés à réaliser une gestuelle précise. Les perturbations apparaissent d'autant plus flagrantes que la tâche est précise et nécessite des étapes complexes.

Chez ces enfants, l'apparente incapacité à inhiber les comportements en dehors d'un contexte approprié est frappante. Ces éléments témoignent en fait de leur réelle difficulté à contrôler le niveau de leur activité motrice. Le déficit dans le contrôle comportemental est particulièrement visible chez les enfants de moins de 6 ans, constamment en mouvement à travers une activité incohérente et désordonnée, sans véritable but.

L'impulsivité est couramment rattachée à l'hyperactivité mais certains enfants peuvent présenter ce symptôme sans agitation marquée. L'impulsivité est certes motrice mais peut également être verbale. L'enfant parle trop vite et ne contrôle pas forcément ses paroles. Il y a une faible aptitude à anticiper, à gérer les situations, à s'autonomiser et à se responsabiliser. L'impulsivité se traduit aussi par l'intolérance à l'attente mais aussi par la difficulté à penser

le temps, les successions d'actions, la difficulté à planifier, ce qui conduit l'enfant à se mettre en danger. Dans une situation problématique, l'enfant hyperactif va réagir trop vite et de façon incontrôlée, sans avoir envisagé toutes les hypothèses possibles, avec une composante émotionnelle excessive, excitation, inquiétude ou colère.

B. La sphère cognitive : *le trouble de l'attention*

Le déficit de l'attention constitue le deuxième axe majeur du trouble, et lorsqu'il est associé à l'hyperactivité, il constitue le syndrome complet du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité ou THADA. Ce trouble a un retentissement majeur pour l'enfant, dans tous les aspects de sa vie. Sur le plan clinique, les manifestations du trouble de l'attention se déclinent comme suit :

- Hypoprosexie : diminution de l'attention avec distractibilité et difficultés de concentration. L'enfant suit difficilement les consignes, les règles énoncées, il manifeste de l'ennui ou se laisse facilement distraire par des éléments extérieurs à la tâche ;
- Aprosexie : perte de l'attention avec distractibilité extrême et impossibilité de se concentrer de manière durable. Ce stade du trouble de l'attention constitue une aggravation du trouble précédent, avec une incapacité à s'engager dans une tâche nécessitant le maintien de l'attention. Dans cette forme sévère, l'enfant semble même ne pas être en mesure d'entendre ce que dit l'adulte, incapable de focaliser l'attention sur le discours qui lui est adressé.

C. La sphère émotionnelle :

Si la majorité des descriptions du syndrome s'appliquent à décrire les deux dimensions précédentes, une troisième, bien que tout aussi significative, n'est pas systématiquement présente. Pourtant, il suffit de peu de temps pour noter l'importance des difficultés sur le plan émotionnel. Ce versant est touché sur les plans suivants :

- Euphorie et état d'élation : l'enfant présente fréquemment une humeur positive excessive, avec des expressions de joie exagérées, pouvant paraître « forcées » ;
- Instabilité émotionnelle : l'instabilité touche également le domaine émotionnel, avec un enfant pouvant passer brutalement du rire à la colère, à la bouderie. Il peut en outre passer rapidement d'une activité qui paraissait lui procurer du plaisir à une autre, le

plaisir procuré ne constituant pas un critère majeur de maintien d'un comportement ou de l'engagement dans une tâche ;

- Crises de colère : elles sont fréquentes, en réaction aux limites et règles venant de l'environnement. Leur survenue est fréquemment causée par la contrainte d'observer une période de calme et de silence. Elles s'expriment le plus souvent sous forme de cris et de gesticulation, dans lesquels l'enfant cherche à échapper à l'adulte ;
- Dysphorie : il n'est pas rare d'observer, masquée au premier abord par le versant spectaculaire des comportements présentés, la présence latente de sentiments de malaise, de tristesse, mais aussi de toute une gamme d'affects négatifs.

IV. Les formes cliniques :

Nous noterons le caractère artificiel du découpage qui est proposé ici, néanmoins, les symptomatologies rencontrées en pratique clinique semblent être regroupées en trois grandes catégories, qui ont d'ailleurs été reprises par les principaux systèmes de classification qui sont présentés précédemment.

A. Forme à hyperactivité prédominante :

Les cas où les symptômes sont pour l'essentiel situés dans le domaine comportemental sont surtout rencontrés chez le jeune enfant, ce qui a pour corollaire la difficulté importante à caractériser le trouble, démarche fondée, essentiellement sur des critères quantitatifs. L'enfant hyperactif présente alors principalement une activité motrice d'un niveau supérieur à la norme, à distinguer des comportements exploratoires caractéristiques de la tranche d'âge de référence.

B. Forme à trouble de l'attention prédominante :

Dans cette forme symptomatologique, c'est au contraire la sphère cognitive dans ses aspects déficitaires qui est repérée. On peut décrire successivement les troubles suivants : trouble de la mémoire à court terme, ce qui perturbe les capacités de mémorisation et de résolution de problèmes, troubles de l'attention sélective, avec difficultés à distinguer l'information pertinente de l'information secondaire, et enfin difficultés à inhiber l'impulsivité au plan cognitif, ce qui se traduit par des réponses a priori, sans prise en compte de l'ensemble des éléments du contexte pour déterminer la réponse. Les conséquences de ces

difficultés sur le plan scolaire sont fréquemment dramatiques, conduisant de façon quasi systématique l'enfant à une situation d'échec académique. Une orientation en classe d'intégration (telles les CLIS, les UPI etc.) est fréquemment proposée, car elle permettra à l'enfant de bénéficier d'une scolarité adaptée tant au plan des tâches demandées que d'une prise en charge pédagogique plus individualisée. En outre, l'effectif réduit permet à l'enfant d'être moins sollicité par le groupe-classe et donc d'évoluer dans un milieu où les sources de stimulations et donc d'excitation peuvent être mieux régulées.

C. Forme mixte :

La forme mixte du syndrome hyperactivité/trouble déficitaire de l'attention réunit dans un même tableau les difficultés dans le double registre cognitif et comportemental. Cette association est fréquemment rencontrée en clinique. L'enfant présente alors de graves difficultés, dont la portée est directement liée à l'intensité de la symptomatologie. Nous ne reviendrons pas sur la description de chacune des deux dimensions mais nous soulignerons le caractère extrêmement handicapant de ces troubles sur le plan des acquisitions scolaires et de la socialisation, ainsi que sur la dynamique psychoaffective.

V. L'évolution du trouble :

A. Du nourrisson jusqu'à 4-5 ans :

Il est rare que l'on puisse porter le diagnostic d'hyperactivité de façon aussi précoce mais certaines mères remarquent dès les premiers mois de vie chez leur bébé un état d'agitation extrême. Le nourrisson se présente comme un enfant hyperréactif à des stimuli externes (bruit, agitation externe...), mais beaucoup moins réactif au contact avec sa mère et à la relation. Il est agité, se débat dans les bras, crie beaucoup, risque de tomber à tout instant, modifie son comportement et son attitude d'une minute à l'autre. Il peut aussi être décrit comme invitant peu aux caresses passant de façon imprévisible du calme au cri. Le fait qu'il soit également peu dans l'accrochage du regard de sa mère peut conduire à s'interroger aussi sur les signes précurseurs d'un trouble envahissant du développement. C'est généralement un enfant qui dort peu et qui a de surcroît des difficultés à s'alimenter : petit appétit, alimentation irrégulière et chaotique.

Chez l'enfant avant l'âge de 5 ans, le diagnostic d'hyperactivité est particulièrement difficile à établir car les manifestations se résument en général à une exagération des caractéristiques de cet âge, agitation et inattention. Néanmoins, une fois la marche acquise, ces enfants sont généralement très mobiles, turbulents ou se mettent en danger régulièrement, ce qui peut attirer l'attention de l'adulte. On observe également un manque d'empathie notable conduisant l'enfant à des maladresses vis-à-vis de ses pairs, maladresses conduisant alors à un rejet du groupe. Cette agitation alliée au rejet des pairs peut conduire à des difficultés interpersonnelles dont l'agressivité peut être un corollaire, d'autant qu'elle est soutenue, à d'autres moments, par des accès de colère injustifiées, et une intolérance accrue (intensité augmentant) à la frustration. Ces signes comportementaux peuvent expliquer les confusions récurrentes entre l'hyperactivité et le trouble des conduites ou trouble oppositionnel.

B. L'âge scolaire :

L'hyperactivité de certains enfants est tellement importante que ceux-ci sont repérés dès l'école maternelle où ils apparaissent turbulents, coléreux, « difficiles » et agressifs. En raison de leur activité motrice excessive, de leurs difficultés à appréhender le danger et à tenir compte de leurs expériences passées, ils sont particulièrement exposés aux risques d'accidents. Leur surveillance est périlleuse : l'entourage scolaire et familial est toujours en alerte par crainte que l'enfant ne se blesse, et par crainte qu'il blesse un autre enfant.

Dès cet âge, l'enfant connaît ses premières expériences de rejet social : étant donné ses difficultés à prendre en compte les sentiments des autres, il est moins souvent invité à jouer avec les autres enfants qui le laissent de côté. Dès la maternelle, il peut ainsi être catalogué comme « mauvais garnement ».

Pour l'ensemble des enfants hyperactifs, on estime que la moitié d'entre eux présentent déjà des symptômes importants à l'âge de trois ans, mais sans réellement poser de diagnostic. Les plaintes parentales sont analogues à celles des parents d'enfants hyperactifs plus âgés : agitation, inattention, agressivité, colères, comportement de défi.

La période allant de six ans jusqu'à l'adolescence se caractérise par l'accentuation des troubles cognitifs, en particulier sur le versant attentionnel. La « visibilité » des perturbations cognitives peut s'expliquer de la manière suivante : c'est principalement à cette période que l'enfant est confronté à la nécessité de faire passer au premier plan les fonctions exécutives (anticipation, sélection d'un but, planification, organisation de la démarche, évaluation des résultats, formulation d'hypothèses différentes, autocritique, autocorrection, souplesse

mentale, persistance dans la tâche, capacité d'ajustement en cours de route, capacité d'adaptation aux changements...) mettant en jeu les compétences attentionnelles. Cela peut donc expliquer l'irruption et l'installation des troubles cognitifs et les difficultés scolaires à cet âge, du fait de la mobilisation de ces capacités par l'école.

C. L'adolescence :

A l'adolescence, on peut retrouver la triade symptomatique classique (hyperactivité, impulsivité et déficit attentionnel), mais avec une exagération du trouble quelque peu différente. En effet, à cet âge, l'hyperactivité prédominante sur le versant moteur diminue, tandis que les symptômes d'impulsivité et d'inattention restent de même intensité ou même il arrive que le déficit attentionnel devienne prédominant. A cet âge de prise d'autonomie et de responsabilités, ce sont les difficultés d'organisation et de planification qui deviennent vraiment invalidantes par leur retentissement sur la vie quotidienne et la scolarité. On pourra également voir apparaître de faibles performances scolaires mais également des difficultés d'adaptation qui, alimentées par une estime de soi faible, creusent d'autant l'écart de l'adolescent avec son groupe de pairs. Ainsi, les difficultés interpersonnelles au sein de la famille et à l'extérieur font fréquemment le lit de comportements perturbateurs, voire de conduites délinquantes. Sur le plan émotionnel, les perturbations thymiques associées favorisent le recours aux conduites à risque, rattachées ici à l'impulsivité. Ainsi, des complications en relation avec les comorbidités fréquentes à cet âge (personnalité antisociale, troubles anxieux et dépressifs) peuvent apparaître.

L'impulsivité est un symptôme majeur de l'hyperactivité et transforme le concept initial en syndrome général. L'impulsivité amène l'adolescent à s'engager promptement dans des attitudes, des comportements, des discours précipités, décousus, déliés, non construits pouvant aboutir à des erreurs, des chutes, des échecs, etc. L'adolescent éprouve une urgence à agir, une urgence à avoir, sous-tendue par une urgence à « se manifester, voire à être » qui dépasse la censure de ses parents et de l'entourage social. Ainsi, ces enfants sont régulièrement recadrés voire rejetés dans la mesure où cette impulsivité renvoie à un défaut de régulation comportementale et subjective, et témoigne d'un manque d'inhibition pouvant heurter les sensibilités. L'association avec d'autres troubles, comme les troubles émotionnels ou les troubles du comportement est fréquente à cet âge. Ainsi, on peut voir apparaître des conduites à risques sous-tendues par la recherche de nouveauté et de sensations fortes.

D. L'âge adulte :

Certains adultes présenteront des difficultés de concentration, d'impulsivité, et des problèmes dans les interactions sociales. Ils ont généralement des difficultés professionnelles, une mauvaise estime d'eux-mêmes, ils sont impulsifs, irritables et expriment une labilité émotionnelle. Ils présentent une instabilité sociale, professionnelle et affective. Ce groupe, avec retentissement cognitif et relationnel, représente le devenir d'environ 50% des enfants hyperactifs.

D'autres développent des complications à type de troubles émotionnels (troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires) et/ou des comportements antisociaux avec abus de substances (alcool, drogues). Cette évolution de mauvais pronostic est évaluée entre 10 et 20%. Les données actuelles sont en faveur d'une diminution de cette évolution négative lorsqu'une prise en charge précoce est mise en place.

CHAPITRE 3 : Les troubles associés

Une autre étape essentielle suivant l'évaluation est de rechercher un trouble associé. A l'âge scolaire, deux enfants hyperactifs sur trois présentent au moins un autre trouble psychiatrique qui accentue leur souffrance et majore les risques d'échec scolaire. Il est essentiel d'évaluer cette comorbidité en effectuant un entretien structuré, c'est-à-dire en recherchant systématiquement ces autres troubles. La coexistence d'un autre trouble a un impact non seulement sur le plan pronostique, mais aussi sur les stratégies de traitement. Nous ne ferons ici qu'un bref rappel de ces troubles.

	Prévalence chez le sujet hyperactif	Prévalence en population générale
Trouble des apprentissages	10 à 92%	2 à 5%
Trouble oppositionnel avec provocation Trouble des conduites	3 à 50%	1 à 9%
Troubles anxieux	25%	5%
Troubles dépressifs	9 à 38%	0,5 à 3%

I. Le trouble des apprentissages :

On désigne sous ce terme des troubles qui se manifestent par des difficultés dans l'acquisition et l'utilisation des capacités : écouter, parler, lire, écrire, raisonner ou réaliser des calculs mathématiques.

Ces difficultés, par définition, ne sont pas liées à une cause sensorielle (déficit visuel ou auditif), à un handicap moteur ou mental, ni à des problèmes sociaux ou scolaires. Elles sont intrinsèques à l'individu, sous-tendues par des difficultés dites neuropsychologiques de traitement de l'information.

Le trouble des apprentissages correspond à un trouble spécifique du développement du langage oral, du langage écrit, de l'arithmétique ou des fonctions non verbales. Il y a un décalage significatif entre les aptitudes intellectuelles qui sont normales et un niveau d'apprentissage inférieur aux épreuves spécifiques du langage, lecture...pour un âge donné. Nous allons maintenant décrire brièvement ces divers troubles.

- Les troubles du langage oral² se manifestent pas des difficultés syntaxiques, de planification, d'organisation du discours avec celles d'utilisation sociale du langage : ces enfants changent souvent de sujet, ne respectent pas les tours de parole, construisent mal leur discours, ne terminent pas leurs phrases.
- Les troubles du langage écrit sont associés à des perturbations d'acquisition de la lecture et à un trouble spécifique de l'orthographe (dysorthographe). Les caractéristiques de la lecture de ces enfants sont une grande lenteur, des erreurs nombreuses mettant en jeu l'attention visuelle, comme des sauts de lettres, de mots, substitutions de lettres et mots morphologiquement proches, associés à des substitutions de sons. La compréhension de la lecture peut être altérée. Le graphisme est généralement médiocre avec un contrôle du geste moteur de mauvaise qualité. Le trouble visuo-attentionnel ou visuo-spatial peut être responsable d'une dysgraphie.
- Les troubles spécifiques du calcul (dyscalculie) sont définis comme un retard significatif dans les activités arithmétiques.
- La dyspraxie est un trouble du développement moteur dont la caractéristique est une altération du développement de la coordination motrice (sans maladie neurologique ni retard intellectuel). Cela peut se traduire par une maladresse : l'enfant est « pataud », mal à l'aise dans son corps, malhabile dans les gestes fins.
- La dysgraphie qui est l'expression de ce trouble au niveau de l'écriture peut constituer un handicap important à l'école : l'enfant a du mal à former ses lettres, il privilégie les lettres non attachées, il écrit trop gros, de manière peu ou pas lisible, l'enseignant se plaint que le travail est illisible, sale, brouillon...

Parfois, l'enfant est également gêné par des difficultés de repérage dans l'espace (avec toutes les conséquences que cela implique dans les exercices de géométrie ou dans l'étude des cartes géographiques). C'est le rééducateur en psychomotricité (avec l'aide du médecin et d'un psychologue) qui pourra diagnostiquer exactement ces dernières et mettre en place, si nécessaire, la rééducation qui convient.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de troubles d'acquisition du langage oral, du langage écrit, des mathématiques, de la coordination, que ces altérations soient seules ou multiples, il est indispensable de les repérer et de les analyser pour éviter que l'enfant hyperactif ne s'y

² Cf les troubles spécifiques du langage oral : 3^{ème} partie.

enlise ; il doit pouvoir les surmonter et exprimer toute son intelligence si on le rééduque. Si besoin, il faudra aménager le temps scolaire.

II. Les troubles du comportement :

Le terme de «troubles du comportement» renvoie à une perturbation comportementale pouvant représenter à elle seule un syndrome particulier, bien que non spécifique. Les troubles du comportement constituent une catégorie hétérogène de syndromes (et de symptômes isolés) dont certains sont repris dans la définition des troubles des conduites et des troubles oppositionnels. Cependant, l'usage de ce terme est large, et recouvre par exemple les conduites à risques, les conduites auto- et hétéro-agressives, ou encore les conduites addictives.

Nous nous intéresserons ici au trouble oppositionnel et au trouble des conduites, en raison de leur association récurrente et privilégiée avec le trouble de l'hyperactivité déficit de l'attention.

La classification du DSM-IV-R situe d'ailleurs ces différents syndromes sous la même rubrique : « déficit de l'attention et comportement perturbateur ». On retrouve quatre troubles différents regroupés sous ce même terme : le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDHA), le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), et le trouble du comportement perturbateur non spécifié.

A. Le trouble oppositionnel avec provocation :

Le trouble oppositionnel, appelé également trouble avec provocation (TOP), débute le plus souvent pendant l'enfance et se caractérise par des comportements de transgression, d'opposition, de désobéissance et de provocation qui conduisent régulièrement à des conflits marqués avec l'entourage (parents, fratrie, enseignants). L'enfant est en désaccord constant avec ses interlocuteurs, il est vindicatif, refuse toute demande de conciliation, et peut même agresser verbalement son entourage. L'enfant opposant est incapable de supporter la critique et justifie son attitude par un préjudice ou une injustice subie, il nie la responsabilité de ses actions. Ces enfants ont des difficultés à respecter les règles de vie en groupe. Ils testent les limites, semblent prendre plaisir à provoquer et à agacer l'autre. Ils sont intolérants à la frustration et manquent de patience. Ils sont décrits comme des enfants susceptibles.

Le trouble oppositionnel peut être un préalable au trouble des conduites et comme lui, être comorbide. Les critères diagnostiques essentiels de ce trouble se situent à un niveau quantitatif. En effet, c'est la nature extrême et prolongée des symptômes qui définit le trouble. Les symptômes repérés doivent, en effet, être persistants et répétitifs.

B. Le trouble des conduites :

Le trouble des conduites doit comporter un « ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes ou règles sociales correspondant à l'âge du sujet », et implique la présence de symptômes tels que : les conduites agressives impliquant des personnes et des animaux menacés dans leur intégrité, des conduites impliquant la dégradation de biens matériels, des fraudes, des violations de règles et de droits établis (BONNET, 2007). Ce trouble peut débuter dès l'enfance et perdurer à l'adolescence et à l'âge adulte.

Les sujets présentant un trouble des conduites manquent d'empathie, de considération et de sollicitude. Les sentiments d'autrui, ainsi que leurs désirs, ne leur importent que peu, la culpabilité ne peut être évoquée. Ils se posent régulièrement en victimes, rendant l'entourage responsable des conflits. Les sujets manquent de patience, sont susceptibles, acceptant mal la critique. Ils sont décrits comme imprévisibles, « explosifs ».

On peut ici retrouver des éléments qui, chez l'adulte, sont à rapprocher de la personnalité antisociale (ou psychopathique). Ils pourraient donc constituer les prémisses d'une organisation pathologique de la personnalité à l'âge adulte.

Différents facteurs doivent être pris en compte pour expliquer la genèse de ces troubles, dont les facteurs contextuels (familiaux, psychosociaux).

Les associations entre les troubles oppositionnels ou des conduites et l'hyperactivité ont été évaluées. On peut estimer qu'environ 50% des enfants hyperactifs présentent également un trouble oppositionnel ou des conduites ; de même, presque tous les enfants souffrant de trouble oppositionnel ou des conduites sont hyperactifs, s'ils ont moins de 10 ans.

L'association de l'hyperactivité avec le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites est plus fréquente chez le garçon que chez la fille et est plus souvent rencontrée pour le sous-type hyperactif/impulsif. Leur présence aggrave le pronostic du trouble et est péjorative pour l'avenir social et scolaire de l'enfant. Elle retentit sur la qualité de vie et sur l'évolution à long terme.

III. Les troubles émotionnels :

Les troubles émotionnels désignent l'ensemble des manifestations émotionnelles pouvant survenir en association avec le tableau clinique d'hyperactivité déficit de l'attention. On parle aussi de troubles « internalisés », car ils sont moins facilement repérables par l'entourage, parents ou enseignants. En effet, à la différence des troubles du comportement qui sont « bruyants » et gênants pour l'entourage, amenant ainsi l'enfant en consultation, les troubles émotionnels sont souvent ignorés des parents et sont d'évaluation plus difficile. Mais ils reflètent incontestablement la détresse émotionnelle des enfants hyperactifs, tout autant que leur souffrance subjective, difficilement identifiable par un tiers.

Nous aborderons, ici, préférentiellement les symptomatologies dépressives et anxieuses, car elles sont les plus représentatives des désordres émotionnels et affectifs chez l'enfant. Elles correspondent, en outre, aux comorbidités les plus fréquemment repérées ; elles doivent faire l'objet d'une attention toute particulière et d'un croisement de données issues de l'entretien avec l'enfant et son entourage, en raison de la complexité du phénomène.

A. Les troubles de l'humeur dits « troubles dépressifs » :

La dépression en tant que syndrome fait référence à un ensemble de symptômes qui, en plus de l'humeur dépressive, renvoient également au ralentissement, à la perte d'énergie, à des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, ainsi qu'à des troubles du sommeil et de l'alimentation (restriction alimentaire). Elle se repère par la présence durable des trois composantes classiques de la dépression : la composante subjective (détresse émotionnelle et souffrance exprimée), la composante comportementale (ralentissement, perte des intérêts...) et la composante physiologique (perturbation du sommeil et de l'alimentation).

Elle se manifeste par une tristesse, une tendance à l'isolement, la chute des résultats scolaires, une modification du sommeil et de l'appétit.

L'une des principales difficultés rencontrées par le clinicien dans le repérage de la dépression chez l'enfant réside dans la variabilité et l'articulation changeante de la symptomatologie. Le sujet peut par exemple montrer une instabilité psychomotrice, des troubles cognitifs, des conduites de refus ou d'opposition, qui vont renvoyer au second plan des symptômes plus « classiques ». L'examen clinique doit permettre de faire émerger le syndrome dépressif complet, à savoir la triade classique des troubles émotionnels, cognitifs et somatiques.

Environ un tiers de enfants hyperactifs souffre conjointement de dépression. Les variables impliquées, qu'elles soient familiales, psychologiques – trouble des apprentissages – ou comportementales, ne sont pas spécifiques aux enfants présentant les deux troubles, THADA et dépression. Généralement, le tableau dépressif survient après le syndrome d'hyperactivité, mais sa durée et son évolution ne sont pas spécifiques dans le cadre de cette association. Dans certains cas, tout porte à croire que la dépression est une complication de l'hyperactivité : démoralisation, découragement, baisse de l'estime de soi, désespoir, dépression. Dans d'autres cas néanmoins, l'évolution du trouble dépressif n'est pas liée directement à l'évolution de l'hyperactivité, montrant la possible coexistence de deux troubles évoluant chacun pour leur compte.

Néanmoins, d'une manière générale, peu d'hypothèses ont pu être émises quant à cette association, si ce n'est celle d'une vulnérabilité génétique commune.

B. Les troubles anxieux :

L'angoisse et l'anxiété constituent des modalités d'expression de la souffrance de l'enfant. Il existe un versant somatique et psychique de l'angoisse. Sur le versant somatique, l'angoisse correspond à un vécu pénible impliquant une insécurité, une menace liée à un danger indéterminé. On peut également la relier à des événements impliquant un danger potentiel physique et psychologique (séparation, intervention chirurgicale, examen). L'anxiété, quant à elle, est propre au registre psychique.

On retrouve une prévalence de troubles anxieux d'environ 25% chez les enfants hyperactifs, alors que la fréquence observée en population générale se situe entre 5 et 15%. Malgré cette association fréquente, on ne constate que peu de différences cliniques entre les enfants hyperactifs souffrant de troubles anxieux et ceux qui n'en ont pas. On peut toutefois repérer des modes d'adaptation cognitive différents, l'impulsivité prenant le dessus chez les enfants non anxieux lors de la réalisation de tâches, alors que les enfants anxieux sont caractérisés par un temps de réaction ralenti, et une mémoire de travail moins performante. Cela laisse supposer une utilisation différente des processus cognitifs chez les enfants hyperactifs en fonction de la perturbation émotionnelle anxieuse. Cette dernière peut, de manière isolée, provoquer des troubles de l'attention ou des perturbations de la mémoire. En dépit de leur association, l'indépendance des deux syndromes ne fait aucun doute.

Certains chercheurs ont tenté de mettre en évidence les particularités des hyperactifs anxieux par rapport aux hyperactifs non anxieux :

- la première consultation est plus tardive pour les hyperactifs anxieux que pour les non-anxieux ;
- les performances scolaires ne sont pas différentes chez les anxieux et les non-anxieux quoique les parents des hyperactifs anxieux rapportent plus de problèmes à l'école, plus de difficultés sociales, plus de troubles pendant la grossesse des mères ;
- les hyperactifs anxieux ont vécu davantage d'évènements stressants et en particulier plus de situations de séparations et de divorces ;
- dans les exercices psychologiques, les performances des non-anxieux et des anxieux sont comparables, mais si les tâches se complexifient, les hyperactifs non anxieux font plus d'erreurs par augmentation de l'impulsivité, alors que les anxieux ralentissent leur temps de réaction et ont une moins bonne mémoire de travail, ce qui les fait apparaître cliniquement moins hyperactifs, plus « ralentis », voire inefficaces.

Tout se passe en quelque sorte comme si l'anxiété majorait le handicap de l'enfant tout en atténuant son apparence hyperactive, ce qui rend l'échec scolaire encore plus inexplicable, et accentue davantage la détresse de l'enfant, pointé du doigt comme responsable de son échec alors qu'il est en proie à la fois à ses difficultés attentionnelles et à son anxiété paralysante.

Les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés sont l'angoisse de séparation qui est une anxiété excessive lorsque l'enfant est séparé des personnes auxquelles il est principalement attaché et l'anxiété généralisée qui se décrit comme étant un souci excessif et non réaliste pour les évènements futurs.

IV. Les troubles du sommeil :

Les parents d'enfants hyperactifs rapportent fréquemment des difficultés de sommeil : difficultés d'endormissement, coucher tardif, sommeil agité, un syndrome d'impatience des jambes et des mouvements périodiques, des réveils nocturnes. Parallèlement, ils soulignent la fatigue de l'enfant au réveil. Ces difficultés existent depuis la petite enfance dans la moitié des cas.

Toutefois, leur nature est hétérogène et il est difficile de préciser la relation exacte entre hyperactivité et troubles du sommeil, peu d'études ayant permis de comprendre cette association. Il semble que les variables du sommeil (temps total de sommeil, nombre de réveils...) et l'architecture du sommeil ne soient pas différentes de ce qui se passe chez un enfant non hyperactif, mais les sujets hyperactifs ont une moins bonne vigilance dans la journée. Une autre hypothèse peut être retenue : elle concerne l'influence du traitement

psychostimulant reçu par un certain nombre d'enfants hyperactifs ; ces psychostimulants pourraient avoir notamment pour effets secondaires d'induire des troubles du sommeil. Ces enfants souffriraient davantage de troubles sévères du sommeil que les sujets non traités. Presqu'un tiers des enfants traités ont des difficultés d'endormissement ou une insomnie chaque nuit contre seulement 10% des sujets non traités. Néanmoins, en dépit de ces résultats, il est encore difficile de tirer des conséquences claires sur le rôle relatif de l'hyperactivité, du traitement et des troubles associés et donc de proposer au moins une stratégie univoque du traitement du sommeil de l'enfant hyperactif.

V. Les troubles du contrôle sphinctérien :

A. L'énurésie :

Il s'agit de mictions répétées au cours de la journée ou la nuit, au lit ou dans les vêtements après l'âge de 5ans. L'énurésie est dite *primaire* lorsque l'enfant n'a jamais été propre, et *secondaire* lorsqu'elle survient à l'occasion d'un évènement particulier chez un enfant qui avait acquis la propreté.

L'énurésie, en particulier primaire, est plus fréquente chez l'enfant hyperactif que dans la population générale, sans que l'on puisse réellement donner une explication. Il s'agit d'un trouble qui se traite bien si l'enfant et la famille sont motivés et persévérants. L'instauration de règles de vie bien précises peut résoudre le problème ou si cela ne suffit pas, le médecin peut prescrire certains médicaments et surtout conseiller une prise en charge en psychothérapie.

B. L'encoprésie :

C'est l'émission de selles répétée dans des endroits inappropriés chez un enfant âgé d'au moins 4 ans. L'encoprésie est moins souvent signalée, mais elle peut survenir chez des enfants qui vivent mal leur trouble hyperactif.

Son traitement est double : médicalement, ce sera essentiellement des conseils hygiénodiététiques et, psychologiquement, il faut évaluer et traiter la mauvaise estime de soi que l'enfant ressent non seulement à cause de son hyperactivité mais aussi du fait de son trouble sphinctérien (l'encoprésie est un symptôme qui engendre beaucoup de honte et de culpabilité ainsi que du rejet de la part des autres) et également évaluer et traiter une dépression sous-jacente.

VI. Les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette :

Enfin, une comorbidité entre le THADA et le syndrome de Gilles de la Tourette est relevée : environ la moitié des enfants hyperactifs souffrent de ce syndrome ou ont des antécédents familiaux de tics. De même, on relève un THADA chez plus de la moitié des enfants ayant des tics ainsi qu'une hyperactivité chez plus de 50% de patients atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. Cette association est reconnue comme facteur aggravant d'un trouble d'hyperactivité déficit de l'attention.

On peut également retrouver des *tics* isolément, ce sont des mouvements involontaires, rapides, soudains, répétitifs, non rythmiques ressentis comme irrépressibles. Il existe les tics moteurs (hochement de tête, haussement d'épaules...) ainsi que les tics vocaux tels que des vocalisations, des raclements de gorge ou encore des reniflements. Ils peuvent être exagérés par le stress et atténués par des activités absorbantes (lecture, jeux...). Le *syndrome de Gilles de La Tourette* est l'association de tics moteurs multiples à un ou plusieurs tics vocaux et peut être quelques fois associé à l'hyperactivité, comme il est signalé au-dessus. La reconnaissance de tics chez les enfants hyperactifs est importante non seulement par l'accentuation du handicap qu'ils entraînent, mais aussi parce qu'il existe des implications thérapeutiques.

Par ailleurs, le Méthylphénidate, proposé dans le traitement de l'hyperactivité, peut déclencher l'apparition de tics, en particulier chez des enfants ayant des antécédents familiaux. Généralement, ces derniers disparaissent à l'arrêt du traitement. C'est pourquoi la prescription de Méthylphénidate chez des enfants présentant des tics ou des antécédents est sujette à controverses. Il est alors primordial pour les parents de surveiller l'apparition ou l'aggravation de tics chez leur enfant hyperactif afin d'en parler à leur médecin le plus rapidement possible.

CHAPITRE 4 : Méthodes d'évaluation :

L'évaluation est d'abord et essentiellement clinique, effectuée par une équipe évidemment pluridisciplinaire (puisque s'attachant à examiner l'enfant dans sa globalité) et fondée sur les entretiens avec les parents, avec l'enfant lui-même ainsi que sur les informations données par les enseignants.

Ces trois sources d'information apportent des données différentes et complémentaires, toutes essentielles pour le diagnostic.

I. Les entretiens :

A. Avec les parents :

Il constitue en général le premier temps d'évaluation. Le discours parental permet de se constituer une représentation significative de l'atmosphère régnant dans le milieu familial, du retentissement du trouble au domicile, de la qualité de la relation parent-enfant et du contexte dans lequel évolue l'enfant. Il est, en outre, l'occasion pour le clinicien de reprendre avec les parents l'histoire des troubles, leurs conditions et dates d'apparition, leur fréquence, leur intensité et leur évolution. L'importance de ces données qualitatives est essentielle et indispensable au diagnostic. Cependant, il est tout de même important de préciser qu'il s'agit d'une source d'information sujette à caution, le caractère subjectif doit être souligné, certains parents tendent à minimiser ou à maximiser les faits.

B. Avec l'enfant :

Il renseigne plus sur la façon dont l'enfant vit ses difficultés que sur les faits eux-mêmes. Il n'informe pas sur le début et l'évolution des troubles. L'enfant hyperactif exprime souvent des affects négatifs, se sent différent des autres et perçoit que son comportement ne peut être contrôlé ni par lui ni par ses parents. L'entretien peut être compliqué en raison de l'opposition de l'enfant ou de ses difficultés à mentaliser ses problèmes. Un certain nombre d'enfants hyperactifs n'ont aucune conscience de leur trouble et ne saisissent donc pas pourquoi leurs parents les amènent en consultation. L'observation de l'enfant est souvent trompeuse. Il est, en effet, souvent stable lors du premier entretien, qui réalise pour lui une situation intéressante

et nouvelle, dans laquelle les manifestations du trouble sont souvent très atténuées. Plusieurs consultations sont parfois nécessaires avant de voir émerger les symptômes.

Enfin, il est important qu'un examen médical soit réalisé afin d'éliminer d'autres diagnostics³.

C. Avec les enseignants :

Les informations données par les enseignants sont très importantes. L'école est, de fait, une des meilleures situations pour observer et évaluer systématiquement les enfants hyperactifs car les symptômes comportementaux s'y exacerbent souvent. Les informations obtenues des enseignants sont particulièrement fiables et objectives. Ils observent, dans les mêmes circonstances, des enfants de même âge et de même sexe et basent donc leur opinion sur des comportements de référence. Il s'agit d'une observation de longue durée qui apporte des données essentielles sur les relations de l'enfant avec ses pairs, son comportement, le retentissement de celui-ci sur ses performances scolaires, ses acquisitions.

Un partenariat avec les parents et les enseignants est nécessaire dans le dépistage et l'évaluation du trouble.

II. L'évaluation de l'hyperactivité/impulsivité :

Il existe plusieurs échelles d'évaluation des comportements de l'enfant. Certaines sont spécifiques à l'hyperactivité, d'autres sont au contraire généralistes, mais comportent des items concernant l'instabilité comportementale.

Dans notre pratique clinique, ces échelles validées et étalonnées servent à compléter les informations pour l'étude du sentiment de soi, au travers du regard d'autrui (parents) et de la propre estimation de l'enfant. Elles sont utilisées au cours d'entretiens, donnant un moyen de se mettre à parler avec l'enfant et la famille des enjeux psychosomatiques et interactifs de l'hyperactivité. Les échelles se mettent en perspective avec les observations cliniques en fournissant une image plus large et variée de chaque enfant rencontré.

Il est également important de signaler que les échelles d'évaluation sont un complément à l'entretien clinique permettant de quantifier la fréquence et l'intensité des symptômes. Elles constituent une photographie de l'enfant à un moment donné mais ne peuvent ni ne doivent se substituer au jugement clinique.

³ Cf Chapitre 4 : « VI. Les diagnostics différentiels ».

Nous réaliserons, ici, une revue littéraire des différentes évaluations existantes pour l'hyperactivité et l'impulsivité.

A. L'observation :

L'observation clinique constitue l'une des modalités les plus simples permettant l'évaluation qualitative de l'instabilité psychomotrice. Elle consiste le plus souvent en une attitude d'écoute et d'observation de l'enfant *in vivo*, si possible en se déplaçant sur le ou les lieux de vie de l'enfant (maison, école...) afin de recueillir les informations concernant l'expression comportementale du trouble (PEDINIELLI, 2005). Néanmoins, il est primordial de ne pas se contenter d'une séance pour fonder les hypothèses possibles. Il n'est pas rare en effet que l'enfant, lors de la première rencontre et ce de manière exceptionnelle, soit à même de contrôler en quasi-totalité son hypermotricité et son impulsivité, d'autant plus que la séance sera courte.

B. Les échelles de comportements :

1) Le questionnaire de Conners :

Les échelles de Conners développées aux USA sont validées et disponibles en français⁴, elles représentent les plus utilisées. Il existe 3 échelles dans ce questionnaire que nous évoquerons ici.

□ La première est une échelle cotée par les parents. Elle se présente sous forme d'une double page où les parents doivent évaluer la qualité du fonctionnement global de l'enfant avec 48 signes. Pour chaque item, il s'agit d'évaluer l'absence ou la présence et le degré du signe décrit, la notation se fait avec 0, 1, 2, 3 (0 signifiant pas du tout et 3 beaucoup). L'échelle de Conners établit une note globale d'hyperactivité censée refléter la sévérité du profil psychologique de l'enfant hyperactif. Elle est composée de 5 dimensions fournissant 5 notes partielles : la première, le trouble des conduites ; la deuxième, le trouble d'apprentissage ; la troisième, l'anxiété d'allure psychosomatique ; la quatrième, l'impulsivité du comportement ; et la dernière concernant l'anxiété d'expression mentale.

⁴ D'après *Echelles d'évaluation de Conners*, Dugas M., Bouvard M., p.521-34. Traduction française : Cook S, Dugas M. In *l'Evaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Tome II, sous la direction de J.-D. Guelfi, Editions médicales P. Fabre, 1996. Echelles présentes en annexe.

- La deuxième échelle à 28 items est destinée aux enseignants, permettant de quantifier un index d'hyperactivité.
- La troisième à 10 items est destinée à tout observateur de l'enfant. Elle correspond aux symptômes les plus typiques de l'hyperactivité. Elle est rapide à remplir et aboutit à un score unique d'intensité du trouble. Elle a l'avantage de pouvoir être répétée facilement, ce qui permet de suivre l'évolution des manifestations sous traitement.

Le choix de recourir à cet outil repose sur l'idée d'observer des informations sur l'émergence de l'agir dans le fonctionnement psychologique de l'enfant instable qui auraient une nature et une origine tout à fait différente de l'observation clinique faite aux épreuves projectives. Mais, surtout, l'intérêt est que l'on obtient le point de vue des parents sur l'enfant, une représentation parentale de l'hyperactivité infantile qui se révèle dans la pratique riche d'enseignements. De même qu'il permet une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents. Les informations ainsi obtenues viendront avantageusement compléter les autres éléments du bilan.

Ces questionnaires sont remis par le médecin, à la fin de la première consultation, ils sont remplis en dehors de la consultation (maison, école...). Ils permettent de mettre en évidence que le comportement de l'enfant peut varier d'une situation à l'autre.

Ils sont cotés avec un système de points mais nous ne les détaillerons pas dans ce mémoire.

2) Un exemple d'échelle généraliste : la CBCL

La liste de comportement pour enfant d'ACHENBACH ou Child Behavior Check List (ACHENBACH⁵, 1991 ; FOMBONNE, 1989)⁶ est une échelle généraliste explorant à la fois les domaines comportementaux et émotionnels, et permettant de classer les troubles en deux grandes catégories : internalisés et externalisés. L'inventaire peut être complété par les parents et les enseignants. Son principal intérêt réside dans la possibilité qu'elle offre de prendre en compte d'autres troubles, dont on connaît l'importante comorbidité avec l'hyperactivité et l'incidence pronostique.

⁵ ACHENBACH T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Child Behavior Profile*, Burlington, Vermont, University of Vermont, Department of Psychiatry.

⁶ FOMBONNE E. (1989), « The child behavior checklist and the Rutter Parental Questionnaire : a comparison between two screening instruments », *Psychological Medicine*, p.777-785.

L'hyperactivité est évaluée à travers 11 items inclus parmi 118 évaluant l'ensemble des troubles du comportement. Chaque item est coté de 0 à 2, et le score spécifique d'une sous-échelle (l'hyperactivité) peut être calculé pour un « trouble-cible », puis être additionné aux autres items afin d'obtenir un score général de comportements externalisés.

3) L'échelle d'anxiété manifeste pour enfants R-CMAS (Reynolds, 1985)

C'est une échelle auto-administrée avec l'aide du clinicien si nécessaire où l'enfant répond par oui ou par non. Cet outil se présente sous la forme d'une page comportant 37 items et établit un score total censé refléter le niveau d'anxiété de l'enfant. Il est composé de 4 dimensions fournissant 4 notes partielles, une sur l'anxiété d'expression physiologique (par exemple, « j'ai souvent mal au ventre »), la deuxième sur l'anxiété d'expression mentale (exemple : « je m'inquiète de ce qui va se passer »), la troisième sur la préoccupation sociale (exemple : « je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi ») et la dernière, le mensonge. L'intérêt de l'échelle d'anxiété R-CMAS est qu'elle permet d'évaluer le niveau d'anxiété à travers ses composantes psychique et physiologique ; elle contient un indice d'anxiété physiologique et un autre d'anxiété psychique pour l'étude des phénomènes d'allure psychosomatique dans le fonctionnement global de l'enfant et selon son propre point de vue. L'objectif de l'examen clinique de l'enfant instable étant de mieux comprendre le vécu de soi et le sentiment de soi, le choix de recourir à cette échelle d'anxiété instaure une méthode de convergence : compléter les observations cliniques sur le fonctionnement psychique profond (avec la méthode projective) par des données de nature différente émergeant de l'enfant par une synthèse du vécu de soi et de sa qualité ; une similitude des conclusions provenant de sources de données différentes permet de donner plus de validité à l'hypothèse clinique.

III. L'évaluation des troubles cognitifs :

L'évaluation est certes d'abord clinique, mais elle doit aussi s'appuyer sur une approche pluridisciplinaire. Ainsi, les examens psychologique, langagier et psychomoteur permettent une approche du développement de l'enfant et une évaluation du retentissement des manifestations cliniques, notamment attentionnelles, dans des conditions où l'enfant est mis en situation de performance.

A. Les échelles d'évaluation « généralistes » :

1) Echelle de Wechsler pour enfants (WISC-IV) :

Le bilan psychologique permet d'apprécier le niveau de fonctionnement cognitif de l'enfant. L'échelle d'évaluation de l'intelligence de Wechsler adaptée à l'âge est la plus couramment utilisée et constitue l'un des piliers du bilan psychologique de l'enfant : WPPSI-R pour la tranche d'âge 4-6 ans et WISC IV pour la tranche d'âge 6-17.

On ne dispose pas actuellement de travaux scientifiques mettant en relation les performances du WISC-IV et l'évaluation des troubles cognitifs dans l'hyperactivité. Néanmoins, si l'on se réfère à la précédente version (WISC-III) du test, l'un des indices calculés à partir de certains subtests peut apporter des informations spécifiques sur les troubles attentionnels notamment la vitesse de traitement. Elle comprend les subtests code et symbole. Il est également possible de procéder à une analyse plus globale en calculant le score SCD à partir des subtests suivants : arithmétique, mémoire des chiffres, code et symbole. Ces différentes épreuves impliquent la mémoire de travail, la concentration et les capacités de traitement de l'information. Les enfants hyperactifs présentant des troubles significatifs au plan cognitif, il n'est pas rare de retrouver des scores bas à ces deux indices calculés.

Parlons maintenant brièvement du **WISC IV**. Il est constitué de 15 subtests répartis en 4 indices :

- L'indice de compréhension verbale (ICV) composé de tests évaluant les aptitudes verbales faisant appel au raisonnement, à la compréhension et à la conceptualisation ;
- L'indice de raisonnement perceptif (IRP) composé de tests évaluant le raisonnement perceptif et l'organisation ;
- L'indice de mémoire de travail (IMT) composé de tests évaluant l'attention, la concentration et la mémoire de travail ;
- L'indice de vitesse de traitement (IVT) composé de tests évaluant la vitesse de traitement au niveau intellectuel et au niveau graphomoteur.

On notera que l'utilisation de ces tests s'est considérablement développée ces dernières années. Leur intérêt reste néanmoins essentiellement expérimental et dans un but de

recherche. Ils visent à objectiver les déficits cognitifs dans des conditions standardisées. Il s'agit le plus souvent de tests informatisés comme le CPT (Continuous Performance Test). D'autres tests évaluent les fonctions exécutives, planification, flexibilité, mémoire de travail, qui sont perturbées dans l'hyperactivité (test de la Tour de Londres, test de Wisconsin). Ils ne sont pas pratiqués de manière systématique et sont généralement utilisés dans les services de recherche clinique.

2) Batterie de tests de Kaufman (KAB-C) :

Les tests mis au point par Kaufman et Kaufman peuvent constituer une bonne alternative au WISC-IV, car il permet d'explorer plus précisément les capacités de traitement de l'information en fonction de deux axes : simultané et séquentiel. Le traitement simultané correspond à la capacité à traiter les stimuli par groupes, ce qui permet une meilleure intégration et une compréhension synthétique de l'environnement. A l'inverse, le traitement séquentiel permet d'organiser et de séquentialiser les informations « en chaîne ». Ces deux types de traitement correspondent à des habiletés cognitives à la fois différentes et complémentaires. Le KAB-C permet leur évaluation, par le calcul de deux sous-scores et d'un score global selon des modalités similaires du WISC-IV.

En général, les enfants hyperactifs éprouvent des difficultés importantes dans les épreuves mettant en jeu les capacités à sérier et séquentialiser les perceptions et les opérations cognitives nécessaires à la résolution de problèmes, d'où des performances faibles aux échelles du KAB-C, et en particulier aux subtests mettant en jeu le traitement séquentiel.

B. Les échelles spécifiques :

Il existe de nombreux tests destinés à l'évaluation des fonctions cognitives. Nous ne présenterons ici que les principaux instruments utilisés spécifiquement dans le cadre de l'hyperactivité.

1) Le test de Stroop :

Le test de Stroop se compose de trois planches : la première comporte 4 noms de couleurs (vert, jaune, rouge, bleu) écrits en noir et blanc ; la deuxième est composée des mêmes noms de couleur, disposées différemment et imprimés d'une couleur différente de la couleur qu'ils expriment et enfin, la troisième comporte 10 rangées de 5 rectangles de couleurs (vert, jaune,

rouge, bleu). Lors de la passation, un temps fixe de 45 secondes est donné pour lire ou dénommer les items de chaque carte. Dans la première épreuve, le sujet doit lire les 4 noms de couleurs de la première planche. La deuxième épreuve consiste à lire les mots de la deuxième planche sans prendre en compte les couleurs d'impression. Puis la personne doit nommer les couleurs des rectangles de la troisième planche. Enfin, l'examineur place une nouvelle fois devant l'enfant la deuxième planche et lui demande de nommer les couleurs d'impression en prenant garde de ne pas lire les mots eux-mêmes. Il existe donc une interférence entre deux informations, la couleur perçue et la couleur lue, et les réponses mettent en jeu les capacités d'attention sélective et d'inhibition de la réponse. Le risque d'erreur est maximal du fait de la conception paradoxale de la tâche demandée.

A ce test, les enfants hyperactifs montrent des difficultés importantes et donc des performances évaluées plus faibles que les enfants sans troubles, bien que chez les sujets présentant une forme d'impulsivité hyperactivité prédominante, les difficultés puissent apparaître moins marquées.

2) Les épreuves d'évaluation de l'impulsivité/incapacité d'inhibition de la réponse :

Il est extrêmement difficile de séparer, dans les résultats des examens pratiqués, les effets liés à l'impulsivité de ceux qui ont pour origine un déficit d'attention.

D'une part, les épreuves mesurant l'impulsivité font partie d'un ensemble de tâches qui demandent également un degré d'attention élevé pour une réalisation optimale. De plus, les tests d'attention continue montrent que les erreurs par substitution sont significatives des enfants considérés comme impulsifs. Le test d'appariement d'images (Marquet-Doléac *et al.*, 1999), dont le principe est similaire à celui du test de Kagan (1964 ; 1966), est certainement la mesure de l'impulsivité la plus utilisée. On présente une image, et le sujet doit trouver parmi 6 autres celle qui est identique à la première. Les 5 autres images ont subi des modifications légères. La notation tient compte du temps mis à donner la première réponse et du nombre d'erreurs. Le but est de la trouver le plus vite possible sans commettre d'erreurs. Plusieurs mesures sont effectuées :

- Le temps de réflexion précédent la première réponse ;
- Le temps total mis pour l'ensemble de l'épreuve ;
- Le nombre total d'erreurs sur l'ensemble de l'épreuve ;
- Le nombre total de réussite dès la première réponse.

Par manipulation de ces mesures, on peut alors obtenir deux index :

- Index d'exactitude qui détermine le nombre de réussites à la première réponse en une minute ;
- Index d'impulsivité ou rapport du nombre d'erreurs commises sur le temps total.

L'analyse de ces résultats permet de mettre en évidence le type de fonctionnement cognitif utilisé par le sujet, selon les deux dichotomies : lent ou rapide, précis ou imprécis.

IV. L'évaluation psycho-affective :

L'évaluation du fonctionnement psychoaffectif de l'enfant hyperactif est limitée par les instruments d'évaluation disponibles actuellement, mais plus encore par les capacités instrumentales de l'enfant. Elle reposera donc essentiellement sur les techniques projectives, si l'enfant reste impliqué un temps suffisant dans la tâche demandée. Ces épreuves reposent principalement sur la mobilisation d'un mécanisme psychologique appelé « projection » et qui amène un sujet à « imaginer » et donner un sens à un contenu ambigu (Rorschach) ou encore générique.

L'intérêt de ces épreuves réside dans leurs potentiels discriminatifs et la finesse clinique des informations qu'elles permettent d'obtenir. Leur principale limite est la part importante laissée à l'interprétation et aux compétences du clinicien, qui peuvent faire notablement varier les résultats obtenus.

Nous présenterons ici succinctement quelques épreuves projectives telles que le test de Contes, Rorschach, Scéno-Test, le CAT (Children Aperception Test) ou simplement les dessins.

A. Le Test des Contes :

Cette épreuve est faite d'histoires à compléter par l'enfant. Elle a été validée (Royer, 1978) et fournit un outil efficace dans une double dimension : clinique à travers les grilles de lecture des données projectives et psychométriques (repères normatifs). En tant qu'épreuve infantile thématique, elle permet d'explorer en détail les différents enjeux (thèmes) du développement psychoaffectif et leurs apports narcissiques. La spécificité de cette épreuve est de sonder l'intériorisation des relations d'objet et ainsi l'histoire affective de l'enfant ; l'enfant imagine les histoires des contes en y projetant la synthèse de son mode de relation à l'objet.

Une fois les contes passés, le psychologue dépouille en deux temps les contenus de chaque groupe de questions. D'abord, il les compare aux normes de validation, ce qui permet

d'obtenir un premier profil des enjeux affectifs les plus sensibles chez un enfant. Une seconde analyse qualitative vient mettre en évidence pour chaque conte la dynamique défensive (les mécanismes défensifs principaux qui répondent aux émergences d'angoisse au cours de l'activité imaginaire du récit du conte), cela fournit au final une image plus précise du développement psychique de l'enfant (relation d'objet, investissement narcissique, processus défensif) et de l'équilibre de la personnalité (ses capacités adaptatives ou ses souffrances).

Le test des Contes est une épreuve projective très riche sur le plan clinique car l'enfant est mis dans une situation naturelle d'imaginer et de jouer avec des personnages, ceux-ci sont de plus porteurs de caractères très marqués et peuvent facilement être manipulés par l'activité mentale du sujet.

L'intérêt de son usage au cours de l'examen de l'enfant instable est que l'on peut observer les enjeux relationnels dominants, notamment l'agressivité, dont on sait cliniquement qu'il s'agit d'une source importante de souffrances et de perturbations du contexte d'instabilité infantile. Cette épreuve projective est thématique et, adjointe au Rorschach, elle permet de sonder des aspects différents du fonctionnement psychique et apporte ainsi des informations plus larges sur la problématique psychique d'un enfant.

B. L'épreuve de Rorschach :

Le test de Rorschach entre dans la catégorie des tests dits « structuraux », car il fournit des informations portant sur le fonctionnement et l'organisation psychopathologique du sujet. Le principe de passation est de stimuler le fonctionnement psychique avec les supports des tâches d'encre où le sujet doit imaginer ce qu'elles pourraient être. Ces formes indéterminées ont la particularité de comporter une symétrie axiale. Les nombreux travaux soutenant une validation de l'épreuve sont ancrés dans le modèle psychanalytique freudien pour la plupart (CHABERT, 1995, 1998). L'intérêt majeur de cette épreuve classique est de fournir un moyen efficace pour analyser les processus de symbolisation et de mentalisation. Cette épreuve projective permet aussi d'étudier les conditions fonctionnelles des opérations symbolisantes au travers de la projection d'images du corps (CHABERT, 1995), notamment dans le repérage topographique basique soutenant l'organisation de l'espace et les repères identitaires. Ce test favorise l'émergence de représentation de soi, entre sensorialités, perceptions et représentations mentales.

Dans l'observation d'enfants hyperactifs, cette épreuve sert donc à étudier les liaisons observables entre représentation de soi et agirs corporels au cours de la passation. L'intérêt

aussi avec ces enfants, c'est que le Rorschach nous fournit une observation de la part du corps active dans la représentation de soi, il nous donne une véritable observation clinique de la mobilisation corporelle au sein du processus de symbolisation.

C. Le Scéno-Test :

Le très grand intérêt de cette épreuve est qu'elle amène l'enfant hyperactif à organiser un espace et des rapports entre les objets et personnages en mobilisant essentiellement son propre corps. La mise en scène du Scéno-Test permet à l'enfant de montrer concrètement sa mobilisation corporelle vis-à-vis des personnages et des élans affectifs et émotionnels.

Répondant à la fois à des objectifs diagnostiques et à une visée thérapeutique, le Scéno-Test de Von Staabs⁷ se présente comme une boîte de jeux très attrayante par la diversité des éléments vivement colorés qui la composent et par le soin avec lequel ils sont artisanalement fabriqués. L'enfant âgé de 3 ans et plus utilise les qualités concrètes du matériel pour organiser un espace de jeu tout en se laissant aller à une production personnelle nourrie à la fois des empreintes inconscientes et de l'expérience réelle. Le Scéno-Test permet d'élargir l'investigation projective : en introduisant une dimension psychomotrice au côté de sollicitations verbales ; en étant très bien accepté par les enfants qui ont d'autant plus plaisir à « jouer » que l'examen verbal est souvent vécu sur le mode d'une contrainte scolaire.

La pratique du Scéno-Test avec les enfants hyperactifs de 5 ou 6 ans nous enseigne que cet outil ouvre véritablement la possibilité de raconter, de s'exprimer en usant d'une voie corporelle complétée par la voie mentale : une double nature représentative s'inscrit rapidement dans la passation, l'enfant est poussé à utiliser le mime et la motricité expressive pour compléter ce qui ne peut pas s'élaborer clairement par les mots et les symboles : le psychologue est alors témoin et destinataire du jeu et des projections de l'enfant. Il peut demander à l'enfant de mieux lui faire comprendre, une interaction spécifique se crée comme autour de la pâte à modeler par exemple ; l'enfant touche, montre, crée, témoigne et interagit. Les organisations de l'espace et des mouvements des personnages du test sont tout à fait originales chez les enfants hyperactifs. Loin d'être désorganisées, ces organisations montrent souvent le besoin de fixer des repères corporels-sensoriels qui permettront ensuite souvent une élaboration de récit et une mise en mots de contenus fantasmatiques et interactifs.

⁷ Edité aux E.C.P.A. à Paris

D. Le CAT (version enfant du TAT) :

Le *Children Aperception Test* est constitué de 10 planches en noir et blanc représentant des animaux dans différentes situations censées évoquer des problématiques spécifiques telles que l'agressivité envers le puîné, la relation aux parents... On distingue le contenu manifeste des planches, c'est-à-dire ce qui est objectivement dessiné et perceptible visuellement, et le contenu latent, c'est-à-dire la problématique psychologique à laquelle il est fait référence. L'écart entre contenu manifeste et contenu latent permet la projection et la construction de réponses spécifiques à chaque enfant, et donc indicatrices des éléments de sa problématique psychopathologique. La consigne donnée à l'enfant est de raconter l'histoire qui se passe sur la planche. Il construit alors une histoire en relation avec le contenu de cette dernière. L'interprétation s'effectue qualitativement, en fonction du degré de perception du contenu latent de la planche et de la manière dont il interprétera et s'en dégagera (c'est-à-dire quelle issue il pourra y trouver).

Les enfants hyperactifs ont des réponses spécifiques à ce test : en effet, on remarquera une difficulté quasi systématique à utiliser un discours descriptif bref et une incapacité patente à construire un scénario imaginaire. Cela témoigne de leur difficulté à s'engager dans le registre imaginaire et à percevoir les dimensions symboliques des contenus de la planche. En revanche, les thèmes évoqués ne sont pas spécifiques à l'hyperactivité, et sont fréquemment déterminés par la comorbidité lorsqu'elle est présente : thèmes d'agression si troubles des conduites, thématiques d'abandon si anxiété de séparation, etc.

E. Les Dessins du Bonhomme et de la maison :

Ces outils classiques se renouvellent avec l'enfant instable. La facture globale des dessins révèle la possibilité pour l'enfant d'organiser l'espace, la temporalité, l'objet dans un même travail de représentation qui mobilise le corps (actes graphiques) et de plus dans une situation d'usage spontané de ce corps. L'idée est d'observer la façon dont le corps en tant qu'espace de projection constitue un schéma de base des représentations mentales ; la qualité des organisations spatiales résonne avec la qualité d'organisation des espaces psychiques.

Le dessin du bonhomme est toujours très évocateur avec les enfants hyperactifs.

Lorsque ces derniers acceptent de le dessiner, les membres du bonhomme sont très souvent porteurs de particularités qui permettent au clinicien de concevoir la qualité du vécu corporel des grandes motricités et surtout d'entrer en communication verbale et symbolique avec l'enfant à partir de commentaires et imaginations issus de ces détails des membres.

Il est souvent apparu un refus de mener ce type de dessin. Le risque fantasmatique alors ressenti par l'enfant hyperactif peut se comprendre intuitivement (souffrance liée directement à la représentation de soi qui est trop dépendante des agirs et des problèmes affectifs et relationnels qu'ils impliquent) mais cela reste du point de vue scientifique obscur : on pourrait effectivement s'attendre à ce que le dessin du bonhomme libère l'enfant et ses complexes et lui permette de s'exprimer sans danger, or il n'en est rien pour de nombreux enfants qui répugnent à faire ce dessin. Cependant, aucun travail n'a entrepris d'étude spécifique du dessin du bonhomme d'enfants hyperactifs pour avancer dans une description précise de cette projection somato-psychique.

V. Les bilans : psychomotricité et orthophonie

A. Orthophonie :

Il tient une place importante de par l'association fréquente entre trouble déficit de l'attention/ hyperactivité et troubles spécifiques du langage écrit et oral. Cet examen a différents objectifs :

- Rechercher des difficultés spécifiques, notamment au niveau de l'attention visuelle et auditive ;
- Repérer la présence d'un trouble spécifique du langage écrit ou oral,
- Evaluer le retentissement du trouble.

Il repose sur une évaluation standardisée des compétences langagières : évaluation du langage oral par la compréhension et l'expression, et évaluation du langage écrit, par la lecture et l'écriture. Il permet de poser ou d'éliminer, par exemple, le diagnostic de dyslexie. La dyslexie est un trouble de l'acquisition de la lecture chez un enfant ne présentant ni retard mental, ni trouble de l'acquisition visuelle, ni scolarisation inadéquate. Il existe différents types de dyslexie chez l'enfant hyperactif mais une prédominance pour la dyslexie visuo-attentionnelle. Ces enfants peuvent faire fréquemment des confusions visuelles, des inversions spatiales, ou encore sautent des lignes ou des mots.

En ce qui concerne le langage oral⁸, nous retrouverons entre autre des difficultés syntaxiques, de planification et/ou d'organisation du discours, un manque du mot et une pauvreté lexicale.

⁸ Nous détaillerons plus particulièrement ce point dans la 3^{ème} partie : « les troubles spécifiques du langage oral ».

B. Psychomotricité :

L'examen psychomoteur a pour but de rechercher des difficultés dans les domaines praxiques, c'est-à-dire la coordination des mouvements. Ce peut être un trouble de l'acquisition de la coordination motrice ou des difficultés graphiques. Il est indispensable de différencier les problèmes de régulation comportementale et gestuelle fréquents chez les enfants hyperactifs des difficultés de coordination des mouvements, comme la dyspraxie. L'enfant dyspraxique est souvent maladroit et présente une altération de ses performances dans les mouvements nécessitant de l'habileté, cela en dépit d'une intelligence et d'un examen neurologique normaux. Il est important d'évaluer correctement le comportement moteur car une dyspraxie peut être associée et nécessitera alors une prise en charge adaptée.

VI. Les diagnostics différentiels :

La dernière étape est celle du diagnostic différentiel qui s'avère particulièrement difficile car certaines situations ou maladies peuvent réaliser un tableau clinique proche du trouble hyperactivité ou bien lui être associées.

A. La simple turbulence :

La simple turbulence, à elle seule, n'est pas pathologique. Elle ne retient que très peu sur le fonctionnement de l'enfant et n'est pas associée à des difficultés attentionnelles. Généralement, elle disparaît vers l'âge de 5 ans. Il est à noter cependant que vers l'âge de 3 ans, elle peut être difficile à distinguer de l'hyperactivité.

B. La prise de certains médicaments :

Il est nécessaire d'effectuer un interrogatoire précis sur les éventuels traitements récents prescrits à l'enfant car certains médicaments tels que, par exemple, les anti-épileptiques, les corticoïdes ou encore les antiasthmatiques peuvent susciter des comportements d'agitation chez l'enfant.

C. Un environnement difficile :

Chez les enfants souffrant de carences socioaffectives, un tableau d'instabilité peut se retrouver, souvent suite à un facteur de stress mais qui cesse avec la disparition de ce facteur.

D. L'épilepsie :

Il est important d'effectuer un examen clinique précis et des examens complémentaires appropriés afin d'écarter ce diagnostic car l'épilepsie peut comporter des symptômes d'agitation ou d'inattention secondaires.

E. L'hypomanie :

Il s'agit de l'un des diagnostics différentiels les plus difficiles à établir. L'hypomanie, appelée aussi trouble bipolaire, se caractérise par une instabilité émotionnelle, une irritabilité, une agressivité, une agitation motrice et une distractibilité. Le diagnostic est donc particulièrement difficile en raison de la similarité des symptômes et de la fréquence de l'association des deux pathologies. Néanmoins, de nos jours, les relations entre l'hyperactivité et le trouble bipolaire restent encore mal connues.

F. D'autres troubles :

Certains troubles comme les troubles autistiques, les troubles sévères des apprentissages, les retards mentaux peuvent donner lieu à des comportements d'agitation importante. Ces symptômes d'agitation ou d'inattention s'intègrent dans le cadre d'un trouble psychiatrique plus global et sont aussi parfois difficiles à différencier de l'hyperactivité.

VII. Annonce du diagnostic :

De la première consultation à l'annonce du trouble s'écoulent parfois plusieurs semaines. Le diagnostic n'est pas évident d'emblée et il entraîne des conséquences importantes pour l'enfant et sa famille.

L'annonce du diagnostic constitue un moment essentiel, elle doit s'effectuer avec l'enfant et ses deux parents, de préférence. Le médecin propose alors une stratégie thérapeutique individualisée et adaptée à chaque enfant. Elle prend en compte l'âge, la sévérité du trouble, l'intensité des symptômes et le retentissement sur le fonctionnement scolaire, social et familial de l'enfant ainsi que les troubles associés, notamment les troubles des apprentissages.

Les parents et l'enfant ont souvent un sentiment d'apaisement à l'annonce du diagnostic. Cependant, certains enfants hyperactifs ont peu conscience de leurs troubles et ont donc des difficultés à accepter le diagnostic.

Les parents doivent comprendre avant tout quelle est la cible de chaque traitement. En effet, si la décision de mettre en place un traitement médicamenteux est prise (ce qui n'est pas le cas de tous les patients hyperactifs), ce sont les parents qui vont donner ce traitement, il est donc indispensable qu'ils entendent la nécessité de la prise quotidienne du médicament, mais aussi ce que l'on peut en attendre. La coopération des parents est importante.

CHAPITRE 5 : Soigner l'enfant

La ou plutôt les prises en charge de l'hyperactivité chez l'enfant font l'objet de débats contradictoires, dus fréquemment à une perception souvent réductrice des prétendus tenants de la prescription généralisée de psychostimulants. Cette position ne constitue pourtant aucunement une remise en cause de la nécessité d'une prise en charge multimodale des symptômes. Un consensus semble néanmoins se dégager actuellement autour d'une approche globale de l'enfant hyperactif, associant si nécessaire une prise en charge complexe comprenant dispositif psychothérapique, prescription pharmacologique et éventuellement paramédical. L'objectif principal devra être, à partir de l'évaluation pluridisciplinaire initiale, la mise en place d'une stratégie thérapeutique personnalisée prenant en compte la spécificité de la symptomatologie, son retentissement sur la qualité de vie objective (observée par l'entourage) et subjective (exprimée par l'enfant) replacée dans l'organisation psychologique du sujet.

Dans cette partie, nous exposerons les principaux axes thérapeutiques actuellement proposés dans la thérapie de l'enfant hyperactif, leurs intérêts et limites respectifs.

I. Informer l'enfant et la famille :

Le traitement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité est un traitement pluriel et l'enfant doit être pris en charge dans sa globalité. La première étape de cette prise en charge est l'information sur le trouble à l'enfant lui-même et à sa famille.

Les enfants TDA/H se disent assez tôt qu'ils ont quelque chose de « différent », sans toujours l'exprimer ouvertement. Cette perception semble se former vers la fin de l'école maternelle ou le CP. L'idée germe également dans l'esprit des enfants vivant à leur contact. Ses frères et sœurs, ses amis le remarquent lorsqu'ils jouent avec lui, ou quand les parents lui donnent une consigne, ou encore, pendant le travail scolaire. Ils notent aussi l'attention particulière des adultes à son égard, attention positive (ils lui consacrent du temps, par la force des choses) ou négative (réprimandes et punitions). Paradoxalement, un souci supplémentaire émerge dans la fratrie, le sentiment de jalousie du fait de cette attention particulière pour l'enfant hyperactif au détriment souvent des autres frères et sœurs.

Toutes ces raisons favorisent les difficultés relationnelles qui grandissent entre l'enfant TDA/H et ses pairs, conduisant tôt ou tard à l'isolement et au rejet. Les parents, mais aussi les enseignants et tous ceux ayant une responsabilité éducative, se doivent d'être vigilants et

d'essayer de remédier à ces difficultés relationnelles. Pour cela, il faut aborder avec l'enfant TDA/H cette « différence », en restant à sa portée, et avec des termes qu'il comprend. Un enfant éprouve un grand soulagement de voir un adulte reconnaître ses difficultés et lui en parler de façon concrète. Il est important de le faire aussi avec ses pairs afin de désamorcer les manifestations de jalousie. Mais comment y parvenir sans désigner l'enfant hyperactif comme un être à part ? Ce n'est pas un extra-terrestre, même s'il a souvent l'air de « tomber de la lune » !

Cela nécessite de faire une pédagogie de la diversité auprès des enfants, avec des termes simples et non médicaux, en leur expliquant les multiples différences les distinguant les uns des autres. Dans toutes les communautés (la famille, l'école, les centres de loisirs, les clubs sportifs, etc.), c'est aux adultes d'expliquer les innombrables particularités nous distinguant les uns des autres, pour apprendre aux enfants à se respecter entre eux.

Confrontés à la nécessité de mettre en mots les difficultés de leur enfant, les parents hésitent à en appeler à une « maladie », ou à un syndrome affublé d'un nom à rallonge que personne n'utilise dans la vie courante, « le trouble déficit de l'attention/hyperactivité ». Beaucoup décident, à raison, de recourir aux images affectueuses, poétiques ou drôles, de la langue française. L'humour a des vertus thérapeutiques. « Jean de la Lune » ou « Zébulon » valent mieux que « déficitaire de l'attention » ou « hyperkinétique ».

Les historiettes, adaptées à la maturité de l'enfant, sont précieuses. Dans « Herman, la merveilleuse histoire d'un petit garçon hyperactif », les auteurs dessinent un enfant de 6 ans ayant « accroché dans le dos un immense moteur qui tourne tout le temps à plein régime ». L'enfant, mû par un moteur, est une image usuelle pour un enfant turbulent. Herman se voit expliquer que les autres enfants ont aussi un moteur, mais plus petit, et qu'ils trouvent plus facilement la clé pour l'arrêter.

Inutile d'inquiéter l'enfant, ni de lui proposer une image dévalorisée de lui-même, en parlant de « maladie » ou de « handicap ». Mais, il est primordial, pour qu'il puisse se construire sereinement, de lui expliquer clairement les choses, la cause et la finalité des événements, à travers des images concrètes et accessibles pour son âge.

II. Les différentes stratégies thérapeutiques :

En fonction de l'évaluation réalisée, le pédopsychiatre pourra proposer différentes stratégies thérapeutiques, comme :

- La mise en place d'un traitement médicamenteux
- Une psychothérapie individuelle
- Une rééducation orthophonique pour le langage oral et/ou écrit
- Une rééducation psychomotrice
- Des interventions pédagogiques pour la famille et l'école,
- Une prise en charge des parents.

Cette approche plurielle est nécessaire car l'enfant hyperactif présente des difficultés qui peuvent toucher de nombreux domaines de fonctionnement, son comportement, ses émotions, son environnement scolaire, social et familial.

Comme dans d'autres maladies chroniques, il est indispensable que l'enfant et ses parents comprennent la nature du trouble, son impact sur les étapes du développement, les techniques de traitement et leurs cibles. En étant informés et en ayant un rôle actif, l'enfant et ses parents adhéreront plus efficacement au programme thérapeutique.

Il est également important qu'une stratégie spécifique soit adaptée à chaque enfant, en tenant compte notamment de l'âge, de la sévérité des manifestations, de la présence d'autres troubles et des répercussions sur le fonctionnement familial. C'est l'enfant dans sa globalité qui doit être pris en charge dans son environnement. Chaque technique agit sur un domaine de fonctionnement différent. Nous évoquerons ici les principes du traitement pharmacologique et ceux des autres types de prise en charge.

Mais, quel que soit le type d'intervention utilisé, il est essentiel de prendre en compte l'impact de l'hyperactivité et des troubles associés sur l'enfant et sa famille.

A. Prise en charge pharmacothérapique :

1) La Ritaline :

Dans la prise en charge de l'hyperactivité, la place de la prescription – nécessairement effectuée par le médecin – a fait l'objet de débats passionnés. Actuellement, il paraîtrait peu raisonnable de défendre des positions radicales rejetant en bloc toute idée de prise en charge pharmacothérapique de l'hyperactivité. Tout aussi extrême serait une position affirmant la nécessité d'une prescription dans chaque cas. Dans ce contexte, la place de la prescription dans la prise en charge de l'hyperactivité doit s'inscrire dans une approche multimodale du trouble et faire suite à une évaluation fine de l'enfant hyperactif dans sa globalité. Nous présenterons d'abord le principal traitement disponible en France, puis nous évoquerons brièvement d'autres traitements possibles, tels que les antidépresseurs.

Au sein de la chimiothérapie de l'hyperactivité, le psychostimulant reste le traitement de choix. Malheureusement, comme c'est d'ailleurs le cas dans la prise en charge des troubles mentaux, ce traitement est uniquement suspensif du trouble c'est-à-dire qu'il diminue voire supprime les symptômes mais ne guérit pas l'enfant de manière définitive. Cela explique que dans les cas où l'enfant oublie de prendre son traitement, les symptômes comportementaux et l'instabilité réapparaissent rapidement, ce que ne manque pas de remarquer l'entourage ou l'école.

Le seul psychostimulant autorisé à la prescription en France dans le cadre de l'hyperactivité est le méthylphénidate (plus connu sous le nom de Ritaline®). Ce n'est pas un tranquillisant mais un traitement qui stimule la vigilance. Schématiquement, ce traitement permet un rétablissement de l'hypofonctionnement dopaminergique et noradrénergique existant. Il réduit les principaux symptômes du trouble, améliore l'image de soi de l'enfant (comme par exemple l'estime qu'il a de lui, sa confiance en lui etc.) ainsi que les relations avec les autres. De plus, sa prise régulière permet la mise en place des autres interventions thérapeutiques. Aussi, il est nécessaire que les parents et l'enfant comprennent les enjeux de cette prescription.

Sa prescription est une étape essentielle dans la prise en charge de l'enfant hyperactif. Ce traitement s'adresse aux formes moyennes à sévères, dès lors qu'existe un retentissement social, familial et/ou scolaire du trouble. Le dosage adapté de ce psychostimulant est essentiel pour en voir l'efficacité. L'objectif de la prise en charge est non seulement le court terme mais aussi le long terme : améliorer le fonctionnement adaptatif et la qualité de vie des familles. La limite du méthylphénidate réside dans son effet purement symptomatique, palliatif et ponctuel, c'est pourquoi les approches non médicamenteuses restent indispensables.

Au niveau cérébral, trois zones voisines contrôlent l'hyperactivité, la distractibilité et l'impulsivité. Leur fonctionnement dépend de la concentration de deux neurotransmetteurs, la dopamine et la noradrénaline, qui sont en quantité insuffisante chez l'enfant hyperactif. Le psychostimulant agit en augmentant les taux de ces neurotransmetteurs, permettant alors au système de fonctionner normalement.

L'activité motrice chez tous les enfants résulte d'un équilibre entre une zone stimulante et une zone freinatrice. Chez l'enfant hyperactif, le fonctionnement du frein serait peu efficace, conduisant à une hyperactivité. Lorsque le taux de neurotransmetteur atteint un niveau normal, le frein peut alors fonctionner efficacement, et l'hyperactivité diminue.

L'enfant hyperactif a des difficultés à soutenir son attention. Lorsque les stimuli provenant de l'environnement parviennent au cerveau, ils passent à travers un système de filtre permettant de ne sélectionner que les informations importantes, qui vont alors atteindre le cortex. Chez l'enfant hyperactif, il n'y a pas de sélectivité de l'information, le fonctionnement du filtre serait inefficace. La voix du professeur, le bruit de la gomme qui tombe ou celui des enfants dans la cour arrivent au « même niveau » dans le cerveau de l'enfant hyperactif. Il n'arrive pas à « trier » les informations pour se concentrer sur le cours de l'enseignant. L'altération du fonctionnement du filtre serait liée à la diminution de ces mêmes neurotransmetteurs. Ce filtre semble localisé dans la même région que le système de contrôle de l'activité motrice, expliquant que la distractibilité et l'hyperactivité sont deux symptômes associés.

Le même modèle expliqué de manière certes simpliste mais utile peut s'appliquer à l'impulsivité qui serait liée à un court-circuit du traitement de l'information. Ainsi de la même manière, lorsque l'enfant a des difficultés à attendre son tour, qu'il interrompt les autres ou qu'il coupe la parole, on peut attribuer ces comportements à un dysfonctionnement du « frein » mais aussi du « filtre attentionnel ».

Le traitement agit 20 à 30 minutes après la prise pour une durée de 4 heures environ pour la molécule à libération immédiate, la Ritaline ; cela peut impliquer plusieurs prises par jour. Deux molécules à libération prolongée (Concerta® LP et Ritaline® LP) ont des durées d'action respectivement de 12 à 8 heures environ.

Concernant les effets secondaires possibles, on peut dire que le méthylphénidate comporte peu d'effets secondaires. A l'heure actuelle, il s'agit du psychotrope le mieux étudié chez l'enfant, l'un des plus efficaces à court et moyen terme et l'un des mieux tolérés. Les principales critiques formulées à l'encontre de son utilisation n'ont pas trouvé pour le moment de confirmation évidente dans les travaux effectués. Parmi celles-ci, on peut trouver un risque de survenue de manifestations psychotiques ; un risque de retard de croissance ou un potentiel addictif et prédisposition à une utilisation toxicomaniaque du produit. Cependant, les effets secondaires les plus fréquemment observés sont une insomnie d'endormissement, une diminution de l'appétit avec ou sans perte de poids, une irritabilité, des douleurs abdominales et des céphalées. Ils sont le plus souvent précoces, transitoires et bénins, ne nécessitant pas l'arrêt du traitement. D'autres effets secondaires sont rares, généralement proportionnels à la dose et régressifs à la diminution ou à l'arrêt du traitement.

Etant donné la présence d'effets secondaires possibles, les conditions de prescription et de délivrance du méthylphénidate sont très réglementées et encadrées de par, entre autre, son inscription sur la liste de stupéfiants. La prescription initiale doit être hospitalière, réservée aux services spécialisés de neurologie, pédiatrie et psychiatrie. Cette prescription est réalisée sur une ordonnance sécurisée ; elle a une validité d'une année. Le renouvellement des ordonnances peut être réalisé par tout docteur en médecine pour une durée de 28 jours sur ordonnancier sécurisé, sans modification de la posologie indiquée sur la prescription initiale hospitalière. La délivrance se fait en pharmacie d'officine sur présentation de la prescription hospitalière ou de la prescription d'un autre médecin accompagnée de la prescription initiale hospitalière datant de moins d'une année.

Cet ensemble de règles vise à garantir une utilisation réfléchie, responsable et encadrée par les spécialistes, d'un médicament psychotrope dont les effets sur la qualité de vie de l'enfant sont indéniables. Les études effectuées sur son efficacité montrent une amélioration significative dans 70% des cas de la symptomatologie comportementale, avec semble-t-il peu d'effets secondaires.

Il est conseillé d'interrompre le traitement au moins une fois par an si possible lors des grandes vacances d'été. Cette interruption peut être plus courte, par exemple si l'enfant doit participer à des activités de groupe (colonies de vacances, centres aérés...).

La durée du traitement ne peut être établie au début de traitement. En règle générale, si la coopération de l'enfant et de sa famille ainsi que la tolérance du médicament sont bonnes, le traitement sera poursuivi tant que les symptômes ont un retentissement scolaire, social ou familial.

Le méthylphénidate n'est pas prescrit en France avant l'âge de 6 ans. Il arrive cependant dans certaines situations (menace d'exclusion en maternelle par exemple) que l'on soit amené à proposer un traitement par psychostimulant plus tôt. Il est alors nécessaire de réaliser très rapidement un bilan avant la mise en route du traitement : consultations spécialisées en neuro-pédiatrie, électro-encéphalogramme, voire imagerie cérébrale. Les effets de la tolérance du traitement paraissent identiques à ceux de l'enfant plus âgé.

2) Autres traitements pharmacologiques :

D'autres types de traitements ont fait l'objet de tentatives plus ou moins concluantes. Parmi ceux-ci, seuls les antidépresseurs semblent présenter des effets parfois bénéfiques sur

l'hyperactivité. Ils apparaissent d'ailleurs plus comme un élément complémentaire de la prise en charge dans le cas où il existe un trouble dépressif majeur associé à l'hyperactivité chez certains enfants. Dans d'autres cas, l'efficacité de l'antidépresseur peut découler de ses effets sur un authentique syndrome dépressif que les comportements hyperactifs masquaient opportunément. Cependant, il est recommandé de rester très prudents dans les conclusions psychopathologiques à tirer de ces différents éléments, et également par rapport aux conclusions trop rapidement tirées sur les relations entre dépression et hyperactivité, qui tenteraient de justifier la prescription inutile de ce type de traitement.

Si l'enfant n'a pas répondu au méthylphénidate, ou s'il a présenté des effets secondaires importants, certains traitements sont des alternatives aux psychostimulants. Mais ces molécules sont soit encore en développement, soit non disponibles en France.

Egalement si une autre pathologie est associée, en particulier un trouble des conduites, ou si la dimension d'impulsivité est majeure, on peut utiliser des thymorégulateurs (molécules habituellement prescrites dans les troubles de l'humeur), qui ne sont pas des traitements de l'hyperactivité.

B. Prise en charge psychothérapique :

La prise en charge individuelle de l'enfant en psychothérapie est indispensable avec la mise en place du traitement médicamenteux. Il s'agit d'une thérapie par des moyens psychiques, fondée généralement sur la relation établie entre le thérapeute et le patient. En fonction du type de thérapie, les séances sont de fréquence et de durée variables. Elles doivent être réalisées par des psychiatres ou par des psychologues formés à la clinique de l'enfant et de l'adolescent et à l'hyperactivité.

Celle-ci peut prendre différentes formes :

- Les consultations avec le pédopsychiatre ont une place fondamentale ; elles constituent la première psychothérapie. En début de traitement, les séances sont rapprochées et ont lieu plusieurs fois par mois. Il y a souvent un temps avec l'enfant et un temps avec les parents.
- Une thérapie cognitive et comportementale permet d'agir sur les différentes dimensions du trouble. Elle utilise diverses techniques comme des techniques d'entraînement aux habiletés sociales, d'apprentissage de stratégies d'autocontrôle, de résolution de problèmes.
- Une psychothérapie d'inspiration psychanalytique permet, de par son approche psychodynamique, d'aborder la psychopathologie de l'agressivité, les difficultés d'adaptation et

d'ajustement de l'environnement de ces enfants, ainsi que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur associés. Elle peut parfois se révéler difficile par le manque d'introspection avec peu d'élaboration psychologique (les enfants pouvant ne pas se plaindre de leurs difficultés).

- Une psychothérapie de l'un des parents, du couple ou de la famille associée à la prise en charge individuelle de l'enfant peut être proposée, lorsque le retentissement du trouble est tel que l'ensemble des interactions familiales est bouleversé.

C. Les rééducations :

Beaucoup d'enfants TDA/H présentent des troubles co-morbides, relevant d'une prise en charge spécialisée. Ce sont fréquemment des difficultés d'acquisition du langage écrit ou de la coordination motrice, nécessitant l'intervention de spécialistes, orthophoniste, psychomotricien(ne), pour faire un bilan et assurer une rééducation.

Ces différents types de rééducation doivent s'adapter aux caractéristiques comportementales et cognitives de l'enfant hyperactif. Cependant, il est nécessaire, lors de ces prises en charge, de structurer les séances, d'adapter le matériel et le temps de travail, de proposer des stratégies afin de pallier certains troubles et d'utiliser des renforcements.

1) Rééducation psychomotrice :

Les psychomotriciens interviennent dans le bilan et la rééducation des troubles spécifiques variés, parfois mais pas toujours associés au TDA/H, comme ceux de la coordination motrice générale, de la motricité fine, ou les difficultés d'orientation spatiale. Il leur revient également d'apporter une aide aux enfants TDA/H indemnes de telles difficultés spécifiques. En effet, ils pratiquent et peuvent proposer diverses techniques favorisant le contrôle de la motricité et de l'attention chez l'enfant : par exemple, le développement du langage intérieur, de l'attention visuelle, des capacités d'inhibition, voire l'utilisation de la relaxation. Elle permet de donner des moyens à l'enfant de comprendre et d'intégrer les mécanismes de contrôle du comportement. Elle s'appuie sur différentes techniques comme :

- L'auto-instruction : l'enfant hyperactif prend des décisions avant de prendre en compte toutes les informations existantes. En rééducation, l'adulte donne des instructions à l'enfant pour l'aider à réguler son comportement ; dans un second temps l'enfant intériorise les instructions pour contrôler lui-même son comportement.
- L'entraînement perceptif : l'enfant hyperactif regarde moins longtemps et repère moins les détails ; la prise d'informations est améliorée en lui apprenant des techniques d'exploration du

champ perceptif (comme explorer l'ensemble d'une figure au lieu de se fixer sur quelques détails).

- La gestion des capacités d'inhibition : l'enfant hyperactif a des difficultés à s'arrêter, à recommencer ou à s'empêcher de faire. En rééducation, on travaille sur la capacité à ne pas faire ou faire le contraire de ce qui est demandé...

2) Rééducation orthophonique :

Les orthophonistes jouent, certaines fois, un rôle précieux dans le dépistage du TDA/H, particulièrement dans les formes où l'agitation est peu marquée. Ils reçoivent de nombreux enfants adressés pour des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe. Ils sont bien placés pour repérer au fil des séances, et parfois dès le bilan initial, les difficultés d'attention affectant certains d'entre eux.

En règle générale, les troubles du langage oral et écrit sont fréquents chez l'enfant hyperactif. La rééducation va s'intéresser à l'attention. L'enfant inattentif ne prend pas en compte les informations visuelles et auditives nécessaires pour effectuer correctement son travail, il se trompe en recopiant, n'a pas ses affaires pour faire ses devoirs...

Les différents exercices vont concerner l'attention visuelle et auditive, par exemple trouver la différence entre deux dessins, retrouver un détail sur un dessin, le jeu du Memory... Un travail peut aussi être réalisé pour apprendre à mieux communiquer avec les autres, à respecter son tour de parole sans la couper, à apprendre à terminer ses phrases.

Pour l'écriture, s'il existe une dyslexie et/ou une dysorthographe, l'orthophoniste travaillera l'autonomisation de certaines compétences, comme le balayage visuel en cachant des mots, et sur des stratégies d'anticipation, par exemple en lisant à l'envers pour renforcer l'image mentale des mots. Il est aussi important d'améliorer l'attention visuelles avec des tâches de repérage visuel, il s'agit de reconnaître des signes diversement orientés ou ne différant que par un détail avec ou sans distracteurs. L'enfant peut aussi essayer d'augmenter l'ensemble des lettres perçues lors de l'examen d'un document. Ces stratégies ont pour but de diminuer les erreurs visuo-attentionnelles comme les sauts de lignes, de mots ou de lettres.

D. Associer les traitements :

La prise en charge d'un enfant hyperactif ne peut se résumer à la prescription d'un médicament. Une stratégie multimodale est nécessaire. Aucun traitement médicamenteux ou

psychothérapeutique n'a de valeur curative et ne peut à lui seul être totalement adéquat pour s'adresser à toutes les difficultés que l'enfant hyperactif est susceptible de présenter.

L'enjeu de toute prise en charge est, d'une part, d'atténuer les symptômes de façon significative, d'autre part, d'améliorer au long terme le fonctionnement adaptatif, social, émotionnel et scolaire de l'enfant, ainsi que la qualité de vie de la famille.

La prise en charge doit être globale mais adaptée à chaque cas et comprendre une information sur le trouble, une prise en charge psychothérapeutique individuelle, en cas d'hyperactivité sévère, un traitement en psychostimulant, en cas de troubles des apprentissages associés, une rééducation et enfin des interventions spécifiques de la famille et de l'école (cf chapitre suivant).

CHAPITRE 6 : L'enfant hyperactif au quotidien et à l'école

I. L'enfant hyperactif au quotidien :

Etre parent d'enfant hyperactif est difficile, parfois douloureux. Vivre au contact d'un enfant TDA/H, et l'éduquer, n'est pas une chose simple. Autant que la sévérité des symptômes, leurs caractères épuisent les parents et les démoralisent. Un enfant très turbulent, impulsif et distrait exerce une grande pression dans les rapports familiaux. Beaucoup de questions viennent alors enliser petit à petit cette vie de famille. Des relations tendues gouvernent alors la famille, marquées de part et d'autres par l'acrimonie et le ressentiment. Souvent, les familles réduisent leur vie sociale, n'osant plus sortir avec leur enfant ni répondre aux invitations, par peur du regard des autres peu charitable la plupart du temps.

C'est pourquoi il existe des aides à ces parents souvent désarmés, découragés, voire à la limite de la dépression. Ces derniers ont besoin de réapprendre à contrôler de façon efficace le comportement de leur enfant. Il est aisé de leur demander d'être plus tolérants face à l'agitation, mais il n'est pas facile de vivre avec un enfant qui est sans cesse en mouvement. On leur demande d'être cohérents, d'établir des règles de vie quotidienne stables, mais toutes ces suggestions sont difficiles à mettre en application. Par conséquent, certains spécialistes proposent de l'aide soit sous forme de sessions de traitement en individuel ou en groupe de parents, selon des techniques inspirées des programmes comportementaux mis au point aux Etats-Unis par BARKLEY, soit sous forme de consultations plus souples dites de « guidance parentale ».

Cependant, avant de proposer aux parents une aide adaptée aux difficultés de la famille, le clinicien doit d'abord écouter leurs plaintes. L'enfant est souvent décrit comme dominateur. Le père et la mère ont fréquemment des avis contradictoires concernant l'attitude à adopter. Sans s'en rendre compte, ils renforcent certains comportements inadaptés de leur enfant. Toute la famille souffre de ce dysfonctionnement, y compris les frères et sœurs qui comprennent que la façon d'attirer l'attention de leurs parents ou d'obtenir ce qu'ils veulent est de « mal » se comporter. Ce dysfonctionnement familial, quelle qu'en soit la cause, peut être corrigé. Les parents doivent reprendre le contrôle de la situation. L'enfant hyperactif a besoin de sentir qu'il est contrôlé et l'amélioration du comportement de ce dernier s'accompagnera d'une modification des relations de l'enfant avec ses parents et d'une amélioration de l'image qu'ils ont de leur enfant.

Les aides proposées, quelles qu'elles soient, ne sont ni des « recettes magiques » ni un guide de conseils éducatifs mais plutôt une psychothérapie qui doit amener les parents à modifier leurs pensées et leurs émotions concernant leur enfant, et en conséquence leur fonctionnement relationnel et comportemental. Ces psychothérapies n'ont pas l'objectif, ni la capacité, de guérir le trouble. Leur projet est d'aider les parents à mieux comprendre le fonctionnement complexe de leur enfant et à mettre en place les stratégies qui permettront, à long terme, un meilleur fonctionnement et une meilleure qualité de vie de la famille.

Ces aides permettent d'améliorer la qualité de la relation parents-enfants, l'image que l'enfant a de lui-même, l'image que les parents ont d'eux-mêmes ainsi que le fonctionnement du couple et de la famille. Ensuite, elles apportent aux parents un sentiment accru de leur compétence parentale, l'acquisition de nouvelles réponses plus adaptées aux difficultés de l'enfant. Enfin, l'intensité des manifestations et les répercussions du comportement de l'enfant au sein de sa famille diminuent.

II. L'enfant hyperactif à l'école :

La collaboration avec l'école est primordiale et doit être préservée à tout prix, c'est un gage de réussite de la prise en charge de l'enfant qui passe à l'école une grande partie de sa journée. L'école se situe au centre du dispositif thérapeutique et doit rester un lien avec tous les intervenants : soignants, parents et enfants, ce qui permet une cohérence dans les attitudes.

Certains enseignants ne connaissent peu ou pas du tout l'hyperactivité, suspectent les parents d'être de mauvais parents, et sont parfois opposés de façon dogmatique aux traitements médicamenteux. Il est donc primordial de les informer ainsi que les équipes enseignantes de l'hyperactivité de l'enfant. Certains établissements scolaires organisent des conférences faites par des spécialistes pour les parents et les enseignants ; c'est un pas important vers la reconnaissance du trouble dans le monde scolaire, même si ces informations ne sont pas toujours bien reçues. Le but premier est de leur faire comprendre que l'enfant hyperactif ne fait pas exprès de perturber la classe et d'avoir des résultats scolaires laborieux. Il convient d'expliquer seulement les caractéristiques de ces enfants et les aménagements qui pourront être réalisés afin de les aider au quotidien mais aussi d'améliorer le bon déroulement de la classe.

En dépit de son intelligence, l'enfant hyperactif a plus de difficultés scolaires que les autres. La distractibilité, l'impulsivité et l'hyperactivité sont les trois grands domaines rendant les apprentissages difficiles pour ces enfants.

- La distractibilité : l'enfant hyperactif semble ne pas écouter ou ne pas entendre ce que dit l'enseignant. Il est décrit comme « rêveur », dans son monde. Il est distrait par le moindre stimulus. Dès qu'il doit accomplir une tâche un peu longue, particulièrement si elle est monotone, il est incapable de se concentrer suffisamment longtemps. Les tâches écrites qui nécessitent qu'il reste assis sont celles qu'il a le plus de difficultés à terminer. A l'oral, lorsque l'on attend de lui une réponse individuelle, il peut être plus attentif que lors d'un travail écrit.
- L'impulsivité : il agit avant de penser. Cela se traduit en classe par des interventions intempestives, il lève le doigt sans cesse, n'attend pas que l'enseignant lui donne la parole, interrompt le cours pour donner son point de vue. Il a également des difficultés à attendre une récompense si celle-ci n'est pas immédiate, à travailler pour un résultat qui ne soit pas à court terme.
- L'hyperactivité : il a des difficultés à maintenir son attention, à contrôler son impulsivité mais aussi son degré d'activité. L'agitation est désorganisée, elle n'est pas dirigée vers un but. L'enfant hyperactif n'arrive pas à réprimer son besoin de bouger constamment tout en accomplissant une tâche. Il change de position, joue avec ses crayons, se lève pendant les devoirs, se tortille, se balance, touche à tous les objets qui sont sur son bureau. Il s'engage souvent dans des activités inadaptées à un moment précis. Il parle beaucoup, fait du bruit pendant les activités calmes, ce qui est dérangeant pour la classe.

Si on n'y prend pas garde, si l'enfant n'est pas reconnu comme hyperactif et s'il n'y a pas une bonne collaboration entre l'école, la famille et les parents, la scolarité peut être compromise.

Les caractéristiques comportementales et cognitives des enfants hyperactifs sont globalement peu compatibles avec les exigences scolaires. Le rôle de l'enseignant est primordial dans la réussite de l'intégration de l'enfant au sein de la classe et dans l'accès aux apprentissages. Il n'existe pas de méthode pédagogique propre à ces enfants, justifiant que des classes spéciales leur soient réservées. Ces derniers nécessitent les mêmes méthodes d'enseignement que tous les autres, au prix d'adaptations indispensables. A condition que leurs particularités soient reconnues, et que les moyens matériels et humains soient là, ainsi que l'ambition et l'imagination !

Au-delà, l'action quotidienne des médecins, des infirmiers, des psychologues et des éducateurs scolaires est requise pour aider autant les enfants et les parents concernées que les enseignants, à mettre en place toutes les mesures utiles.

Les médecins scolaires jouent un rôle crucial car leur fonction les place à l'articulation entre l'aspect médical de la prise en charge et l'aspect éducatif propre aux institutions scolaires. Ils aident les enfants en difficulté, et leurs parents, à s'orienter vers des structures appropriées de diagnostic et de soins. Ils assurent ensuite le lien entre l'école et ces dernières. Les infirmières et les psychologues scolaires ont un rôle similaire à jouer : concourir au dépistage des enfants TDA/H dans les écoles et aux soins.

Un grand rôle devrait incomber aux éducateurs dans les écoles. Les récréations sont des lieux et des moments de socialisation qui posent plusieurs problèmes à l'enfant TDA/H. Elles peuvent, malheureusement, être pour lui symbole de punition. Pourtant, il est quelque peu injuste de supprimer le moment de détente d'un enfant que ses difficultés attentionnelles ralentissent. Pour certains enfants TDA/H, c'est le moment qu'ils préfèrent à l'école, car ils peuvent entretenir des relations correctes avec leurs pairs, souvent dans le rôle de clown et de boute-en-train ou bien dans un rôle de « leader » accompagnant une réputation d'indiscipline dont ils ne peuvent se défaire. Mais une proportion importante de ces enfants sont, au contraire, dans une situation bien différente et vivent alors des moments difficiles, avec des vexations et des moqueries de leurs camarades. En proie au rejet, ils deviennent boucs émissaires ou souffre-douleur selon les circonstances. En effet, leurs difficultés comportementales (agressivité, mauvaise estime de soi...) se répercutent sur leurs relations interpersonnelles. Ils sont souvent rejetés par leurs pairs et ont du mal à établir des relations amicales. Ils sont difficilement acceptés dans les jeux par les autres enfants et se retrouvent socialement isolés. Dans les activités de groupe, leur impulsivité les amène à intervenir dans les jeux collectifs sans attendre leur tour, sans respecter les règles établies, à s'immiscer dans les conversations d'un groupe sans qu'on le leur demande. Elle entraîne, aussi, rapidement une certaine agressivité. Ils sont alors souvent brutaux et coléreux, et dès lors, rejetés par leurs pairs. Ceux-là sont généralement les plus malheureux à l'école, car ils cumulent ces difficultés avec celles qu'ils rencontrent en classe. Par conséquent, la récréation, qui est un temps de la vie scolaire, pourrait devenir le moment privilégié d'interventions pour l'éducateur. Dans l'intérêt des enfants hyperactifs, il serait souhaitable qu'à l'avenir le rôle d'éducateurs scolaires soit davantage développé auprès de ces enfants afin qu'ils puissent proposer des activités structurées, en plein air ou en salle ; et que des lieux calmes et surveillés soient réservés aux enfants qui ont un besoin de se reposer.

Ainsi, les récréations pourraient devenir un moment où les enfants TDA/H guidés par les éducateurs acquièrent de nouvelles « habiletés sociales », au contact des autres, afin de rompre l'isolement dans lequel certains s'enfoncent peu à peu.

De plus, les rencontres avec les partenaires éducatifs et enseignants sont très importantes, des entretiens de travail pour mieux comprendre les particularités de l'enfant instable dans les grands milieux de vie (groupes extra-scolaires, école, voisinage) sont fréquents et indispensables : c'est à ce prix que l'enfant sera mieux compris et que les adultes pourront recouvrer une confiance en l'enfant et en eux-mêmes dans la suite de leur travail. Les enseignants ont très souvent besoin de disposer d'un espace de parole et d'explicitation de ce qui est vécu par eux-mêmes et par le groupe classe confronté à des distorsions parfois importantes liées à la présence de l'enfant hyperactif.

CONCLUSION

La compréhension des difficultés de l'enfant par les familles et les enseignants est un des fondements du projet thérapeutique de chaque équipe soignante auprès de ces enfants hyperactifs. Aider l'enfant, c'est d'abord lui offrir les moyens d'une meilleure adaptation à son quotidien, source de son épanouissement. L'hyperactivité, par sa dimension comportementale bruyante, apparaît comme un trouble souvent très mal supporté par les familles et stigmatisé par la société. Le regard porté sur ce trouble est dévalorisant car il interprète faussement les attitudes et les conduites, sans comprendre que l'enfant n'est pas maître de ses comportements et que ce que l'on observe ne résulte pas de sa volonté consciente. Cette perception négative met en cause les fondements mêmes de son identité psychologiques. Elle favorise la mise en place d'une représentation de lui-même très négative et une image très dévalorisée de ses compétences, ce qui peut avoir comme conséquences d'augmenter ses difficultés et d'aggraver l'évolution de son trouble.

L'enjeu est aujourd'hui de changer notre regard sur ces enfants car ce trouble n'a pas que des conséquences néfastes. Ainsi, leur immédiateté, leur distractibilité leur donnent parfois une surprenante capacité de réactivité à l'environnement, elles les rendent très compétents dans des situations où la rapidité de leurs réactions est sollicitée. De la même manière, leurs difficultés à extraire de façon abstraite des normes sociales ou culturelles leur permettent de faire certains liens entre événements et perceptions, qu'un esprit dépendant des règles aurait du mal à faire, ce qui génère chez ces enfants une créativité parfois exceptionnelle.

Les stratégies d'aide et de soins doivent savoir valoriser l'originalité et la créativité, et accompagner les enfants dans des stratégies d'apprentissage inhabituelles.

« L'hyperactivité n'est pas une malédiction, et l'avenir de l'enfant hyperactif n'est pas sombre si vous êtes avec lui. » F. JOLY [19]

DEUXIEME PARTIE

La dysphasie

GERARD:

*« La dysphasie n'est autre que l'histoire malheureuse des rapports d'un enfant
avec son langage. »*

I. Définition :

Le terme « dysphasie » a connu en France un succès tardif mais comparable à celui de « dyslexie ». Cependant, même si depuis quelques années, les interrogations portant sur la dysphasie se sont élargies et enrichies, les recherches n'ont pas encore abouti à une conception unitaire des dysphasies.

Actuellement, la dysphasie se définit comme étant un *trouble développemental grave se manifestant par une structure déviante, lente et dysharmonieuse de la parole et du langage oral, au versant de l'expression et/ou de la compréhension, ainsi que par des difficultés de manipulation du code entraînant des altérations durables dans l'organisation linguistique à différents niveaux (phonologique, lexical, syntaxique, morphosyntaxique, sémantique et/ou pragmatique)*. [17]

Ce trouble du langage persiste tout au long du développement de l'enfant. Par conséquent, la rééducation orthophonique ne peut être qu'adaptative à chaque enfant.

La première description de ce trouble du langage chez les enfants est l'œuvre de GALL en 1822. Il est le créateur de la définition par exclusion. Aujourd'hui, nous trouvons le plus souvent, dans la littérature, le terme de « dysphasie développementale » qui est une traduction anglaise d'après la définition de RAPIN et ALLEN (1983).

En 1948, la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) considère la dysphasie comme étant un « trouble mental et/ou du comportement avec un trouble du développement psychique incluant un trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation, un trouble de l'acquisition du langage de type expressif et un trouble de l'acquisition du langage de type réceptif ».

En 1975, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la dysphasie comme étant « *un ensemble de syndromes caractérisé par une difficulté ou une impossibilité à acquérir un langage normal à un âge donné et cela malgré une audition normale, une intelligence non verbale normale et une absence d'anomalies intéressant les organes phonateurs* ».

En 1994, la classification internationale du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) parle de dysphasie comme « un trouble de la communication diagnostiqué pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence avec un trouble phonologique, un trouble du langage de type expressif et un trouble du langage de type mixte réceptif-expressif ».

Autant d'auteurs que de définitions de la dysphasie. Ces enfants dysphasiques continuent de poser toute une série de questions cliniques, étiologiques et diagnostiques.

C'est pour cela qu'il est fondamental de garder une ouverture d'esprit suffisante à des approches théoriques différentes qui, au demeurant, ne s'excluent pas forcément.

A. Définition par exclusion :

Jusqu'à présent, les enfants dysphasiques constituent un groupe « à part » que les spécialistes isolent d'autres enfants qui présentent aussi des troubles importants de la communication et du langage par un procédé d'élimination puisque nous ne pouvons le faire par l'identification de l'étiologie de leur syndrome.

La plupart des auteurs partent d'une définition par exclusion. Ainsi, GERARD (1991) propose une définition de la dysphasie qui se veut être une synthèse de la littérature américaine. Il s'agirait donc d'un déficit grave et durable du développement de la production et/ou de la compréhension de la parole et du langage, **en l'absence d'autres dyscapacités** susceptibles de rendre compte de ces difficultés. Ainsi, cette définition exclut un déficit auditif, une malformation des organes phonatoires, une insuffisance intellectuelle, une lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, un trouble envahissant du développement, ou encore une carence affective ou éducative.

Il définit donc la dysphasie par « l'existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge » [GERARD, 17].

Néanmoins, ce diagnostic par exclusion a souvent été remis en cause. Cette définition pose certains problèmes en pratique. En effet, il a été montré chez des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC), qu'en dehors des troubles classiques de la parole, il existe des perturbations linguistiques analogues en tout point à celles que l'on rencontre chez des enfants dysphasiques [17]. Des faits similaires ont été observés chez des enfants déficients auditifs pouvant présenter des difficultés d'acquisition langagière « bien supérieures à celles de leurs condisciples qui partagent la même dyscapacité et ont reçu le même type d'éducation et d'aide spécialisées » [26].

Ce sont des considérations de ce genre qui ont amené certains auteurs comme MONFORT à nuancer la définition par exclusion. Pour lui, il est évident qu'une dysphasie chez un enfant sourd, IMC, ou déficient mental sera plus longue et plus difficile à diagnostiquer du fait de la superposition de nombreux symptômes mais elle n'est pas pour autant à négliger.

L'absence de « signes positifs de dysphasie » dans cette définition empêche de situer correctement la frontière entre la dysphasie et le simple retard de langage, trouble moins grave de l'acquisition du langage.

C'est pourquoi MONFORT et JUAREZ SANCHEZ proposent une réponse à ce problème de présence simultanée de dysphasie et dyscapacité. Ils différencient alors clairement le retard de langage et la dysphasie à travers la définition évolutive, qui précise la définition par exclusion tout en restant en parfaite cohérence avec elle.

B. Définition évolutive :

La définition par exclusion montrant ses limites, la première autre solution est alors de réserver la décision d'un quelconque diagnostic et d'observer l'évolution de l'enfant face aux diverses mesures éducatives et thérapeutiques qui vont lui être proposées.

La définition évolutive est fondée sur l'idée que le retard de langage chez l'enfant diminue avec le temps et offre de bons résultats à l'intervention langagière : « le déficit le plus important s'observerait entre trois et quatre ans et puis se réduirait progressivement ». A l'inverse, un enfant dysphasique ne progresserait que très lentement et la différence absolue en regard des normes de son âge tendrait plutôt à augmenter.

VAN HOUT, en 1989, rajoute également que chez ces enfants, la courbe d'évolution serait irrégulière, montrant des taux de croissance faible, des plafonnements précoces et ce, bien souvent tant pour les aspects expressifs que réceptifs du langage.

De même, BILLARD et Al., la même année, reconnaissent la persistance d'un déficit du langage oral malgré une thérapeutique parfois intensive.

LAUNAY a ainsi déclaré « une dysphasie est un retard de langage qui ne se récupère pas ».

GERARD reprend la métaphore faisant du langage une construction avec un cadre et un contenu, où l'on peut attribuer à la dysphasie l'atteinte du cadre linguistique et au retard simple l'atteinte du contenu. La dysphasie correspondrait ainsi à un trouble structurel et le retard serait davantage un trouble fonctionnel résultant d'un mauvais remplissage du cadre.

CHEVRIE-MULLER différencie, dans ce qu'elle appelle les troubles spécifiques du développement du langage (T.S.D.L.), le retard simple et la dysphasie en relevant trois facteurs communs à toutes les dysphasies : le caractère durable, la gravité et le critère de déviance, qu'on ne retrouve pas dans le retard simple.

Voici un classement permettant de différencier le retard simple et la dysphasie selon C. Chevrie-Muller :

Classement d'après Chevrie-Muller	Retard simple	Dysphasie
Evolution du langage oral et retentissement	- Transitoire - Rareté des retentissements sur le langage écrit	- Durable - Retentissement sur le langage écrit
Symptomatologie	- formes phonologiques pures (retard de parole) - - déficit phonologico-syntaxique (retard de langage)	- Les différentes formes
Physiopathologie	- Retard de maturation	- Déficit structurel ?

II. Classification des dysphasies :

L'hétérogénéité des compétences linguistiques observées chez les enfants dysphasiques, ainsi que les grandes difficultés éprouvées par les chercheurs à modéliser les manifestations de ce trouble, à infirmer ou à confirmer leurs hypothèses quant à son origine, ont conduit à de nombreuses tentatives de classifications.

Les dernières proposées plus récemment par différents auteurs se basent sur la symptomatologie des troubles du développement du langage, et non pas sur leur degré de gravité, même si à l'évidence certains syndromes sont plus graves que d'autres. La description de cette symptomatologie tente de mettre en évidence les aspects perturbés et ceux qui sont relativement bien développés dans le langage des enfants dysphasiques. Les auteurs s'accordent aussi sur la définition dite par exclusion de ces troubles. Mis à part les catégories élémentaires du DSM-IV, les plus utilisées actuellement sont celles de RAPIN et ALLEN en anglais et celles de GERARD en français. Nous allons donc les décrire brièvement, toutes deux ont de nombreux points communs même si la terminologie utilisée diffère quelque peu.

Cependant, il est important de rappeler qu'il s'agit de classifications symptomatologiques qui ne reflètent que le moment présent de l'enfant : celui-ci peut donc changer de sous-groupe au cours du temps.

A. La classification de Rapin et Allen :

RAPIN et ALLEN publient depuis de nombreuses années des études sur les troubles du développement du langage dans une perspective neuropsychologique. Elles tentent ainsi de rendre compte de l'hétérogénéité des Troubles du Développement du Langage (TDL), et d'en comprendre les dysfonctionnements. Nous retiendrons la classification de 1983 (revue par Rapin en 1996), qui comprend les sept syndromes suivants :

- **Le syndrome phonologique-syntaxique**

Il s'agit du syndrome le plus fréquent. La compréhension de ces enfants est meilleure que leur expression mais il s'agit souvent d'une compréhension plus cognitive et contextuelle que vraiment linguistique. Leur expression se caractérise par d'importantes difficultés de prononciation, les mots seront très déformés, et surtout on notera l'absence d'incorporation des mots-fonction et des traits morphologiques. On peut constater également des paraphrasies phonémiques et un manque du mot.

- **La dyspraxie verbale :**

Il s'agit d'un déficit de l'expression sans trouble de la compréhension. L'enfant présente d'énormes difficultés dans l'organisation articulatoire des phonèmes et des mots, même en répétition. La prosodie est également affectée. Les énoncés se limitent souvent à un seul mot et ces enfants sont difficilement intelligibles. Cependant, ayant une bonne compréhension, ils n'auront généralement aucune difficulté à rentrer dans le langage écrit.

- **L'agnosie auditivo-verbale**

Il s'agit d'un trouble massif de l'expression et de la compréhension avec des difficultés de décodage phonologique. Ces enfants ne comprennent pas le langage et leur expression est quasi nulle, même en répétition. Dans certains cas, ils peuvent présenter un jargon dans lequel nous reconnâtrons des marques intonatives et parfois quelques réponses approximatives. C'est une description assimilable à ce que l'on appelait jadis aphasie congénitale mixte ou bien surdité verbale.

- **Déficit de la programmation phonologique :**

La compréhension est de bonne qualité mais l'expression est de très mauvaise qualité, très souvent inintelligible même s'il existe une certaine fluidité.

La parole présente de nombreuses erreurs de séquenciation et de substitutions mais ils peuvent réussir les tâches de répétition de phonèmes isolés ou de mots, alors que la répétition d'énoncés de plusieurs mots augmente l'importance des troubles.

- **Déficit lexico-syntaxique :**

Il est défini pour la plupart des auteurs à partir de six critères : l'intelligibilité qui, avec le temps, devient relativement bonne ; la capacité de dénomination est meilleure quand l'enfant voit l'objet que quand il doit l'évoquer ; la syntaxe est plus immature qu'incorrecte et les difficultés se situent plus au niveau de la construction du discours que dans les phrases simples ; le langage appris est de meilleure qualité que la formation d'énoncés originaux et la compréhension de mots ou de courtes phrases peut-être normale alors que la compréhension de structures plus complexes ou plus longues reste très mauvaise.

Le discours spontané devient très vite confus surtout s'il doit être un peu long, il est alors interrompu par des périphrases, des reformulations constantes qui peuvent même produire finalement un désordre dans l'utilisation correcte des mots et des règles grammaticales.

- **Déficit sémantico-pragmatique :**

Ce syndrome est caractérisé par de grosses difficultés de compréhension et, surtout, sa communication verbale manque énormément d'adéquation pragmatique : l'enfant respecte très peu le tour de parole, ne tient pas compte du contexte, applique littéralement le sens des mots et des expressions, ne maintient pas le fil de la conversation, n'apporte qu'un langage très peu informatif malgré son abondance et peut présenter du jargon, de l'écholalie et des persévérations. Cependant, la syntaxe est correcte et la mémoire auditive également.

B. La classification française actuelle de Gérard :

Au début des années 90, H.F. Le HEUZEY, C.L. GERARD et M. DUGAS [17] élaborent une classification reprenant quelque peu celle de RAPIN et ALLEN s'appuyant également sur le travail de CROSSON.

Ces auteurs partent d'un modèle neuro-psychologique préalable (alors que les classifications antérieures se limitent aux symptômes) et prennent en compte les structures sub-corticales en

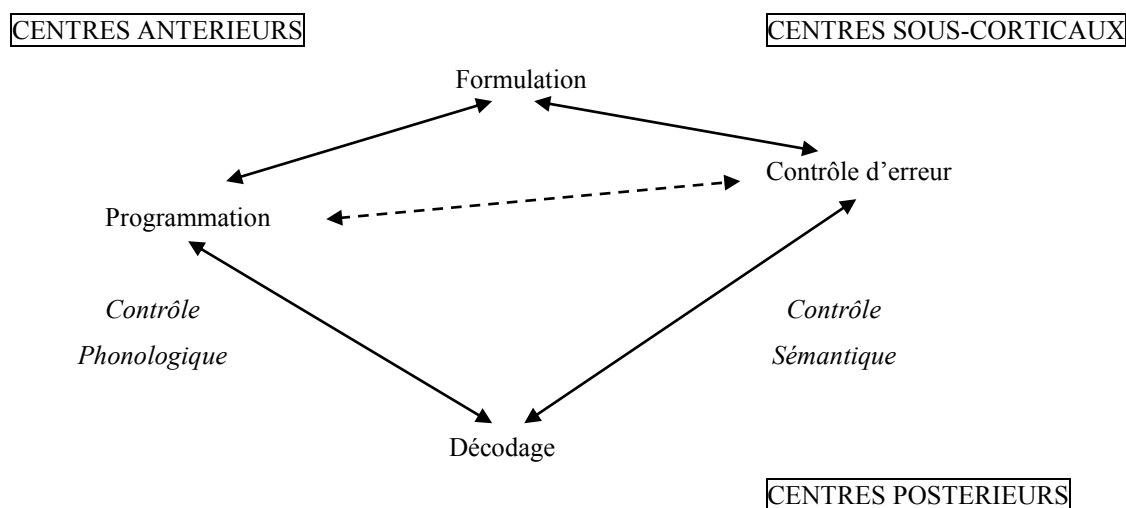
référence toujours au modèle de CROSSON. Ils déterminent alors trois sous-groupes de centres situés dans l'hémisphère dominant (le gauche pour les droitiers) :

- Les centres corticaux antérieurs qui sont responsables du contenu sémantique et syntaxique, c'est-à-dire qu'il s'agit du lieu de la formulation et de la programmation du contenu de l'acte langagier.
- Les centres corticaux postérieurs chargés du décodage, qui fonctionnent donc comme un décodeur des unités de langage entendues mais aussi formulées. Ils attribuent ainsi un sens à chaque unité de langage.
- Les centres sous-corticaux qui contrôlent la cohérence de fonctionnement des centres précédents, c'est-à-dire la programmation par un contrôle phonologique, le décodeur par un contrôle sémantique et le centre formulateur. Les centres sous-corticaux contrôlent donc la programmation et la réalisation du langage.

Selon CROSSON, ce seraient les atteintes de connexion entre ces trois centres qui détermineraient les troubles. Et toujours selon lui, les interactions entre les différents centres sont régies par deux systèmes de contrôle des centres corticaux :

- Un premier contrôle phonologique assuré par les centres de décodage et appliqué à la programmation.
- Un second vérifiant l'aspect sémantique de la formulation.

Le modèle adapté de CROSSON :



Ce modèle proposé par CROSSON et repris par GERARD présente l'avantage de ne pas représenter les mécanismes de réception et de production du langage comme une séquence

rigide d'opérations conçues comme des entités systémiques distinctes. Ils distinguent alors cinq syndromes fondamentaux :

- **Syndrome phonologique-syntaxique**

Il est similaire à la classification de Rapin et Allen. C'est aussi cette forme qui a focalisé l'intérêt des linguistes car les difficultés expressives syntaxiques sont au premier plan.

Après des premiers mots tardifs, l'enfant ne progresse que très lentement : il reste peu intelligible, très réduit dans son expression, et ne fait pas de phrase. Néanmoins, il cherche à communiquer à travers les mimiques ou les gestes.

Le trouble phonologique est massif, peu amélioré par la répétition ; l'enfant a des difficultés d'analyse mais aussi des problèmes de programmation des séquences. Il y a un retard dans l'acquisition des compétences phonétiques. Il y a également très souvent au départ des difficultés pour réaliser sur commande ou sur imitation les gestes fins oro-faciaux. On parle également d'agrammatisme chez ces enfants avec de nombreuses difficultés à utiliser les déterminants et les marqueurs phonologiques de temps, de genre, et à moindre degré de nombre.

La compréhension verbale paraît en situation préservée. Il n'y a pas de difficulté d'accès au lexique constitué, mais celui-ci est souvent réduit. Ces enfants ont également des difficultés dans le domaine de la rétention verbale immédiate ainsi que dans le domaine visuo-constructif, dans les capacités à référentialiser l'espace plan, dans l'acquisition des premiers dénombrements et dans la comptine. Tous ces domaines de déficit vont bien sûr interagir lors de l'apprentissage du langage écrit.

Généralement, l'enfant finit par accéder à un langage propositionnel et déterminé au moins pour le dialogue du quotidien. Les difficultés d'apprentissage vont en fait toucher toutes les étapes du développement ultérieur : capacités discursives, capacité de traitement non littéral ou implicite. Le développement conceptuel pour les catégories dimensionnelles n'est pas épargné non plus et cela affecte le développement des traitements numériques.

- **Syndrome de production phonologique**

Il s'agit du syndrome où les troubles expressifs sont les plus purs. La fluence verbale est cependant normale mais très peu intelligible, due à des déformations de parole extrêmement nombreuses et non systématisées. La difficulté d'actualisation de la chaîne parlée paraît être le centre de la problématique. Le concept est là mais ne peut être démontré dans la situation de communication. L'enfant a conscience de cette incapacité et essaie de développer des

compensations par la mimique gestuelle idiosyncratique ou par des conduites d'approche. Les erreurs de production touchent aussi les marqueurs morphémiques altérant de façon importante mais aussi imprévisible la structure de la phrase. Ce trouble s'accompagne donc d'une dyssyntaxie, par l'altération de la chronologie comportant de nombreux retours en arrière.

C'est tout de même le syndrome dysphasique qui a le meilleur pronostic : à la différence des autres syndromes, il affecte assez peu le développement conceptuel.

- **La dysphasie réceptive**

Ce terme regroupe un ensemble de situations où les difficultés de compréhension verbale sont au premier plan depuis le départ. La compréhension est très altérée à cause des difficultés d'identification qui peuvent se situer à différents niveaux. Pour ces enfants, le mot est difficilement reconnu comme une unité pertinente stockée, comme telle, ce qui n'empêche pas l'accès à une expression fondamentale de la langue. En effet, ils peuvent avoir un langage de surface assez efficace mais le manque du mot et les paraphasies sont très fréquentes. La compréhension est globale compensée par les indices situationnels ; la répétition est approximative, les amalgames nombreux, de même que les paraphasies verbales ; ces enfants ont de très importantes difficultés d'évocation lexicale, en particulier dans les tâches de dénomination verbale. La structure syntaxique est faite de pseudo-phrases qui sont mémorisées comme un tout, d'où des formulations dyssyntaxiques en situation de langage dirigé, de langage induit ou de discours narratif.

- **La dysphasie mnésique (ou lexico-syntaxique)⁹**

Le trait principal en est le manque du mot tant en dénomination qu'en description d'images, ce qui altère énormément la construction des énoncés : c'est à la fois un trouble expressif et réceptif de catégorisation, un trouble du contrôle de l'encodage sémantique et syntaxique.

Le tableau de manière durable est marqué par l'importance des problèmes de mémoire sémantique.

- **La dysphasie sémantique-pragmatique**

Elle est semblable au syndrome décrit par RAPIN et ALLEN et est apparentée par les auteurs anglais au « cocktail party syndrome », syndrome décrit par HAGBERG en 1962 chez les enfants hydrocéphales.

⁹ Voir chapitre suivant pour la description plus approfondie de cette dysphasie.

Ces enfants ne sont pas repérés pour leurs difficultés linguistiques, mais pour celles dans les aspects sociaux de la communication. Cette dysphasie est une altération massive du caractère pragmatique du discours. Le sujet est incapable d'adapter le contenu de son discours au contexte de communication en cours. Ils donnent l'impression de ne pas pouvoir mettre en cohérence fond et forme. Ils ont des difficultés à comprendre et intégrer les nuances apportées par la gestualité et l'intonation lors du discours.

Ces enfants sont souvent écholaliques au départ, le jargon, les néologismes sont assez fréquents. La production langagière est d'intelligibilité normale mais elle est entravée par des paraphrasies sémantiques et des incohérences. Le trouble affecte les sphères expressives et réceptives et l'anosognosie est très souvent présente.

Ce tableau est parfois difficilement distinct des difficultés pragmatiques d'enfants ayant des troubles autistiques dits de haut niveau, ou d'enfants ayant des retards cognitifs dans certains contextes neurologiques.

Pour retenir le diagnostic de dysphasie sémantico-pragmatique, il faut être en mesure de montrer que les difficultés pragmatiques existent en dehors d'un trouble social primaire d'après l'anamnèse, la normalité des comportements non verbaux et l'absence de signes autistiques.

Il est important de rappeler que le caractère neurologique d'une telle classification permet certes de structurer étiologiquement les troubles par une logique fonctionnelle, mais n'est pas la preuve d'une étiologie univoque de ceux-ci. De plus, les typologies dysphasiques sont plus une énumération des composantes du trouble qu'une véritable forme clinique.

III. Les symptômes non linguistiques :

Beaucoup d'auteurs ont remarqué la fréquence, chez les enfants dysphasiques, de difficultés ou de troubles dans d'autres domaines du développement. Par conséquent, bien que la dysphasie soit essentiellement une pathologie de langage, il est important de parler aussi de toutes ces difficultés et de tous ces troubles rencontrés dans d'autres domaines qui, sans être majeurs, se combinent avec les troubles linguistiques et en majorent les effets. Il convient de noter que ces troubles la plupart du temps qualifiés d'associés peuvent être consécutifs.

A. Aspects perceptifs :

Plusieurs hypothèses ont été élaborées pour tenter d'expliquer pourquoi les enfants dysphasiques n'arrivaient pas à comprendre le langage oral, alors que la perception auditive

des sons était en elle-même normale, ou bien altérée pour rendre compte des difficultés de perception du langage.

De ce fait, S. BOREL-MAISONNY (1957) [26] avait repéré une difficulté de perception pour certaines fréquences conversationnelles, avec une courbe auditive en U.

D'autre part, J. EISENSON [26] évoquait des troubles du décodage, de la perception des phonèmes non isolés avec une incapacité à classer les sons en catégorie phonématique, ou encore une impossibilité à stocker et restituer les signes verbaux.

P. TALLAL et M. PIERCY (1973,1982) [26] ont pu rattacher les difficultés de discrimination de stimuli auditifs des enfants dysphasiques à une réduction significative chez eux de l'intervalle entre deux sons nécessaire à cette discrimination, comme s'ils ne pouvaient s'adapter aux changements acoustiques rapides.

B. Aspects psychomoteurs :

Les difficultés les plus mentionnées dans la littérature sont des difficultés de type praxiques par AJURIAGUERRA ainsi que des troubles de la latéralisation, il évalue à 25% la proportion des troubles de la latéralisation chez les enfants dysphasiques. De plus, BISHOP et EDMUNDSEN, en 1987, mettent en évidence une immaturité des habiletés motrices chez ces enfants.

C. Aspects comportementaux :

MONFORT observe chez des enfants dysphasiques des troubles de l'attention et/ou d'hyperactivité et, AJURIAGUERRA et AIMARD, en 1972, parlent de troubles des relations affectives et du contrôle des émotions et des difficultés dans l'organisation de la personnalité.

D. Aspects cognitifs :

De nombreux symptômes non linguistiques d'aspects cognitifs ont été mis en évidence. Ainsi, KAMHI, en 1981, a relevé un déficit représentationnel et symbolique chez ces enfants, avec une difficulté dans la construction d'images mentales.

UDWIN et YULE (1983) ont évoqué des difficultés dans le développement du jeu symbolique et dans d'autres fonctions symboliques non linguistiques (MONTGOMERY, 1993).

GERARD a émis la difficulté d'accès à la « théorie de l'esprit » et donc une impossibilité à maîtriser un niveau particulier de représentation mentale.

MONFORT et AJURIAGUERRA ont parlé de déficit de la mémoire et ce dernier avec AIMARD en 1972 évoque des troubles de la structuration de l'espace et du temps.

LEBLANC, en 1982, met en évidence une hétérogénéité des résultats dans l'application des batteries psychométriques.

Néanmoins, il est important de spécifier que ces difficultés ne sont pas toutes présentes chez l'enfant dysphasique en même temps, ni dans la même proportion.

IV. Hypothèses explicatives :

Nous retiendrons les six hypothèses fondamentales de BISHOP reprises et complétées par d'autres auteurs (1992) pour essayer de répondre à la question de la nature exacte du problème : « dans quelle mesure les symptômes linguistiques sont-ils spécifiques ou dans quelle mesure sont-ils le résultat d'un ralentissement dans le développement de compétences cognitives, symboliques ou instrumentales plus générales ? ».

A. Première hypothèse :

C'est l'hypothèse des troubles de « l'output ». Les processus permettant de transformer la compétence linguistique en production verbale ne fonctionneraient plus. Cependant, la compétence linguistique resterait intacte. Les difficultés de la compréhension s'expliqueraient par les troubles expressifs qui se répercuteraient sur la mémoire verbale à court terme, l'intégration phonologique et la conscience syntaxique.

B. Deuxième hypothèse :

Cette hypothèse a été développée par EISENSEN en 1972 et concernerait « l'input ». Il considère les enfants SLI (Specific Language Impairment) comme des « apprentis de langage dont l'Input linguistique serait filtré et distorsionné ». Cette hypothèse permettrait alors de prévoir les difficultés phonologiques ainsi que les erreurs morphologiques et l'agrammatisme.

C. Troisième hypothèse :

Selon FLETCHER (1991), cette troisième hypothèse concernerait « la prédominance des déficits de l'acquisition de la syntaxe » et serait donc purement linguistique.

De ce fait, les enfants dysphasiques disposeraient d'une grammaire particulière se caractérisant par une incapacité à intégrer certains éléments morphologiques et auraient alors un trouble inné de l'acquisition des structures profondes de la langue, selon Cromer (1988).

D. Quatrième hypothèse :

Au contraire de la précédente, MOREHEAD et INGRAM (1976) évoquent l'hypothèse que les difficultés de ces enfants ne se limiteraient pas seulement au langage mais seraient également la manifestation d'un déficit conceptuel plus général dont l'origine serait au niveau des représentations symboliques.

E. Cinquième hypothèse :

Elle s'orienterait vers l'idée d'une difficulté au niveau des processus d'apprentissages. Cependant, aucune expérience n'a été jusqu'alors très concluante.

MONFORT s'interroge également sur les hypothèses 4 et 5. Pour lui, il est difficile de trouver une explication viable pour justifier le fait que des enfants rencontrant les mêmes difficultés au cours des épreuves cognitives et des représentations symboliques n'aient pourtant pas les mêmes troubles spécifiques du langage ?

F. Sixième hypothèse :

Cette hypothèse suit le modèle de troubles de « l'input », comme l'hypothèse 2, mais dans cette sixième hypothèse, il s'agirait plutôt d'une difficulté à traiter et à stocker l'information extérieure, « surtout si celle-ci se présente de manière séquentielle à une certaine vitesse ». (MONTGOMERY, 1990 ; TALLAL et AL, 1991)

V. *Diagnostic de dysphasie :*

La démarche diagnostique face à un trouble langagier permettant d'affirmer la présence d'une dysphasie doit rester systématisée, c'est-à-dire, s'appuyer d'une part sur un diagnostic négatif permettant d'éliminer certaines pathologies susceptibles d'entraîner des troubles du

langage, souvent sévères, mais qui n'entrent pas dans le cadre des dysphasies développementales, et d'autre part sur la mise en évidence de signes cliniques pathognomoniques d'un trouble langagier structurel nous permettant de poser un diagnostic positif.

Le caractère spécifique et primaire des troubles sera mis en évidence par un bilan orthophonique et pourra être complété grâce à un bilan pluridisciplinaire avec des tests étalonnés, comme tout autre bilan, ce qui mettra en évidence ou non une dissociation entre une atteinte précise, circonscrite au domaine langagier, et une conservation ou supériorité significative par rapport au langage des fonctions motrices, sensorielles et cognitives (non verbales). Le caractère significatif du déficit verbal sera alors confirmé ou infirmé. La différence entre le QI Verbal et le QI Performance peut aider au diagnostic mais cela ne suffit pas à elle seule à diagnostiquer une dysphasie.

Pour affirmer également la présence d'une dysphasie, il sera nécessaire de compléter ce diagnostic négatif par la mise en évidence de déviations linguistiques secondaires à une anomalie de traitement cérébral de l'information langagière, ce que C.L. GERARD a appelé « marqueurs de déviance ». Ainsi, il a mis en évidence des anomalies qui sont particulières au langage des dysphasiques. Ces marqueurs de déviance sont au nombre de six et sont absents de l'évolution normale du langage, ils sont donc caractéristiques d'un trouble structurel langagier.

Nous les reprendrons ici brièvement, en rappelant que **l'association d'au moins trois de ces six marqueurs est nécessaire pour affirmer le diagnostic positif de dysphasie.**

A. Les marqueurs de déviance de C.L.GERARD :

- 1) Le trouble de l'évocation lexicale : (appelé aussi « manque du mot », dans une analogie neurologique) :

Le sujet dysphasique aura des difficultés à accéder au signifiant d'un objet ou concept alors que celui-ci appartient à son stock lexical et qu'il peut le retrouver facilement dans des épreuves de désignation à choix multiples. Ce critère est nécessaire pour distinguer cette difficulté d'accès lexical d'une simple méconnaissance de vocabulaire. Il en résulte une lenteur d'évocation, un manque du mot, comblé par des paraphrasies phonémiques, sémantiques ou verbales, des persévérations verbales et/ou par des périphrases donnant des définitions par l'usage, visibles surtout lors d'épreuves de dénomination. Une amélioration

partielle est parfois obtenue par l'ébauche orale (phonémique ou syllabique) ou par l'aide contextuelle.

2) Le trouble de l'encodage syntaxique :

Ce terme décrit l'incapacité de l'enfant à utiliser les flexions verbales et les mot-fonction pour accroître la charge informative de ses productions verbales. Selon les cas, il peut être responsable d'un agrammatisme ou d'une dyssyntaxie. Cependant, la conscience syntaxique peut se révéler normale. L'enfant ne respecte pas l'organisation et l'ordre des mots dans la phrase et est incompetent dans le maniement des marqueurs morphosyntaxiques (marqueurs de genre, nombre, flexions adjectivales, verbales...). L'omission de mots fonctionnels est quasi systématique, de même que l'utilisation de formes verbales à l'infinitif. On remarquera une compensation par l'utilisation de mots pleins. Néanmoins, l'enfant peut être tout à fait compréhensible.

3) L'hypospontanéité :

Elle est retrouvée dans plusieurs formes cliniques de dysphasie et se traduit par un manque d'incitation verbale avec un raccourcissement de la longueur des énoncés, souvent uniquement constitué de phrases minimales et une difficulté à maintenir un dialogue du fait de l'extrême réduction des échanges. On notera également une nette diminution de la fluence verbale dans les épreuves imposées. L'enfant dysphasique possède essentiellement un langage utilitaire.

4) La dissociation automatico-volontaire verbale :

Il s'agit de l'impossibilité qu'ont certains dysphasiques de produire certaines unités verbales sur commande ou en situation dirigée, alors qu'en situation spontanée ou dans d'autres contextes phonétiques, ces productions seront effectuées aisément.

5) Le trouble de l'informativité verbale :

Il porte sur la dimension pragmatique du langage. Il se traduit par une incapacité à donner des informations pertinentes et suffisantes par le seul biais du canal verbal chez un enfant ayant

par ailleurs un désir d'échange, de relation à l'autre, une bonne motivation à la communication non verbale (utilisation de mimes, mimiques, gestes naturels que l'enfant a mis en place spontanément pour compenser son déficit verbal) et cela indépendamment de ses difficultés d'intelligibilité. L'enfant parle mais ne tient pas compte de ce qu'il veut transmettre.

6) Le trouble de compréhension verbale :

Il s'agit de l'altération des capacités de compréhension et de représentation mentale à partir d'une entrée auditive. Il peut aller d'une difficulté à traiter les sons jusqu'à un trouble de la compréhension lexicale ou syntaxique. Ce trouble est souvent retrouvé dans les formes réceptives de dysphasie et peut être associée à une incapacité à reconnaître les sons du langage (telle, en neurologie, l'agnosie auditivo-verbale) et aussi parfois à un trouble comparable à une agnosie auditive qui se traduit alors par des difficultés d'identification des bruits familiers. Dans les formes expressives, même si la compréhension est supérieure à l'expression, on notera des troubles de compréhension fine et des difficultés de compréhension morphosyntaxique.

Cependant, il est important avant tout de savoir si ces difficultés ne sont pas liées à une insuffisance lexicale ou à un trouble de la rétention immédiate.

La présence de ces marqueurs de déviance et le critère de durabilité des troubles permettent de différencier les dysphasies des troubles de parole et de langage, où les symptômes, qui peuvent toutefois être importants au départ, correspondront à un décalage chronologique des acquisitions langagières avec une évolution favorable.

Il est enfin possible à partir de ces marqueurs de résumer la sémiologie des grands syndromes dysphasiques que nous avons décrit plus haut.

Le tableau suivant montre que l'utilisation de ces seuls six marqueurs pour chacun des syndromes dysphasiques aboutit à six combinaisons différentes. C'est une manière de montrer également que cette classification peut être facilement opérationnalisée.

SYNDROME MARQUEURS	Phonologico -syntaxique	Production phono.	réceptive	Lexicale et syntaxique	Sémantique pragmatique
Hypospontanéité	+	-	-	-	-
Dissociation automatico- volontaire	+	+ -	-	-	-
Trouble encodage syntaxique	+	+	+	+	-
Manque du mot	-	+	+	++	-
Trouble compréhension	+ -	-	+	+	+
Trouble informativité	-	-	+	+	++

B. Les critères de M. MONFORT :

MONFORT (24) vient à s'interroger sur le bien fondé de ne garder que six critères pour identifier la dysphasie et surtout sur « la décision de fixer à trois la combinaison nécessaire à l'identification de la dysphasie comme telle ».

Il propose alors d'inclure deux autres sous-critères :

- *L'hétérogénéité lexicale manifeste*, c'est-à-dire l'existence d'un contraste « entre la présence de mots adaptés à l'âge mental de l'enfant face à l'absence de mot du premier vocabulaire enfantin. » L'enfant dysphasique sera capable de connaître un mot nouveau récent alors que certains mots courants sont inconnus pour lui.
- *Une différence entre le niveau d'expression et le niveau de compréhension* (ou vice-versa) très importante. C'est l'écart entre ces marqueurs qui signe leur importance.

Néanmoins, selon lui, l'application de ces deux sous-critères aurait plutôt comme objectif la différenciation de la dysphasie par rapport à des troubles développementaux plus légers.

VI. Facteurs étiologiques :

Il s'agit bien ici de facteurs favorisant plus que de causes avérées de la dysphasie.

A. Les aspects neurologiques :

Les nouvelles techniques expérimentales observant le fonctionnement du cerveau « in vivo » sont en train de mettre en évidence un certain nombre d'informations notamment sur la localisation des dysfonctions.

Actuellement, on parlerait « d'anomalies par rapport au patron normal d'asymétrie hémisphérique, principalement dans les aires pariéto-occipitales ou pariéto-temporales » (NETTELBLADT et AL. 1989). L'hypothèse étiologique serait une altération de la migration de certains neurones vers les hémisphères, lors de la vie embryonnaire. Cela provoquerait alors « une réorganisation des dominances hémisphériques avec un surdéveloppement de l'hémisphère droit » (NETTELBLADT et AL. 1989) [26].

COHEN et AL (1991) ont effectué une étude neuro-pathologique sur le cerveau d'une petite fille dysphasique et ont constaté qu'elle présentait un degré d'asymétrie moindre que l'enfant « normal » au niveau temporal.

Selon HABIB, cette asymétrie atypique pourrait être « un marqueur génétique du trouble, et élimine par là même l'hypothèse parfois avancée que les difficultés d'apprentissage chez l'enfant pourraient résulter d'un effet de l'environnement parental ».

Néanmoins, d'autres auteurs restent très prudents quant à cette hypothèse dans la mesure où il y aurait des cas qui présenteraient des caractéristiques semblables alors qu'ils possèdent un langage normal.

B. Les aspects génétiques :

Nous citerons ici quelques données statistiques qui semblent indiquer que le risque d'apparition d'un trouble spécifique du langage pourrait être lié à des facteurs génétiques.

LAUNAY insiste sur la prédominance masculine de l'ordre de 65 à 70% des cas dans le cadre de la dysphasie et des troubles du langage en général.

En 1989, TALLAL et al. ont mis en évidence quelques éléments intéressants : il y aurait trois garçons atteints pour une fille à condition que ces enfants aient un de leurs proches atteints. Cette prévalence pour le sexe masculin serait présente uniquement si le parent atteint est la mère. En effet, une de leurs études a montré que ces mères d'enfants dysphasiques

auraient trois fois plus de risques de donner naissance à un garçon qu'à une fille, dysphasique ou non ; alors que s'il s'agit du père atteint, il y aurait autant de filles que de garçons atteints.

En 1997, TOMBLIN rapporte également que si le risque dans une population tout venant est de 0,05, il passe à 0,21 dans une famille où il y a déjà un antécédent chez un membre de la famille au premier degré et à 0,28 si celui-ci est du même sexe. Quant aux jumeaux, le risque est de 0,33 pour des jumeaux dizygotes mais de 0,71 pour les monozygotes.

A travers ces études, on constate donc une incidence plus importante des troubles du langage au sein de la fratrie et des ascendants directs de la population dysphasique suggérant par là l'éventualité d'une transmission génétique.

Néanmoins, comme nous l'avons déjà précisé dans la partie sur l'hyperactivité, « ce n'est pas parce qu'un caractère existe par accumulation familiale, qu'il est génétique » (JACQUARD).

VII. La prise en charge :

Compte tenu de la sévérité, la spécificité et la durabilité des troubles, la rééducation orthophonique ne visera pas la normalisation du langage mais elle aura un objectif palliatif en tentant de compenser les déficits structurels.

Mais avant toute chose, il est important de préciser que tout comme il n'existe pas de « bilan-type » de la dysphasie, il n'existe pas non plus de « rééducation-type », ne serait-ce qu'en raison de la diversité clinique que recouvre le terme de dysphasie et des inconnues que comporte l'histoire naturelle de ce syndrome.

Ainsi, comme dans toute rééducation orthophonique, le projet rééducatif sera toujours personnalisé, avec des priorités d'actions en fonction de chaque individu, en favorisant prioritairement la communication.

La prise en charge doit être de longue durée, régulière et intensive, nous veillerons donc à diversifier le matériel orthophonique et les exercices proposés afin de maintenir le plaisir et l'intérêt de l'enfant.

Les principes d'actions et les objectifs de rééducation seront, bien entendu, adaptés en fonction des résultats aux bilans proposés régulièrement.

Nous n'aborderons pas ici la rééducation des différentes dysphasies mais nous développerons trois grandes lignes primordiales de la rééducation des dysphasiques, quelles qu'elles soient.

A. Une prise en charge précoce :

Il est essentiel que l'enfant puisse bénéficier le plus tôt possible d'une prise en charge, tant pour lui que pour sa famille qui pourra profiter d'un travail de guidance parentale.

De rares études qui demandent à être corroborées montreraient que seuls les enfants ayant bénéficié de cette aide précoce (à condition qu'elle soit intensive et longue) ont pu être scolarisés et évoluer de façon tout à fait positive [27].

B. Une prise en charge de longue durée :

GERARD insiste sur le fait que « l'orthophoniste doit se préparer et préparer la famille à un accompagnement de longue durée, à un travail jamais achevé, pour lequel les objectifs et les principes d'action doivent être régulièrement remis en question » [17].

P. AIMARD précise également que l'enfant dysphasique a besoin d'une prise en charge plus ou moins intensive à certains moments de son évolution, ainsi le nombre de séances de rééducation dans la semaine peut varier d'un moment à l'autre. Cette aide orthophonique est très souvent prolongée jusqu'à l'adolescence.

C. Une prise en charge pluridisciplinaire :

Il est important pour la bonne évolution de l'enfant que ce dernier soit pris en charge de manière globale par une équipe pluridisciplinaire. De nombreux intervenants (orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, éducateurs...) doivent être amenés à agir en fonction des besoins propres de l'enfant au fur et à mesure de son évolution.

C'est dans cette optique que P. AIMARD souligne que « l'idéal serait que soit mis en place un projet global dans lequel les différents intervenants coordonneraient leurs interventions en fonction des problèmes propres de chaque enfant » [32].

CONCLUSION :

En résumé, les définitions de la dysphasie proposées ainsi que les études faites mettent en évidence le caractère très hétérogène de ces troubles, leur plus ou moins grande durabilité, ainsi que les évolutions possibles qui peuvent prendre des formes variables et avoir des implications diverses sur le devenir scolaire des enfants.

Comme conclusion à ce débat, nous adopterons la définition de MONFORT (1996) : *« le terme de « dysphasie » présente l'avantage de distinguer un groupe particulier d'enfants dont les troubles sont suffisamment graves et le pronostic suffisamment préoccupant pour prendre des mesures fondamentalement différentes de ce que nous faisons habituellement pour l'autre groupe d'enfants pour lesquels le terme de « retard de langage » nous semble plus approprié, même si nous savons qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème de rythme d'acquisition ».*

TROISIEME PARTIE

Hyperactivité

Et

Langage oral

Langage oral et Hyperactivité :

Les troubles du langage désignent les difficultés d'expression et de compréhension du langage ; ils font partie des troubles de la communication pour le DSM-IV-R.

LOVE et THOMPSON (1988), cités par M. TOUZIN [40], montrent que $\frac{3}{4}$ des enfants avec un diagnostic de trouble du langage ont aussi celui de trouble déficitaire de l'attention et que près de $\frac{2}{3}$ des enfants avec un trouble déficitaire de l'attention ont aussi un trouble du langage.

Il peut s'agir d'un simple retard d'apparition et de développement du langage. Ce trouble est alors sans gravité. Il s'agit d'un décalage chronologique dans le développement du langage mais au fil du temps, les compétences s'améliorent. Il est toutefois nécessaire que l'enfant soit examiné par un(e) orthophoniste afin de vérifier que le trouble est bénin et apprécier l'intensité du décalage. En effet, si celui-ci est important, il justifie la mise en place d'une rééducation orthophonique pour améliorer les capacités de communication de l'enfant. Un enfant hyperactif, souvent considéré comme « pénible », voire agressif, est encore plus mal toléré s'il a des difficultés à se faire comprendre. C'est alors un cercle vicieux : il n'est pas compris par les autres, il s'irrite, il communique par gestes, et ces gestes par leur impulsivité peuvent apparaître brutaux et agressifs. La correction du retard de langage permet aussi, ne l'oublions pas, de préparer l'enfant à l'apprentissage du langage écrit.

Dans d'autres cas, le trouble du langage est plus profond, atteignant la structure même du langage, on parle alors de *dysphasie*. Il n'y a pas seulement retard dans les acquis langagiers mais déviation dans l'utilisation des constituants du langage et troubles de la compréhension : l'enfant est intelligent, il comprend les consignes et les phrases simples de la vie quotidienne, mais il est perdu si la phrase est longue et complexe. Ce trouble est invalidant et entraîne des difficultés importantes, d'autant plus s'il est associé à une hyperactivité.

Dans le cadre de la recherche pour ce mémoire, nous nous pencherons particulièrement sur la dysphasie lexico-syntaxique chez les enfants THADA, c'est pourquoi nous en venons à la développer plus longuement dans ce chapitre-là.

Dans ce syndrome lexico-syntaxique, la réalité dysphasique n'est en général découverte que tardivement. Classiquement, l'enfant présente d'abord un tableau ressemblant aux troubles fonctionnels de parole et de langage, mais échoue de manière massive dans l'apprentissage de la lecture. En réalité, la dysphasie lexico-syntaxique ou dysphasie mnésique se traduit par des troubles mnésiques et d'évocation par défaillance du système de

contrôle sémantique. L'évaluation révèle alors un manque du mot massif tant en dénomination qu'en situation de description d'images. Cependant, le langage peut faire illusion en spontané, les troubles phonologiques étant absents, mais le discours est peu informatif, peu fluent, avec des productions réduites, émaillées de mots passe-partout, de phrases avortées, de périphrases...Par conséquent, l'expression est peu informative, les constructions de récits déficitaires, confuses, l'enfant perdant le fil de son discours. On notera également des difficultés pour accéder aux élongations propositionnelles ; néanmoins, l'enfant a pu se construire pour le dialogue quotidien un langage propositionnel canonique.

En situation dirigée ou dès que la longueur des énoncés augmente, le manque du mot devient majeur, peu amélioré par l'aide contextuelle ou par l'ébauche orale (qui peut provoquer des paraphrasies phonémiques), et il apparaît alors une dyssyntaxie. Les troubles de la compréhension augmentent, du fait de l'atteinte mnésique, avec la longueur des énoncés.

Les difficultés de ces enfants semblent liées à une incapacité à traiter les relations d'objet, tant en réception qu'en expression, et l'effet de la longueur des propositions sur la compréhension est très marqué. Ces enfants ont également des difficultés aussi importantes pour le repérage dans le temps et l'évocation des faits mathématiques (calcul mental). Le tableau est marqué de manière durable par l'importance des problèmes de mémoire sémantique.

Les difficultés d'apprentissage seront sévères et précoces, marquées par des troubles de compréhension des consignes et de mémorisation présents dès la maternelle puis par des difficultés importantes au niveau du langage écrit. Le manque du mot et le déficit mnésique sont les éléments les plus invalidants et durables dans l'évolution de ces enfants, conscients de leurs difficultés.

Ces enfants dysphasiques sont caractérisés par un langage hésitant, limité mais intelligible, avec une syntaxe pauvre et immature, des erreurs sémantiques et des paraphrases.

D'une manière générale, quelques études sur le langage oral chez les enfants THADA ont montré que si ces derniers présentaient un trouble du langage alors ils avaient plus de difficultés que les autres à formuler des phrases syntaxiquement correctes. Une autre étude de COHEN (1992), citée par M. TOUZIN, précise que ces enfants ont plus de mal dans la planification, dans l'organisation et dans la séquentialité du langage oral (et en particulier des difficultés pour la narration). En effet, on observe des difficultés d'organisation et de contrôle des productions verbales, et notamment, outre les erreurs séquentielles (liées à l'incapacité à organiser les informations en séquences), un manque de cohésion dans les productions.

Le discours produit paraît décousu. L'enfant se trouve de plus en plus en difficulté dans la relation d'interlocution. Il ne parvient pas à se positionner et, ne pouvant attendre, s'engage dans une conversation inadaptée, ce qui ne va pas sans motiver des réactions d'agacement, voire de rejet (PURVIS et TANNOCK, 1997).

De plus, dans leur recherche, R.TANNOCK et R.J. SCHACHAR (1999), cités par C. Adeline [46], affirment que les troubles de l'articulation, de la fluence, du débit et de la qualité de la voix sont plus fréquents chez les enfants THADA que chez les enfants sans difficultés de cet ordre. Ils présenteraient également des difficultés :

- En compréhension, car ils ne saisissent pas toujours le sens des mots et de certaines structures grammaticales.
- En expression, car ils ont du mal à sélectionner le bon mot en adéquation avec ce qu'ils ont envie d'exprimer.

Après avoir énuméré les difficultés de langage oral que peuvent présenter les enfants hyperactifs ainsi que les particularités du syndrome lexico-syntaxique chez des enfants dysphasiques, nous chercherons à mettre en évidence, dans la partie pratique de cet ouvrage, les troubles du langage chez les enfants THADA en particulier chez les enfants hyperactifs ayant une dysphasie lexico-syntaxique. Le choix de cette dysphasie sera explicité dans la partie pratique de ce mémoire, page 111.

PARTIE PRATIQUE

HYPOTHESES DE TRAVAIL :

Notre but était d'étudier le langage oral chez des enfants THADA dysphasiques et chez des enfants dysphasiques sans THADA ; notre travail comporte deux parties.

L'étude se base sur deux groupes d'enfants, cinq enfants THADA avec dysphasie et cinq enfants dysphasiques contrôles.

Cette partie pratique a donc pour objectif de rechercher si le langage oral des enfants dysphasiques THADA comporte des spécificités propres en comparaison à des enfants dysphasiques uniquement. Nous partons donc de **l'hypothèse que ces enfants THADA dysphasiques ont bien des particularités dans leurs troubles du langage oral et que ces derniers sont majorés par le Trouble de l'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention (THADA)**. Nous avons cherché tout au long de cette étude à y répondre à travers l'analyse de tests de deux groupes d'enfants, notre population et le groupe contrôle.

Cette étude décrit les différentes caractéristiques sémiologiques des troubles dysphasiques chez des enfants THADA ainsi que celles d'enfants dysphasiques non THADA et permet ainsi une discussion concernant ces spécificités.

I. Méthodologie :

Au début de notre recherche, nous nous sommes intéressée à l'hyperactivité d'une manière générale. Beaucoup d'études ont été faites jusqu'à présent sur le langage écrit de ces enfants, notamment concernant leur apprentissage du langage écrit, les différents types de dyslexie, leur relation à la temporalité etc. Nous avons donc choisi d'étudier l'autre versant du langage, à savoir le langage oral, tant sur l'expression que sur la compréhension.

Au fil du temps, le langage oral de ces enfants a attiré notre attention plus particulièrement. Etant en stage à l'année au Centre de Référence de l'Archet, nous avons étudié de nombreux dossiers d'enfants hyperactifs pour essayer de relever d'éventuels troubles spécifiques du langage oral chez eux. Nous avons donc étalé nos recherches de l'année 2009 jusqu'en 2006 en quête d'enfants hyperactifs diagnostiqués au Centre de Référence durant ce laps de temps.

Le tableau ci-dessous montre l'ensemble de mes résultats sur ces quatre années.

	2006	2007	2008	2009
Effectifs Enfants diagnostiqués hyperactifs au centre de référence	42	46	92	69
Total Tout enfant confondu diagnostiqué au centre de référence	129	168	232	157

Après avoir mis en évidence les enfants hyperactifs, j'ai étudié d'une manière générale leurs troubles du langage oral, s'ils en avaient, et c'est ainsi qu'est né le lien entre hyperactivité et langage oral.

La dysphasie est un trouble du langage oral plus que fascinant par rapport au mystère encore non élucidé de son origine mais également à propos de ses différentes formes. Ainsi, j'ai décidé au fil de mes recherches de cibler davantage ma population et de rechercher des enfants dysphasiques parmi les enfants hyperactifs diagnostiqués au Centre de Référence durant ces quatre dernières années.

Nos résultats sont rassemblés dans le tableau ci-dessous :

	2006	2007	2008	2009
Effectifs Enfants diagnostiqués hyperactifs au centre de référence	42	46	92	69
Effectifs Enfants hyperactifs dysphasiques	1	2	4	4

Parmi ces enfants THADA dysphasiques, nous nous sommes rendu compte qu'un type de dysphasie était prédominant, sur ce petit échantillon. En effet, sur onze enfants THADA dysphasiques, six avaient une dysphasie lexico-syntaxique. Nous avons, dès lors, décidé de nous centrer sur ces enfants et d'étudier spécifiquement cette dysphasie chez ces enfants hyperactifs à travers les bilans réalisés au Centre de Référence testant la compréhension

morphosyntaxique, le vocabulaire, la compréhension de récits, la production phonologique, l'évocation lexicale, l'expression morphosyntaxique et la production de récit.

Parallèlement, cette même population a été testée par des neuropsychologues évaluant le QI de ces enfants, l'attention et les fonctions exécutives.

Il s'est révélé que tous les enfants de notre population avaient un trouble de l'attention-concentration avec impulsivité associée.

A. Description de la population :

1) Les deux groupes d'enfants :

♣ Les enfants hyperactifs avec dysphasie :

Cinq enfants THADA âgés de 9 ans 6 mois à 14 ans 10 mois qui ont été recrutés par l'intermédiaire du Service de Pédiatrie de l'hôpital de l'Archet, plus particulièrement au Centre de Référence.

♣ Les enfants dysphasiques dits « enfants contrôles » :

Cinq enfants « contrôles » âgés de 9 ans 6 mois à 14 ans 2 mois, recrutés également au Centre de Référence de l'hôpital de l'Archet à Nice.

2) Les critères d'inclusion et d'exclusion :

a- Critères d'inclusion :

L'âge :

Dans le syndrome lexico-syntaxique, la réalité dysphasique n'est en général découverte que tardivement, à l'inverse des enfants hyperactifs qui sont diagnostiqués généralement vers l'âge de 8 ans, c'est pourquoi notre population a un âge avancé et se situe entre 9 ans 6 mois et 14 ans 10 mois.

Le sexe :

Le THADA est certes plus fréquent chez les enfants de sexe masculin, cependant lors de nos recherches, nous avons pu trouver une population mixte donc nous avons décidé de garder cette particularité : 3 filles et 3 garçons.

b- Les critères d'exclusion :

Les troubles psychiatriques :

Pour notre étude, nous avons exclu tous les enfants atteints de troubles psychiatriques graves (autisme...) ou pour lesquels une origine psychologique au trouble du comportement avait été évoquée.

QI < 80 et QI >130 :

En ce qui concerne le QI des enfants des deux groupes, nous avons exclu les enfants présentant un quotient d'intelligence hors de la moyenne du WISC IV afin d'écarter toute possibilité de retard mental (QI<80) ou de précocité (QI>130).

La prise de Ritaline :

Nous n'avons pas exclu les enfants suivant ce traitement. Cependant, la plupart des enfants ont effectué les tests orthophoniques et neuropsychologiques avant que les neuropédiatres du service prescrivent la prise de Ritaline.

Troubles sensoriels :

Des troubles de la vision ou de l'audition, susceptibles d'interférer avec certains tests, ont été écartés sur l'avis des médecins qui suivaient ces enfants.

B. Procédure :

La passation s'est faite à l'hôpital de l'Archet, dans le service de Pédiatrie.

Les enfants de l'étude étaient vus deux ou trois fois : une première séance pour le langage oral, une seconde pour le langage écrit et une troisième fois éventuellement si quelques tests supplémentaires étaient à réaliser.

Pour ce mémoire, concernant les tests du langage oral, le temps de passation est variable : entre 1h30 et 2h selon l'enfant.

L'ordre de passation des épreuves tient compte de la surcharge cognitive qu'imposent certaines épreuves ainsi que de la fatigue qu'accumulent les enfants au fil des épreuves.

Nous avons donc utilisé un ensemble de tests orthophoniques :

- **EEL** (Epreuve pour l'Examen du Langage) de Chevrie-Muller
- **E.CO.S.SE** (Epreuve de Compréhension Syntaxico-Sémantique) de P.Lecocq
- **ELO** (Evaluation du Langage Oral) de Khomsi
- **EVIP** (Echelle de Vocabulaire en Images Peabody) de C.M. Thériault-Whalen, L.M.Dunn
- **L2MA** (Langage oral, Langage écrit, Mémoire, Attention) de Chevrie-Muller
- **TLOCC** (Test du Langage Oral Complexe chez les Collégiens) de N. Maurin

C. Que cherchons-nous à évaluer ?

Le dictionnaire d'orthophonie donne la définition suivante du terme « évaluer » : « dans son sens le plus général, c'est l'action qui consiste à apprécier, à déterminer la valeur, le prix ou l'importance de quelque chose. En psychologie, l'évaluation est relative à la notion de test. En effet, les échelles de cotation ou d'évaluation ont pour objectif d'introduire les moyens permettant d'enregistrer le comportement pathologique de manière systématique et standardisée. En orthophonie, l'évaluation est d'une part relative au bilan initial ; d'autre part, sous la pression de l'assurance maladie dans le contexte actuel de la maîtrise des dépenses de santé, l'évaluation prend le sens de l'estimation des résultats d'une rééducation orthophonique. » [7]. Autrement dit, l'évaluation est un acte clinique visant à apprécier les performances langagières de l'individu au moyen de tests ou de grilles d'analyse.

Partir de l'idée que l'on va évaluer « le langage » est bien trop vague pour permettre une démarche structurée. Le langage est une entité très large qui se définit différemment selon le point de vue que l'on adopte. C'est un « acte physiologique (réalisé par différents organes du corps humain), psychologique (supposant l'activité volontaire de la pensée), social (permettant la communication entre les hommes) » [7]. L'orthophoniste se trouve dans l'obligation de se placer dans un cadre théorique précis (cognitivist, linguistique, psycholinguistique, organiciste...) sur lequel appuyer sa pratique évaluative.

J.A. RONDAL définit le langage en ces termes : « Fonction de communication basée sur un système de correspondance forme-sens. (...) Le langage est le produit de l'intégration de plusieurs sous-systèmes » [29]. Cinq sous-systèmes sont généralement identifiés : niveau phonologique, niveau lexico-sémantique, niveau morphosyntaxique, niveau pragmatique,

niveau discursif. Chacun de ces sous-systèmes dispose d'une certaine autonomie par rapport aux autres. Cette autonomie relative oblige à les évaluer séparément afin de distinguer précisément quel est l'aspect langagier coté.

A ces cinq sous-systèmes s'ajoute la dimension métalinguistique. « Par activité ou connaissance métalinguistique, on entend la prise de conscience que l'on peut effectuer de tel ou tel aspect de l'organisation d'une langue. » [29]. Ainsi se dégage un niveau « méta » pour chaque sous-système langagier :

- * Métaphonologie : pouvoir épeler un mot correctement
- * Métalexicologie : pouvoir s'interroger sur les sens d'un morphème lexical
- * Métamorphosyntaxe : pouvoir faire varier la forme des mots en fonction de la structure de la phrase
- * Méta pragmatique : pouvoir adapter les formes données à l'énoncé pour agir sur autrui
- * Métadiscours : pouvoir identifier et varier les différents types de discours, organiser l'information dans la trame discursive.

Fonctionnement langagier et connaissance métalinguistique sont deux dimensions à distinguer clairement : on peut fonctionner correctement au plan langagier (produire et comprendre une infinité d'énoncés) sans avoir une « connaissance consciente » des niveaux d'organisation de la langue. Dans l'optique d'un diagnostic orthophonique, cela rend difficile et pas toujours pertinente l'évaluation des niveaux « méta ». Il existe d'ailleurs très peu de tests permettant d'explorer ce champ de connaissances.

Inversement, le fait de disposer de connaissances métalinguistiques ne garantit nullement un fonctionnement langagier supérieur à la moyenne, en termes de clarté articulatoire, de correction grammaticale, ou de richesse expressive. Les prises de conscience métalinguistiques, lorsqu'elles interviennent, sont plus tardives que le développement des capacités fonctionnelles qui permettent à tout un chacun de parler et comprendre sa langue maternelle.

1) Le niveau phonologique :

Bien que ce niveau corresponde au Bilan Phonétique du Langage, nous l'avons inclus ici car certaines batteries d'évaluation du langage comportent des épreuves phonologiques.

Le phonème est une « unité abstraite (car non stable et non identifiable dans la parole à strictement parler) résultant de la troisième articulation (A. MARTINET), son ou bruit de la chaîne parlée, résultant de la combinaison de plusieurs traits articulatoires » (28). La phonétique étudie le son vocal indépendamment de la langue à laquelle il appartient (l'Alphabet Phonétique International doit distinguer, pour décrire toutes les langues du monde, quelques cinq cents sons) alors que la phonologie travaille à l'intérieur d'une langue donnée, où elle étudie le rôle de chaque son. Le système phonologique de sa langue maternelle revêt pour le locuteur une importance particulière : c'est lui qui détermine sa perception des sons.

2) Le niveau lexico-sémantique :

Le lexique est « l'ensemble des unités de langue que possède un individu ou une communauté linguistique, que ces unités soient exprimées verbalement (vocabulaire actif) ou qu'elles existent de façon potentielle, étant comprises sans être exprimées (vocabulaire passif). » En linguistique, ces unités de langue sont appelées lexèmes. Le lexème est parfois désigné sous le terme de morphème lexical. Dans la séquence [parlons], « parl » est le morphème lexical, « -ons » est un morphème grammatical qui fait partie du niveau morphosyntaxique. Le lexème possède un contenu sémantique : ensemble de traits sémantiques appelés sèmes (unité signifiante minimale dont la combinaison avec d'autres sèmes renvoie à la structuration du signifié (aspects conceptuel du mot)). Par exemple, [homme] comprend entre autres les sèmes : mâle, adulte.

Sur le plan développemental, il est intéressant de se demander si la composition sémique est complète dès les premières utilisations d'un lexèmes par l'enfant, ou si elle s'enrichit progressivement. Des recherches ont montré que les sèmes les plus importants sont contemporains des premières utilisations correctes d'un lexème. Toutefois, un enrichissement sémique est toujours possible avec le progrès des connaissances individuelles et se poursuit tout au long de l'existence.

On parle donc de niveau lexico-sémantique en raison des liens étroits qui lient un mot au sens qu'il véhicule. Nous ne comprenons ou n'utilisons un mot que s'il a du sens pour nous. Ce sens peut être juste, incomplet, erroné. Un des rôles de l'évaluation sera de déterminer l'étendue et la qualité du lexique maîtrisé par le sujet.

3) Le niveau morphosyntaxique :

La morphosyntaxe étudie les variations de formes des mots dans la phrase en fonction des règles de combinaison régissant la formation des énoncés. Cela revient à étudier les morphèmes grammaticaux (flexion verbale, dérivations, marques du genre, du nombre...) et la syntaxe.

Aussi, en morphologie, l'évaluation s'intéressera plus particulièrement aux marquages :

- du genre et du nombre sur les articles
- du genre, du nombre, de la personne, de la réflexivité sur les pronoms
- du genre, du nombre sur les adjectifs
- de la personne, du temps, du mode sur le verbe
- du genre et du nombre sur le participe.

En syntaxe, on s'intéressera :

- aux différents types de syntagmes (nominaux, verbaux, prépositionnels, adverbiaux, attributifs, conjonctifs)
- aux différents types de phrases (déclarative, exclamative, interrogative, impérative)
- aux accords grammaticaux à l'intérieur des syntagmes
- aux conjonctions de coordination et aux adverbes qui établissent des rapports entre les phrases
- à la co-référence pronominale : un nom peut être produit dans une phrase pour être repris pronominalement dans la phrase suivante.

4) Les niveaux pragmatique et discursif :

La pragmatique est née des insuffisances de l'analyse formelle de la compréhension et de la production en linguistique structuraliste. En effet, la situation de communication était totalement négligée. Or, des études ont montré que cette situation de communication conditionne les modes de compréhension et de productions langagières. Le niveau pragmatique concerne donc les aspects sociaux du langage. On entend par là, la capacité du sujet à adapter le contenu de son discours à la situation, à son interlocuteur, aux connaissances de l'interlocuteur sur le sujet du discours... Cette dimension assez récente s'intéresse à l'« acte de langage » (selon AUSTIN). On replace l'énoncé dans la situation d'émission afin

d'analyser l'intention du locuteur et le résultat obtenu sur l'interlocuteur. L'énoncé, contrairement à la phrase étudiée en morphosyntaxe, tient compte des contraintes intralinguistiques et extralinguistiques. Cette capacité demande une acquisition au même titre que les autres dimensions linguistiques. Les enfants doivent apprendre à communiquer leurs intentions, à gérer une conversation, à traiter l'implicite...Ce niveau trouve donc tout naturellement sa place dans le cadre d'une évaluation du langage.

Le niveau discursif en linguistique renvoie à l'enchaînement organisé d'énoncés oraux ou écrits se rapportant à un thème, énoncés qui peuvent être articulés en paragraphes consacrés au développement de sous-thématiques particulières. On se situe ici au niveau de l'organisation des idées au sein d'une argumentation. Deux dimensions discursives seront intéressantes à évaluer : l'organisation structurale du discours et l'utilisation des dispositifs qui permettent la cohésion du discours.

Il faut considérer également les composantes structurales du langage pour chacun des deux grands volets de l'activité langagière que sont la production du langage (expression) et la réception du langage (la compréhension).

Voyons d'abord le versant réceptif :

- ✚ Une première forme de *compréhension* est *non linguistique* car elle consiste à décoder le sens d'un message à partir du contexte situationnel, des éléments prosodiques (comme par exemple, l'observation des réactions du sujet face à un geste accompagné d'une exclamation).
- ✚ Une deuxième forme de *compréhension* est *linguistique* mais limitée au décodage du lexique employé dans le message. Cette forme est utilisée dans les épreuves de désignation du type : Montre-moi la « chaise ».
- ✚ Une troisième forme de compréhension correspond à une *analyse lexicale et morphosyntaxique* plus complète. On la rencontrera dans des consignes du type : Montre-moi « la banane est au milieu des oranges ».

L'évaluation doit être suffisamment ciblée pour nous permettre de **qualifier** et **quantifier** la compréhension des différentes composantes structurales du langage.

Maintenant, voyons le versant productif :

- ✚ *L'imitation provoquée immédiate* : il s'agit en fait d'une tâche de répétition. Ce type de production est celui qui présente la contrainte maximale pour l'enfant.
- ✚ *Le complément d'énoncé* : on demande au sujet de compléter une phrase laissée en suspens ou une phrase à trou. Ce type de tâche permet de cibler l'élément à réinjecter dans la phrase.
- ✚ *Le langage spontané* : dans ce cas, la contrainte peut être nulle (l'enfant s'exprime sur un sujet qu'il choisit) ou plus importante lorsqu'on propose un support imagier (« Que se passe-t-il sur cette image ? »).

Dans les deux cas, le recueil du corpus peut être très riche en information dès lors qu'on prend le temps d'analyser finement le lexique et les structures grammaticales employés par l'enfant.

Après avoir vu succinctement ce que nous cherchions à évaluer dans les bilans orthophoniques d'une manière générale, nous décrirons dans la partie suivante les différents tests orthophoniques qui nous ont servi lors de la réalisation de ce mémoire.

D. Les tests orthophoniques :

❖ EEL :

Il a été créé en 1981 par C. Chevrie-Muller, A.M. Simon, M.T. Le Normand et S. Fournier. Ce test a pour objectif d'évaluer la compréhension lexicale, morphosyntaxique et sémantique de l'enfant mais également d'évaluer l'expression au niveau lexical, morphosyntaxique, sémantique et pragmatique. De ce fait, il permet d'établir un profil de langage de l'enfant évalué.

Matériel :

La batterie contient 28 images pour l'épreuve de **phonologie-dénomination** (deux de ces images sont en noir), 5 objets : une gomme, une glace, une bougie, un bouton et une allumette pour l'épreuve de **phonologie-dénomination** ; 29 images pour l'épreuve de **vocabulaire-dénomination** et pour la désignation d'images ; 6 images « pièges » pour l'épreuve de **désignation d'images** ; une série de 5 images constituant une histoire (coloriées par l'expérimentateur) pour les épreuves **récit sur images et compréhension verbale** ; 4 canards

(2 marchent, 2 nagent) et 2 bassins pour l'**épreuve des canards** ; 3 boîtes de jetons pour l'**épreuves couleurs et jetons** et enfin 10 images pour les **épreuves « différent/pareil »**.

Description :

Epreuve d'articulation : il s'agit de tester les capacités de l'enfant à reproduire l'articulation d'un phonème dans le contexte le plus simple (6 syllabes à répéter)

Epreuve de phonologie : Il s'agit de la répétition de mots faciles mais également de mots difficiles. On apprécie la réalisation de la parole au niveau du mot dans la séquence qui constitue le mot.

Expression : elle s'évalue en fonction d'une épreuve de vocabulaire-dénomination, d'une épreuve des couleurs, d'un récit d'une histoire courte et d'un récit sur images « La chute dans la boue » dans lequel six variables ont été étalonnées : causalité, nombre d'idées et de redoublement du sujet par un pronom, chronologie, rapport du nombre de phrases complexes au nombre total de phrases, nombre de temps employés.

Compréhension : elle comporte une épreuve dite « des canards » : il s'agit d'exécuter des ordres simples par la manipulation de quatre canards ; une épreuve de jetons où l'enfant doit comprendre deux phrases simples et deux phrases complexes, une épreuve de différence, une épreuve « pareil », une autre concernant la compréhension verbale de mots interrogatifs insérés dans des phrases interrogatives sur des situations représentées dans le récit « La chute dans la boue » et enfin une épreuve de désignation d'images.

Rétention : Il s'agit de la répétition de chiffres, de phrases du clown et de la reproduction de structures rythmiques.

Cotation :

Ce test permet une analyse quantitative avec la possibilité de calculer un pourcentage de réussite pour chaque item de chaque subtest. A l'aide de la grille sur le protocole d'examen, un profil des résultats peut être directement établi, mettant en évidence d'éventuelles dissociations entre les secteurs. De plus, une analyse qualitative peut être également réalisée à travers les différents types d'erreurs de l'enfant.

❖ E.CO.S.SE :

Ce test a été créé par P. Lecocq en 1996 et a pour objectif **d'évaluer la compréhension d'énoncés** et éventuellement comparer celle-ci en modalité auditive et visuelle (lecture).

Le test comprend un manuel de passation, le livre avec les images et les phrases cibles ainsi que la feuille de correction.

Le temps de passation est d'environ une quinzaine de minutes.

Description :

Vérification de la connaissance du vocabulaire à travers 10 verbes, 7 adjectifs, 1 adverbe et 33 noms, en compréhension par de la désignation et en expression par de la dénomination.

Epreuve de compréhension : elle porte sur 23 blocs de 4 items comportant des énoncés illustrant une structure syntaxique donnée. Ces énoncés sont présentés par ordre croissant de complexité structurale. Une fois la phrase cible prononcée, l'examineur présente une feuille sur laquelle se trouvent 4 dessins parmi lesquels le sujet doit choisir en pointant du doigt sur l'un des quatre quadrants.

Pour les premiers blocs, les dessins distracteurs sont surtout destinés à contrôler la solidité des connaissances lexicales.

L'ordre de complexité est le suivant :

- Syntagmes nominaux (Dét + N)
- Adjectifs seuls
- Phrase simple
- Verbes à l'infinitif
- Phrase négative simple
- Non seulement mais aussi – A la fois
- Phrases simples + prépositions
- Phrases actives renversables
- Phrases avec pronoms (sujet, objet, pluriel)
- Mais pas
- Phrases avec pronoms (sujet, objet, masculin, féminin)
- Ni...Ni
- Phrases avec prépositions (devant, derrière, dans, sur)
- Phrases avec prépositions (au-dessus, au-dessous, sous)
- Relative en « qui »
- Comparatif et superlatif
- Passives
- Effacement ou remplacement de la relative
- Relative en « que »

- Coréférence ambiguë du pronom
- Adjectifs ordinaux spécifiés ou non
- Relatives complexes

Analyse :

Ce test permet une **analyse quantitative** à travers la comparaison de réponses données par l'enfant aux résultats fournis par l'étalonnage. Celui-ci précise les pourcentages obtenus pour chaque image désignée lors de la normalisation. Cela permet de juger si l'erreur du sujet testé a été fréquente ou au contraire, aberrante. Une **analyse qualitative** est également possible en relevant les différentes structures morphosyntaxiques qui posent un problème à l'enfant.

❖ **ELO :**

Il s'agit de la batterie d'Evaluation du Langage Oral de Khomsi. Elle est composée de six épreuves et doit être considérée comme un bilan de langage oral complet. Elle est destinée à décrire et évaluer, lors d'un bilan de « première intention », les diverses composantes de la compétence orale. Elle repère et analyse ainsi les troubles du développement du langage. Elle permet immédiatement de réaliser un profil de l'enfant et de le situer par rapport aux normes. De plus, ce test prend en compte, s'il y a lieu, l'hétérogénéité du profil de chaque enfant afin d'établir une stratégie de prise en charge personnalisée.

Sa passation est rapide, environ 30 minutes voire un peu plus selon l'âge et les performances de l'enfant évalué.

Description :

Elle est composée des épreuves de Vocabulaire, Phonologie, Compréhension et Production Linguistique, aussi bien en réception qu'en production. Une analyse clinique fine de ces domaines permet d'établir des profils individuels et de proposer une épreuve spécifique afin d'approfondir la composante sur laquelle il y a lieu d'intervenir, directement ou indirectement.

Vocabulaire : elle comporte deux épreuves :

- **Lexique en réception (LexR)** : l'enfant désigne une image parmi quatre à partir d'un nom d'objet proposé (20 planches).
- **Lexique en Production (LexP)** : l'enfant dénomme une image en répondant à la question « qu'est-ce que c'est ? » (série de 50 images) ou « qu'est-ce qu'il fait ? » (série de 10 images pour les plus jeunes).

Compréhension :

L'enfant choisit une image parmi quatre, correspondant exactement à l'énoncé proposé. Pour une partie des énoncés, il est implicitement demandé une deuxième désignation en cas d'erreur. Cette épreuve est composée de deux sous-ensembles :

- **L'épreuve C1** (jusqu'à fin GSM) à contenu "imageable" pour lesquels une représentation de l'image cible peut être construite à partir de compétences morphosyntaxiques minimales.
- **L'épreuve C2** est proposée à partir de la GSM ; elle comporte 16 énoncés à contenu imageable ou inférentiel mettant en œuvre des compétences morphosyntaxiques complexes et/ou des compétences méta-discursives.

Cette épreuve permet de décrire les stratégies de compréhension :

- selon la taille de l'unité linguistique traitée (stratégie lexicale, propositionnelle, narrative)
- selon le type de représentation cognitive auquel renvoie l'énoncé (stratégie de compréhension imagée, stratégie de compréhension inférentielle)
- selon les connaissances utilisées (stratégies pragmatiques, stratégies méta-discursives).

Phonologie :

L'épreuve de **Répétition de Mots** (RepM) évalue la phonologie lexicale. La première série est facile, même si tous les mots ne sont pas nécessairement familiers. La deuxième série comporte des mots beaucoup plus complexes, ce qui la rend sensible à tout trouble phonologique.

Production linguistique :

Deux épreuves sont utilisées pour explorer les compétences morphosyntaxiques de l'enfant :

Répétition d'Énoncés pour les enfants de maternelle.

Production d'Énoncés dans laquelle l'enfant complète une phrase du type :

« Sur cette image, il n'y a qu'un seul oiseau ; sur l'autre image il y a... plusieurs oiseaux ».

Cette épreuve met en évidence les dysfonctionnements linguistiques impliquant le traitement de la morphologie ou de la syntaxe, ainsi que les dysfonctionnements pragmatiques dans lesquels l'enfant ne tient pas compte du contexte linguistique et pragmatique proposé.

Analyse :

Des profils, construits à partir des notes globales, permettent d'identifier les caractéristiques particulières du fonctionnement de chaque enfant, entre autres, le caractère dysharmonique ou non des diverses composantes explorées. Ils sont complétés par des profils spécifiques à chaque épreuve, construits à partir de diverses sous-notes calculées qui permettent d'affiner l'analyse des cas.

La plupart des épreuves sont organisées de telle sorte qu'un critère d'arrêt permet de ne pas utiliser l'ensemble des items. La cotation se fait normalement par « âge scolaire », c'est-à-dire en fonction de la classe.

❖ **EVIP :**

Ce test de vocabulaire a été créé par C.M. Thériault-Whalen, L.M. Dunn en 1993 mais en réalité, il s'agit d'une adaptation québécoise du test américain Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn et Dunn, qui a été révisée en 1965.

Son objectif est d'évaluer la compréhension lexicale d'un sujet (y compris en cas d'analphabétisme) ainsi que de dépister des aptitudes scolaires et de la déficience intellectuelle.

Il est constitué d'un manuel commun aux formes A et B et de planches de dessins. Son âge d'application est de 2 ans 6 mois à 18 ans et sa passation peut durer de 8 à 15 minutes.

Description :

Il est composé de deux formes parallèles (A et B). Chaque forme présente 5 items d'entraînement puis 170 items rangés par ordre croissant de difficulté. Les lexèmes se regroupent en 18 catégories sémantiques. Chaque item consiste en quatre dessins en noir et blanc, présentés sur une carte. Le sujet doit désigner parmi les quatre images celle qui illustre le mieux la signification du mot cible prononcé à haute voix par l'examineur.

On présente de 25 à 50 items de difficulté appropriée. Les items trop faciles ou trop difficiles sont éliminés.

Cotation :

À la fin de la passation, nous calculons le score brut de l'enfant pour ensuite obtenir un score normalisé à l'aide des annexes du manuel, un rang centile ainsi qu'une équivalence d'âge des résultats de l'enfant.

Une analyse quantitative et qualitative est possible à travers les erreurs de l'enfant.

❖ **L2MA :**

Le L2MA est une batterie « Langage Oral, Langage Ecrit, Mémoire et Attention » créée par C. Chevrier-Muller, A.M. Simon et S. Fournier en 1997.

Elle a pour objectif de faire un bilan complet des aptitudes et des déficits d'enfants d'âge scolaire (CE2 à CM2), de mettre en évidence des difficultés d'apprentissage ainsi que des troubles du langage écrit avec séquelles de troubles du langage oral.

Son âge d'application est de 8 ans 6 mois à 11 ans 6 mois et son temps de passation de 75 à 90 minutes. Cependant, il est fortement recommandé de faire passer la batterie en deux temps : 1- langage oral et mémoire 2- langage écrit et attention.

Matériel :

Cette batterie est composée d'une mallette contenant le matériel, les images, les planches nécessaires à la passation des différents subtests, le cahier d'enregistrement, le cahier de passation destiné à l'enfant, le manuel, un chronomètre et un magnétophone est conseillé.

Description :

LANGAGE ORAL : 7 subtests (exploration des versants compréhension et expression)

Nous évaluons ainsi les capacités phonologiques, les facilités d'accès au stock lexical et les capacités morphosyntaxiques.

Compréhension : elle est testée à travers l'exécution d'ordres simples

Evocation du mot à travers la fluence phonologique, la fluence sémantique et les antonymes ou contraires.

Expression : elle est testée à travers la phonologie c'est-à-dire la répétition de « mots difficiles » et le vocabulaire.

Intégration morphosyntaxique

LANGAGE ECRIT : 9 subtests

Nous recherchons les éventuelles stratégies de lecture de l'enfant ainsi que la vérification de l'efficacité de sa lecture et cherchons également à évaluer ses capacités de décodage auditivo-phonétique à travers une dictée de logatomes et une dictée de texte ainsi que définir ses capacités d'encodage d'un texte (récit écrit).

Lecture-compréhension :

- Appariement texte-images
- Lecture-flash
- Morpho-syntaxe
- Lecture-puzzle

Lecture-stratégies :

- Logatomes « assemblage »
- Mots réguliers
- Mots irréguliers « adressage »

Orthographe :

- dictée de logatomes
- dictée de texte (orthographe phonétique, d'usage, grammaticale)

Récit écrit (rédaction d'un texte)

AUTRES CAPACITES TESTEES :

Mémoire :

Différentes types de mémoire sont testés : la mémoire immédiate à contenu sémantique (mots, phrases) ou non sémantique (chiffres), la mémoire de travail (répétition de chiffres à l'envers) et la mémoire différée.

L'*attention* est testée à travers le test de barrage (test d'attention continue)

Les *aptitudes visuo-motrices* sont mises en évidence par la copie de figures géométriques.

Analyse :

Une analyse quantitative peut être réalisée avec les notes étalonnées qui permettent d'établir un profil de l'enfant.

Une analyse qualitative peut également être réalisée à travers les erreurs de l'enfant.

❖ **TLOCC :**

Le TLOCC, Test de Langage Oral Complexe pour Collégien (de la 6^{ème} à la 3^{ème}), a été créé par N. Maurin, orthophoniste.

Selon elle, quand un collégien consulte en orthophonie pour des motifs comme difficulté de langage écrit, problème de compréhension ou d'une manière plus floue "difficultés scolaires", il convient de s'assurer avant tout de ses capacités de langage oral complexe, indépendamment de tout écrit.

C'est pourquoi elle a créé le test de Langage Oral Complexe pour Collégien (TLOCC) qui est un outil clinique évaluant le niveau de langage oral complexe des collégiens entre trente et quarante-cinq minutes, selon son auteur. Sous une forme exclusivement orale, il teste le vocabulaire (compréhension et expression), et la phrase (morphologie et sens).

Description :

Vocabulaire Compréhension : c'est une épreuve composée de 40 items dans laquelle l'enfant doit désigner les images après que l'examineur ait prononcé le nom-objet. Le choix des mots a été choisi en fonction des difficultés rencontrées souvent chez les jeunes concernant :

- les noms génériques
- la précision partie/tout (cage thoracique/sternum, colonne vertébrale/vertèbre)
- le flou et la pauvreté des champs lexicaux
- la méconnaissance culturelles (historiques, géographiques...) ou scolaires.

Vocabulaire Expression : nous testons ce domaine à partir d'une épreuve de dénomination de 40 items dans laquelle le jeune doit dénommer les images présentées devant lui. Cette épreuve survient environ 25 minutes après l'épreuve de désignation. Il a été prouvé que le mot qui aura été montré dans la première épreuve ne pourra être produit dans la seconde épreuve par un sujet qui ne le possède pas en dénomination.

Phrases Morphologie : cette épreuve est composée de 27 items explorant la forme des pronoms, des verbes, des conjonctions à travers des phrases à compléter.

Phrases Sens : de la même façon, cette dernière épreuve est constituée de 28 items explorant les relations de cause/conséquence, la comparaison, la gestion temporelle fine, l'hypothèse, la généralisation et la concession/opposition.

Analyse :

D'un point de vue quantitatif, nous calculons l'écart-type en fonction des réponses du jeune et déterminons ainsi dans quelle mesure le sujet s'éloigne de la moyenne de son âge. On peut ainsi déterminer une « norme ».

Quant au qualitatif, nous pouvons obtenir également un profil de l'adolescent en relevant le type d'erreurs effectuées tout au long des items.

❖ T.L.C

Le TLC (Test Lillois de Communication) est un bilan de communication créé par Marc ROUSSEAU, Anne DELACOURT, Nathalie WYRZYKOWSKI et Muriel LEFEUVRE au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Orthophonie de Lille.

Il s'adresse plus particulièrement aux patients cérébro-lésés, mais son utilisation peut être élargie à d'autres pathologies (démences, adulte sourd, jeune adolescents par exemple). Ce

sont des constatations cliniques qui ont motivé son élaboration. Pourquoi certains patients possédant de bonnes capacités langagières et gestuelles communiquent peu ? A l'inverse, pourquoi d'autres sont de bons communicateurs alors qu'ils ne disposent que de peu de moyens en expression verbale ou non verbale ?

Le TLC est constitué de trois grilles d'évaluation :

- Attention et motivation à la communication,
- Communication verbale,
- Communication non verbale.

Les épreuves proposées respectent un contexte d'interaction naturelle.

E. Les tests psychologiques :

Lors de l'étude, cas par cas, de nos populations ci-dessous, nous présenterons leurs résultats aux différents tests, notamment les tests psychologiques. Nous les avons déjà décrits lors de la première partie de ce mémoire ; par conséquent, nous n'y reviendrons pas ici mais nous vous invitons à vous y référer si besoin est, à partir de la page 35 de ce mémoire.

F. Analyse quantitative et qualitative :

Dans un premier temps, nous ferons une présentation générale des deux populations avant de décrire ensuite les enfants les uns après les autres en exposant de manière quantitative et qualitative les résultats trouvés à travers les tests. Puis en seconde partie de l'analyse, nous rechercherons d'éventuelles corrélations entre les résultats d'enfants THADA dysphasiques aux tests orthophoniques et les résultats des enfants dysphasiques non THADA à ces mêmes tests.

II. Analyse pratique :

A. Présentation de la population :

1) Les enfants dysphasiques avec Trouble de l'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention :

Notre population d'enfants diagnostiqués hyperactifs est issue de l'hôpital l'Archet II, dans le service du Dr Richelme.

Nous avons analysé, au total les résultats de 10 enfants. Cependant, cinq d'entre eux présentaient une déficience mentale légère ou bien représentaient un trop grand écart d'âge par rapport aux autres enfants, ce qui nous a contraints à ne pas les intégrer à notre recherche.

Notre travail a donc été basé sur les résultats de 5 enfants instables dysphasiques.

- Elodie : 12 ans 11 mois, en 5^{ème}, suivi orthophonique.
- Flavie : 9 ans 6 mois, CE2, suivi orthophonique.
- Julien : 14 ans 10 mois, 4^{ème}, suivi orthophonique.
- Marine : 10 ans 1 mois, CM2, suivi orthophonique.
- Nathan : 10 ans 3 mois, CM1, suivi orthophonique.

Nous relevons un écart de 5 ans et 4 mois entre l'enfant le plus jeune et le plus âgé pour cette population.

2) La population témoin : les enfants dysphasiques

Notre population contrôle a été testée également au Centre de Référence, à l'Archet II, dans le même service que pour les enfants précédents.

Nous avons analysé, au total 6 enfants. Cependant, un d'entre eux présentait une déficience mentale légère, ce qui nous a contraints à ne pas l'intégrer à notre recherche.

Nous relevons un écart de 4 ans et 6 mois entre l'enfant le plus jeune et le plus âgé pour cette population.

- Rébecca : 9 ans 10 mois, CE2, suivi orthophonique.
- Antoine : 9 ans 6 mois, CE2, suivi orthophonique.
- Sophie : 10 ans 11 mois, CM1, suivi orthophonique.
- Quentin : 11 ans 6 mois, 6^{ème}, suivi orthophonique.
- Victor : 14 ans 2 mois, 5^{ème}, suivi orthophonique

Nous présentons ci-dessous les données chiffrées sous la forme de moyennes concernant l'âge et le QI des deux groupes d'enfants :

➤ L'âge :

	Age chronologique
Enfants THADA dysphasiques	11 ans
Enfants Contrôles	10 ans 7 mois

Tableau 1 : Moyennes de l'âge des enfants des deux groupes

Nous ne notons pas de différence significative entre les deux groupes d'enfants pour l'âge.

➤ Le QI :

	QI		
	Verbal	Performance	Total
THADA dyph.	77,2	97,6	87,2
Contrôles	82,5	97,3	91

Tableau 2 : Moyennes des scores au QI des enfants des deux groupes

Nous avons exclu de la moyenne du QI un des enfants du groupe contrôle faute de bilans psychologiques terminés lors de la rédaction de ce mémoire.

Cependant, comme précédemment, ce tableau ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes d'enfants pour le QI.

Nous présenterons ci-dessous l'ensemble des enfants et leurs résultats des tests passés.

B. Analyse quantitative et qualitative :

LES ENFANTS DYSPHASIQUES AVEC THADA :

ELODIE: 12 ans 11 mois, en 5^{ème}, suivi orthophonique

Anamnèse :

Il s'agit d'une première enfant d'une fratrie de trois, sans antécédents familiaux particuliers. Concernant la grossesse, cette dernière a été perturbée sur le plan psychologique et l'accouchement difficile du fait d'une présentation par la face chez un gros bébé. Durant la petite enfance, aucun problème d'alimentation ou d'acquisition de la propreté n'est à noter. Par contre, le sommeil a été longtemps perturbé, la marche tardive (14 mois ½) et le langage particulièrement retardé, il n'est apparu qu'à l'âge de 4 ans et Elodie était très peu compréhensible. Elle ne disait que quelques mots à l'entrée à la Maternelle. Elle était plutôt renfermée sur elle-même, au moment de l'intégration en crèche puis a eu une tendance à mordre les autres enfants. Mais, l'entrée en Maternelle a permis une bonne intégration chez une enfant gaie et sociale malgré les difficultés d'expression.

D'un point de vue psychomoteur, son développement a été normal dans l'ensemble, la motricité globale a toujours été satisfaisante mais Elodie est un peu moins performante en motricité fine et présente encore aujourd'hui d'importantes difficultés d'orientation temporo-spatiale.

Elle a été suivie en orthophonie en moyenne section de maternelle pour un retard de parole et de langage oral précoce pendant 4 ans et par la suite il y a eu un suivi pédopsychiatrique puis une reprise de l'orthophonie en CM2. Actuellement, elle est suivie deux fois par semaine pendant une heure.

Elodie a appris à lire au CP mais les difficultés manifestées au CE1 et CE2 ont nécessité un maintien en CE2 qui a été profitable.

Actuellement, c'est une jeune préadolescente normalement intelligente dont les capacités mnésiques sont entravées par le trouble du langage. Elle est au collège et est suivie régulièrement en consultation au Centre de Référence dans le cadre d'un suivi de troubles spécifiques de développement du langage oral de type dysphasie lexico-syntaxique.

Son adaptation au collège a été satisfaisante avec une bonne participation des enseignants aux aménagements pédagogiques. Sur le plan psychoaffectif, il ne semble pas exister de trouble associé ni de trouble de la structuration de la personnalité.

Les divers bilans réalisés ont permis de poser le diagnostic de dysphasie et de mettre en évidence un déficit des fonctions attentionnelles. Un traitement par Ritaline 30 mg a été prescrit il y a deux ans, il est bien toléré et semble efficace sur les apprentissages scolaires.

Bilans neuropsychologiques :

Nous détaillerons ici succinctement les résultats des tests neuropsychologiques effectués dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire.

- Le WISC IV :

Elodie obtient un QI Total = 83. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous dans le tableau :

ICV (compréhension verbale) = 57	IMT (Mémoire de Travail)= 88
IRP (Raisonnement Perceptif) = 111	IVT (vitesse de traitement)= 100

Ses capacités mnésiques sont défectueuses dans le domaine verbal du fait du trouble spécifique du développement du langage et sont entravées dans le domaine visuel par un manque d'attention aux détails.

- L'épreuve de CMS :

Cette épreuve donne un indice de mémoire générale (66) bas en raison des très faibles scores obtenus en Mémoire Verbale Immédiate (52) et Mémoire Verbale Différée (51) ; l'Indice de Reconnaissance Différée (79) s'améliore significativement ; par contre l'Indice d'Apprentissage (59) reste très faible.

Les scores obtenus en Mémoire Visuelle Immédiate (93) et Mémoire Visuelle Différée (106) sont significativement meilleurs à ceux obtenus en Verbal ; ils confirment les troubles d'ordre dysphasique et confirment également les difficultés mnésiques en relation avec le trouble du langage oral concernant la mémoire verbale, qu'elle soit différée ou bien la mémoire de travail.

- Le WISCONSIN

Ce test confirme une lenteur d'adaptation, une tendance à donner des réponses persévératrices mais une bonne intégration de la consigne et une flexibilité mentale suffisante. Il a mis en

évidence un fonctionnement exécutif correct avec une performance dans l'ensemble moyenne. La coopération et l'effort fourni sont excellents ; le rapport obtenu est bon ; Elodie présente une capacité suffisante de conceptualisation avec du matériel non verbal mais sa pensée manque un peu de flexibilité.

Elle maîtrise bien son impulsivité; son attention et sa concentration sont bien mobilisées dans l'épreuve à laquelle elle participe très volontiers. Il est important de préciser qu'elle est aidée par la prise en charge médicamenteuse de son trouble de l'attention qui lui permet d'obtenir de performances satisfaisantes dans le domaine non verbal.

D'une manière générale, les tests du bilan neuropsychologique confirment une dysharmonie cognitive très significative aux dépens de l'indice de compréhension verbal en relation avec les troubles du langage oral.

Il existe également un trouble spécifique d'attention associé, de même qu'une atteinte de la mémoire de travail dans le domaine verbal mais aussi un trouble de la mémoire dans le domaine visuel.

Bilan orthophonique :

Nous présenterons les résultats des différents bilans en fonction de leur versant : compréhension et expression.

COMPREHENSION :

Pour tester la compréhension d'Elodie, trois tests ont été utilisés :

- le T.L.O.C.C,
- le ELO
- l'ECOSSE.

✓ Compréhension lexicale :

TLOCC : Elodie obtient un résultat de 22/80, la situant à un $- 2\sigma$ par rapport aux enfants de 5^{ème}. On note des difficultés devant les noms génériques (échassiers, agrumes, oléagineux) en particulier mais aussi une grande pauvreté des champs lexicaux.

ELO : En lexique en Réception, elle obtient un score de 14, ce qui est inférieur au centile 10 pour des enfants de 10 ans. Ce score est l'équivalent de la moyenne attendue en Grande Section de Maternelle. Beaucoup de mots ont semblé inconnus à Elodie.

☞ Elodie a donc un **trouble majeur de la compréhension lexicale**.

✓ Compréhension morphosyntaxique :

E.CO.S.SE : Elodie réalise 6 erreurs ce qui la situe dans une tranche d'âge de 10 ans-10 ans 9 mois. Les phrases traitant les pronoms ou l'ambiguïté coréférentielle des pronominaux sont difficiles ainsi que celles employant le traitement du comparatif ou du superlatif.

T.L.O.C.C : Elle obtient un score de 8/56, la situant à -2σ par rapport aux enfants de son âge. Il est important de noter que 15 items n'ont pu être cotés par manque de réponses d'Elodie. On relève des difficultés principalement sur la cause/conséquence, la comparaison, la généralisation mais aussi sur la concession/opposition.

☞ Elodie a également un **trouble majeur de la compréhension morphosyntaxique**.

EXPRESSION :

Afin de tester l'expression chez Elodie, il lui a été présenté les tests suivants :

- Le L2MA
- Le T.L.O.C.C
- Le ELO

✓ Articulation :

Il existe un **sigmatisme interdental** sur [s]et [z].

L'articulation des groupes consonantiques /vr/ et /gr/ n'est pas automatisée, nous notons souvent une antériorisation en /tr/ et /dr/.

✓ Phonologie :

Nous lui avons proposé l'épreuve de phonologie du L2MA. Elodie a alors réalisé 3 erreurs soit l'équivalent à un écart-type de -0,5 par rapport aux enfants de 10 ans. D'un point de vue

qualitatif, nous noterons que la répétition de mots difficiles est altérée avec souvent l'omission de phonèmes.

✚ Elodie présente un **trouble de la production phonologique**.

✓ Evocation lexicale :

T.L.O.C.C : Elodie obtient un score de 12/80 la situant à -2σ par rapport aux enfants de son âge. Beaucoup d'objets n'ont pas été nommés, du fait d'un manque du mot important. Certains étaient donnés à travers une périphrase qui renvoyait directement au mot précis, ce que nous avons accepté et, quelques mots ont été donnés avec une erreur phonétique, souvent des omissions (sûrement dû au trouble de la production phonologique sous-jacent) mais nous les avons acceptés sauf si l'erreur produisait un mot ayant un sens.

ELO : Son résultat en lexique en production est 31 (QQC=31), la situant au centile 10 des enfants de CM2. Ce résultat est la moyenne attendue en fin de CE1, début CE2.

Qualitativement, nous notons un manque du mot ne cédant pas toujours à l'ébauche orale et des confusions sémantiques telles que « harpe/accordéon » ou bien « vis/tournevis ».

✚ Elodie a donc un **trouble sévère de l'évocation lexicale**.

✓ Expression morphosyntaxique :

ELO : Elle obtient un résultat de 22/25, équivalent à une moyenne attendue des enfants en CM1. Cela est donc représentatif d'un retard par rapport à son âge réel. Nous notons des difficultés sur des phrases impliquant l'accord genre/nombre d'un mot ou adjectif, l'utilisation de la phrase passive et quelques difficultés également sur les flexions verbales et les différents temps.

L2MA : A l'épreuve *d'intégration morphosyntaxique*, elle obtient 3, la situant à -1σ de la moyenne des enfants de 10 ans.

L'emploi des temps et des mots de liaisons est inapproprié. Les phrases restent très simples. Nous avons présenté l'épreuve morphosyntaxique du *T.L.O.C.C*, néanmoins, l'épreuve n'a pu être cotée tellement les scores étaient faibles. Les items introduisant l'emploi de pronoms étaient impossibles ainsi que ceux employant des conjonctions ou locutions conjonctives.

✚ Par conséquent, Elodie a un **trouble de l'encodage morphosyntaxique**.

✓ Production de récit :

Elodie devait nous raconter l'histoire du « Petit chaperon rouge ». D'un point de vue qualitatif, nous retrouvons les marqueurs du trouble de l'encodage morphosyntaxique et également du manque du mot. Nous constatons que son récit est très pauvre et peu informatif avec beaucoup de répétitions et de temps de latence. Les phrases sont simples (S + V + COD) et aucune phrase relative n'est possible. Nous notons également l'absence de marqueurs temporel et spatial et un seul mot de liaison est employé « et ».

CONCLUSION :

Le bilan du langage oral réalisé confirme une dysphasie lexico-syntaxique atteignant essentiellement la compréhension lexicale et morphosyntaxique, l'expression morphosyntaxique étant de meilleure qualité même si cette dernière reste tout de même déficitaire.

Le fait d'avoir une expression morphosyntaxique meilleure que la compréhension peut être une hypothèse pour expliquer le retard de diagnostic pour cette enfant.

Nous retrouvons donc un **trouble majeur de la compréhension orale**, un **trouble sévère de l'évocation lexicale** avec un **stock lexical très réduit**, un niveau de **production phonologique assez faible** par rapport à son âge ainsi qu'un **trouble sévère de l'encodage morphosyntaxique**.

FLAVIE: 9 ans 6 mois, en CE2, suivi orthophonique

Anamnèse :

Comme les enfants précédents, il s'agit également d'une enfant THADA dysphasique.

Sur le plan médical, il s'agit d'une petite jumelle née prématurément à 35 semaines, avec absence de pathologie néonatale. Il est à noter que les deux petites filles souffrent d'une anomalie génétique, un triple X du chromosome 22, anomalie qui reste toutefois bénigne. Nous n'avons pas exclu Flavie de notre population car, après quelques recherches sur cette

anomalie chromosomique, nous avons constaté qu'elle était bénigne et n'influençait aucunement les troubles du langage.

Nous notons également une anomalie du voile du palais court diagnostiqué à l'âge de cinq ans devant une voix nasonnée et rhinolalique. A l'examen du voile, l'ORL note une petite déhiscence au dessus de la luette mais une bonne fermeture, il n'y a pas de fente sous-muqueuse, ni de luette bifide. Aucune intervention chirurgicale n'est conseillée immédiatement mais une rééducation spécifique est nécessaire. Le bilan de l'audition est normal et on ne note pas de dysmorphie associée.

Il est difficile de déterminer s'il existe une relation entre l'anomalie génétique et les difficultés d'apprentissage scolaire. De même, l'anomalie du voile du palais n'explique pas l'ensemble du trouble du langage mais peut majorer les difficultés.

D'un point de vue scolaire, elle a redoublé son premier CE1 où elle ne bénéficiait pas encore d'un projet personnalisé de scolarisation. Elle a eu un vécu scolaire très difficile, de par ses troubles du langage oral sévère. Lors de son deuxième CE1, avec un changement d'école et une participation active des enseignants dans le projet, elle adhère beaucoup mieux aux apprentissages scolaires. Elle bénéficie actuellement d'une auxiliaire de vie scolaire individuelle.

Malgré son trouble important du langage oral, la communication est bonne et aucun problème relationnel avec les autres enfants ou adultes n'est à noter. Flavie est décrite par son entourage comme une petite fille très discrète qui ne parle pas beaucoup.

Elle est suivie dans un CMP, nous ne notons pas de trouble psychologique majeur mais probablement une immaturité affective en relation sûrement avec les troubles du langage.

Bilan neuropsychologique :

Une évaluation cognitive a été réalisée à l'âge de 7 ans et deux mois et révélait une intelligence normale avec cependant une différence de 16 points aux dépens du quotient intellectuel de performance, ce qui est paradoxal compte tenu de l'importance de son trouble du langage oral. Au non verbal, les notes les plus basses concernent les domaines visuo-spatiaux, grapho-moteurs et ceux mettant en jeu les capacités d'attention.

QI v = 106	QI p = 90	QI t = 98
------------	-----------	-----------

Elle a bénéficié également d'une évaluation cognitive avec la NEMI et le K-ABC. L'efficacité cognitive peut être considérée comme normale moyenne avec cependant un profil évocateur de trouble spécifique du langage oral, l'ensemble des épreuves faisant appel au langage sont chutées alors que les matrices analogiques correspondent à sa classe d'âge de même que la copie de figure. On note également une altération de la mémoire de travail.

Concernant le K-ABC, l'ensemble des épreuves faisant appel aux connaissances verbales et à la lecture (déchiffrement et lecture compréhension) sont également chutées. Cette même hétérogénéité est retrouvée à la NEPSY.

Un trouble attentionnel est associé aux difficultés langagières, mais aucun traitement médicamenteux n'est à ce jour envisagé. L'évolution clinique permettra de trancher.

Bilan orthophonique :

COMPREHENSION :

✓ Lexicale :

Il s'agit de l'épreuve de *lexique en réception* du ELO. Flavie obtient un résultat égal à 15. Si nous la cotons sur la base du CM1 (c'est-à-dire en fonction de son âge réel), son résultat la situe au centile 10 ; si nous la cotons en fonction de la classe dans laquelle elle est actuellement (CE2), son résultat la situe également au centile 10. On notera quelques confusions sémantiques : « guitare » pour « trompette » ou bien « poireau » pour « courgette ».

Son score la situe alors dans la moyenne attendue des enfants de CP.

⇒ Flavie a un **trouble sévère de la compréhension lexicale.**

✓ Morphosyntaxique :

L'épreuve de l'E.CO.S.SE révèle 20 erreurs, soit en dessous du centile 10 pour sa classe d'âge. Son résultat est l'équivalent attendu pour des enfants entre 5 ans 5 mois et 5 ans 9 mois.

D'un point de vue qualitatif, la compréhension des phrases complexes est très difficile. Toutes celles, notamment avec des prépositions topologiques, des formes passives, deux groupes nominaux, sont échouées.

✚ Flavie présente donc un **trouble majeur de la compréhension morphosyntaxique**.

EXPRESSION :

✓ Phonologie :

A l'épreuve de *répétition de mots* du ELO, Flavie obtient 28 ce qui la situe dans la moyenne attendue pour des enfants de Grande Section de Maternelle.

Nous notons des déplacements de phonèmes ainsi que des omissions :

« kiosque → [skiOs] » « casque → [kaks] » « Horloge → [OlOj] »

Du fait de son anomalie du voile du palais, nous notons également une rhinolalie ouverte importante avec une déperdition nasale audible et un nasonnement.

✚ Flavie a un **trouble sévère de production phonologique**.

✓ Lexicale :

Elle obtient un résultat égal à 27 à l'épreuve de *lexique en production* du ELO, ce qui la situe à un niveau très inférieur au centile 10 des enfants de CE2 (l'épreuve n'est pas étalonnée pour des enfants de CM1). Ce score est l'équivalent de ce qui est attendu en fin de Grande Section de Maternelle-début CP.

L'évocation orale est donc très altérée et elle ne cède pas toujours à l'ébauche orale.

Qualitativement, nous notons un **manque du mot massif**, des altérations sémantiques (« tabouret → chaise » ; « ampoule → lumière »...) et un temps de latence très important.

✓ Morphosyntaxique :

Au subtest morphosyntaxique du ELO, elle obtient 12, score la situant à un niveau très inférieur au centile 10 du CE2. Son niveau correspond à un niveau de Grande Section de Maternelle.

Il existe un manque du mot, des erreurs sur les flexions verbales, l'utilisation de la voie passive, la négation, le genre et le nombre. Nous notons également que l'attention-concentration est déficitaire et fait probablement chuter davantage les résultats.

✚ Flavie présente alors un **trouble majeur de l'encodage morphosyntaxique**.

✓ Production de récits :

-Récit sur images : « la chute dans la boue » tirée de la batterie EEL.

L'ordre chronologique est correct avec toutefois une aide. Nous notons des difficultés dans la structure du récit avec un manque du mot important, l'évocation lexicale étant altérée comme nous l'avons vu précédemment. Il existe un agrammatisme avec des mots juxtaposés sans mots de liaison, avec un vocabulaire et des marqueurs temporels absents, et un temps de latence très important.

-Récit spontané :

Flavie a choisi de nous raconter deux histoires « les trois petits cochons » et « le petit chaperon rouge » mais ces dernières se retrouvent vite entremêlées rendant le discours confus. Il est à noter également de nombreux marqueurs de déviance : un manque du mot, des altérations sur les flexions verbales et les pronoms mettant de nouveau l'accent sur la présence d'une dyssyntaxie, aucun accord en genre et en nombre n'est produit, pas de mots de liaison non plus et comme précédemment de nombreux temps de latence.

-Récit d'une histoire entendue :

Nous retrouvons les mêmes troubles que précédemment. Les troubles de l'évocation lexicale et syntaxique et les temps de latence rendent le récit très peu informatif.

CONCLUSION :

Suite à l'analyse de ces différents tests, nous pouvons conclure à des troubles majeurs du langage oral retentissant sur l'expression et la compréhension et évoquant ainsi une dysphasie lexico-syntaxique. Nous notons un **trouble majeur de la compréhension orale**, un **trouble phonologique**, un **trouble de l'évocation lexicale** avec un **manque du mot massif** et un stock lexical insuffisant et un **trouble majeur de l'encodage morphosyntaxique**.

JULIEN: 14 ans 10 mois, droitier, en 4^{ème}, suivi orthophonique

Anamnèse :

Julien est le deuxième enfant d'une fratrie de deux. Il est né trois semaines avant le terme et, durant la période périnatale, il aurait présenté des soucis de santé jusqu'en maternelle

(nombreuses pharyngites). Des problèmes de sommeil et des difficultés alimentaires sont également à noter dans les six premiers mois de sa vie.

Par la suite, le langage a été très tardif (4ans), de même que la marche (18 mois), et la propreté (diurne 3ans et nocturne 10 ans, elle fut traitée médicalement et par kinésithérapie).

Dans les antécédents familiaux, la maman aurait également présenté un retard d'acquisition du langage oral, avec difficulté d'organisation du langage. De même, son grand frère, né en 1989, a développé des problèmes de langage à la suite d'une opération à l'âge de 3 ans (tumeur kystique de la fosse postérieure).

A son entrée en maternelle, Julien n'était pas compréhensible. Il a dès lors été pris en charge au CMP de Grasse, en lien avec son retard d'acquisition de langage. Par ailleurs, il présentait une certaine agressivité avec ses pairs. Il a été vu par une orthophoniste jusqu'en CE1, classe qu'il a redoublée, puis a repris un suivi en CM2.

Julien est traité sous Ritaline à raison de 30 à 40 mg par jour.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Ce test a été réalisé sous Ritaline. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous :

ICV (compréhension verbale) = 76	IMT (Mémoire de Travail)= 70
IRP (Raisonnement Perceptif) = 107	IVT (vitesse de traitement)= 83

On note une différence significative de 31 points entre le raisonnement perceptif strictement normal et homogène et la compréhension verbale chutée avec essentiellement des notes très faibles en vocabulaire et compréhension. Il existe également un trouble de la mémoire de travail verbale associé et de la vitesse de traitement ainsi que des difficultés d'attention majorant le déficit en mémoire de travail et de vitesse de traitement.

Sur le plan verbal, ce test a mis en évidence que les compétences d'abstraction et de synthèse verbale sont chutées, du fait de troubles sémantiques importants. Sa capacité à comprendre les normes et conventions socioculturelles semblent également très chutées, correspondant à un niveau déficitaire comparativement à son âge. Parallèlement à cela, son niveau de

connaissance culturelle est tout à fait adapté, témoignant de son investissement des connaissances environnantes.

Par ailleurs, la capacité à retenir des informations juste après les avoir entendues est déficitaire en rétention immédiate. Lorsque mémoire et traitement mental sont combinés, Julien est en grande difficulté pour effectuer un double traitement (manipulation mentale et maintien en mémoire). Sa capacité de mémorisation et de traitement séquentiel d'informations est réduite. Son attention auditive est globalement chutée comparativement au reste de ses compétences.

On confirme des difficultés d'apprentissage et de mémorisation en modalité auditive comparativement à la sphère visuelle. Les compétences attentionnelles sont également très chutées, et Julien présente une lenteur globale du traitement de l'information.

Les tests neuropsychologiques ont également mis en évidence un déficit de l'analyse visuelle à travers le test de barrage des cloches ainsi qu'un déficit des capacités visuo-constructives avec le test de la figure de Rey échoué.

Bilan orthophonique :

Nous présenterons les résultats des différents bilans en fonction de leur versant : compréhension et expression. Le T.L.O.C.C et la N-EEL ont été utilisés.

COMPREHENSION :

Il s'agit du T.L.O.C.C.

	Résultats de Julien	Moyenne attendue en 4ème
Compréhension lexicale	30/80	53/80
Compréh. Morphosynt.	20/56	38/56

D'un point de vue qualitatif, nous notons des erreurs sur des phrases concernant les rapports de cause/conséquence (4 échecs sur les 8 phrases) et de concession/opposition (5 échecs sur 5 phrases) ainsi que sur des phrases comparatives ou employant la notion de condition (3 échecs sur 4 dans les deux cas).

En compréhension lexicale, son résultat le situe à -2σ des adolescents de 4^{ème} et en compréhension morphosyntaxique, son résultat le situe à -2σ également.

✚ Julien présente des **troubles majeurs de compréhension lexicale et morphosyntaxique d'énoncés**.

EXPRESSION :

Pour tester la parole (la production phonologique), il a été présenté l'épreuve des N-EEL à Julien. Son résultat est 7/12, ce qui le situe à -1σ par rapport à la moyenne des enfants de 8 ans, ce qui justifie bien la **persistance d'un retard de parole**, étant donné son âge réel.

Pour l'expression lexicale et morphosyntaxique, la suite de la batterie du T.L.O.C.C a été proposée :

	Résultats de Julien	Moyennes de 4 ^{ème}
Expression lexicale	16/80	42/80
Expression morphosynt.	22/50	33/50

De nombreuses erreurs sur les formes verbales ainsi que sur les conjonctions sont à noter dans les productions de Julien ainsi que sur quelques pronoms. Nous noterons également des méconnaissances culturelles (historiques) et scolaires avec la notion entre autre de « oléagineux » qui n'est pas connue.

En expression lexicale, son résultat le situe à -2σ et en expression morphosyntaxique, cela le situe environ à $-1,5\sigma$ par rapport à la moyenne des jeunes de son âge.

✚ Julien présente des **troubles majeurs d'encodage morphosyntaxique d'énoncés** ainsi que des **troubles majeurs d'évocation lexicale**.

CONCLUSION :

Nous présenterons ci-dessous une moyenne des résultats de Julien d'un point de vue lexical (en expression et en compréhension) ainsi que d'un point de vue morphosyntaxique (en expression et en compréhension) :

SCORE TOTAL	Résultats de Julien	Moyenne attendue en 4 ^{ème}
Vocabulaire	46/160	95/160
Construction morphosynt.	42/106	70/106

Ses résultats totaux en vocabulaire et en morphosyntaxe le situent tous les deux à -2σ de la moyenne des adolescents de 4^{ème}.

A travers ces données quantitatives et qualitatives, nous pouvons conclure que Julien présente des **troubles majeurs de compréhension lexicale** ainsi que des **troubles importants de compréhension morphosyntaxique d'énoncés**.

Au niveau de l'expression, nous notons également des **troubles majeurs d'évocation lexicale**, un **niveau faible de production phonologique** par rapport à son âge et des **troubles majeurs d'encodage morphosyntaxique d'énoncés**.

Au terme des différents bilans réalisés, à savoir, orthophonique (langage oral et langage écrit) et évaluation cognitive, nous pouvons diagnostiquer un trouble spécifique du développement du langage oral évoquant une **dysphasie lexico-syntaxique** touchant à la fois le versant expressif et réceptif.

MARINE: 10 ans 1 mois, en CM1, suivi orthophonique

Anamnèse :

Il s'agit d'une première enfant d'une fratrie de deux, la jeune sœur scolarisée au CP est également suivie en orthophonie, il existe des antécédents de troubles spécifiques des apprentissages dans la famille : des difficultés scolaires chez la maman avec un trouble de la compréhension du langage écrit, un oncle et une cousine dyslexiques.

Aucune pathologie néonatale n'est à signaler chez Marine. Au cours des six premiers mois de la vie, on note des difficultés alimentaires mais aucun trouble du sommeil. Cependant, en grandissant, ils sont apparus sous forme de somnambulisme. Son développement psychomoteur a été normal mais très rapidement elle a été décrite comme maladroite avec une hyperactivité motrice. Elle a été propre à l'âge de 2 ans et a acquis la marche aux alentours des onze mois.

En grandissant, elle est décrite de plus en plus comme étant une enfant agitée, changeant souvent d'activités, se lassant très vite. Elle est incapable d'attendre son tour et se met quelques fois en danger sans s'en rendre compte.

Jusqu'à l'âge de six ans, sa mère signalait des difficultés d'élaboration de la pensée et des troubles phonétiques qui se seraient amoindris avec le temps. En Petite Section de Maternelle, les couleurs ont été difficilement apprises et l'examen médical effectué au CP montrait une mémoire verbale chutée. De nouvelles difficultés scolaires sont repérées en CE2 où elle est alors suivie pour la première fois par une orthophoniste. Cette dernière révèle un retard de parole et de langage oral, une dyslexie et une dyscalculie.

Actuellement, elle est en fin de CM1, n'a redoublé aucune classe jusqu'à maintenant mais semble présenter à l'heure actuelle des difficultés dans toutes les matières. Elle est décrite par ses enseignants comme étant inattentive, peu concentrée, démissionnant face aux difficultés et s'investissant de façon moindre à l'école au fil des ans.

Elle est suivie en orthophonie et en psychothérapie.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous :

ICV (compréhension verbale) = 86	IMT (Mémoire de Travail)= 88
IRP (Raisonnement Perceptif) = 81	IVT (vitesse de traitement)= 118

Globalement, l'évaluation neuropsychologique révèle une intelligence normale relativement homogène entre le niveau verbal et non verbal, le niveau non verbal étant normalement plus faible.

Les connaissances générales sont faibles en relation probablement avec le désinvestissement scolaire. On note d'importantes difficultés concernant une logique déductive et les capacités d'abstraction et des fonctions exécutives sont gênées par une impulsivité et un trouble attentionnel. L'attention est atteinte dans ses différentes formes, divisée, soutenue et sur plusieurs modes.

Bilan orthophonique :

L'EVIP, l'ECOSSE, le L2MA et le ELO sont les tests qui lui ont été présentés pour évaluer ses deux versants du langage oral (compréhension et expression).

COMPREHENSION :

✓ Lexicale :

Le test EVIP consistant à désigner une image correspondant à un mot prononcé oralement, situe Marine au centile 27 des enfants de son âge, ce qui donne une équivalence d'âge de 8 ans 11 mois (score brut = 95; score normalisé = 91). Marine ne semble pas avoir un important stock lexical, beaucoup de mots la laissent sans réponse.

➤ La **compréhension lexicale** (avec support iconique) est donc **déficitaire**.

✓ Morphosyntaxique :

-A l'E.CO.S.SE, 31 erreurs ont été relevées en désignation. Le niveau est très inférieur à la moyenne par rapport à son âge. En effet, son résultat est dans la moyenne attendue pour des enfants de Petite Section Maternelle.

Du point de vue qualitatif, la compréhension de phrases avec des propositions relatives, des notions spatio-temporelles et des pluriels reste difficile.

-Un second test de compréhension orale (ELO) a été proposé afin de confirmer le résultat. En compréhension immédiate, Marine obtient 11/32, la situant bien en dessous du centile 10 pour des enfants de CM1 ; les énoncés simples imagés ne sont pas compris (9/16 qui est l'équivalent de la moyenne attendue pour des enfants de Grande Section Maternelle) et peu d'inférences sont effectuées (2/16, l'équivalent de la moyenne attendue pour des enfants de CP). Marine est capable de s'auto-corriger en seconde présentation mais la compréhension globale reste malgré tout limitée. Sa note en C2 = 26/32 la situe bien en-dessous du centile 10 des enfants de CM1. Toute phrase avec une relative ou avec un accord genre/nombre est échouée.

Cette épreuve corrobore les résultats précédents : **le traitement morphosyntaxique se montre très déficitaire**.

EXPRESSION :

✓ Versant phonologique :

Il s'agit de l'épreuve de répétition de mots à structure syllabique complexe du L2MA. Marine obtient un score de 27/30 la situant entre la moyenne et -1σ de la classe de CM1.

Des erreurs séquentielles se traduisent par des inversions de syllabes ou de phonèmes, sûrement des **séquelles du trouble de parole** évoqué par la maman lors de l'anamnèse.

✓ Versant lexical :

Il lui a été présenté l'épreuve de lexique en production du ELO. Marine obtient un résultat de 23/50, ce qui la situe en dessous du centile 10 de la moyenne attendue pour les enfants de CM1 (35/50). On relève quelques définitions par l'usage (poireau → « c'est pour manger » ; tabouret → « on s'assoit »...), des hyperonymes (« fleur pour cactus ») ainsi que des confusions sémantiques (« lampe pour ampoule »).

Par conséquent, Marine présente un **trouble majeur de l'évocation lexicale**.

✓ Versant morphosyntaxique :

Il s'agit de l'épreuve de morphosyntaxe du L2MA. Marine a obtenu 2/10 la situant ainsi à -2σ de la moyenne de CM1. Qualitativement, les erreurs vont dans le sens d'une simplification pour la plupart d'entre elles et nous notons de nombreuses erreurs sur les flexions verbales.

↳ Un **déficit d'encodage morphosyntaxique** est par conséquent présent chez cette enfant.

CONCLUSION :

Au terme de ce bilan, nous pouvons diagnostiquer un trouble spécifique du développement du langage oral évoquant une **dysphasie lexico-syntaxique** touchant à la fois le versant expressif et réceptif.

En effet, concernant le versant compréhension, Marine présente un **déficit lexical et morphosyntaxique important**. De même que sur le versant expressif, nous notons un **trouble majeur de l'évocation lexicale ainsi que de l'encodage morphosyntaxique**.

NATHAN: 10 ans 3 mois, CM1, suivi orthophonique

Anamnèse :

Concernant son histoire, aucune particularité médicale n'a été retrouvée, ni dans l'acquisition de la marche, de la propreté et du langage. A 3 ans, Nathan faisait des phrases élaborées.

Ses parents se sont séparés à l'âge de deux ans et demi. Actuellement, il vit au domicile de sa maman et de son beau-père, mais ses parents ont la garde alternée.

On évoque dès le début de sa scolarité des difficultés comportementales et relationnelles. En CP, un redoublement est proposé car peu d'acquisitions ont été intégrées (on observait déjà une faiblesse attentionnelle). En CE1, il a consulté pour la première fois une orthophoniste : le bilan avait montré des difficultés massives d'apprentissage de la lecture et de l'écriture, et un diagnostic de dyslexie/dysorthographe avait été porté, objectivant un suivi depuis, d'une puis deux fois par semaine.

Sur les plans des observations de la maman de Nathan et de son beau-père, on mentionne un comportement parfois puéril, des difficultés de mémorisation, un contenu verbal peu informatif, des difficultés de compréhension en lecture, de langage (des difficultés d'adaptation verbale). En revanche, sur le plan graphisme on ne fait mention d'aucune difficulté.

Sur le plan psychoaffectif, depuis quelques mois, Nathan présente des signes de plus en plus nets de découragement voire de renoncement. Il se déprécie régulièrement et évoque l'image négative que son entourage lui renvoie : moqueries, impatience... Il dit en souffrir beaucoup.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Nathan obtient un QI Total = 80. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous dans le tableau :

ICV (compréhension verbale) = 61	IMT (Mémoire de Travail)= 62
IRP (Raisonnement Perceptif) = 99	IVT (vitesse de traitement)= 71

Le fonctionnement général est hétérogène, et comporte une nette dissociation au détriment des compétences verbales, mnésiques et attentionnelles.

Ses compétences verbales se situent dans l'intervalle limite (ICV = 61). Ses compétences perceptives (IRP = 99) se situent dans l'intervalle moyen.

L'indice de mémoire de travail (IMT = 62) est également déficitaire, de même que celui de rapidité de traitement (IVT = 71).

En ce qui concerne les aptitudes verbales :

En ce qui concerne la compréhension sociale, comparativement aux scores aux autres épreuves, Nathan est plus à l'aise (compréhension = 7/19). De manière générale, il est pénalisé par la difficulté de compréhension, et le manque de flexibilité en situation où il doit mobiliser des compétences langagières pragmatiques.

Ses connaissances en lien avec le monde culturel, scolaire et environnant sont chutées témoignant de la difficulté à intégrer les connaissances scolaires (information = 4/19).

Sur le plan lexical, le langage est très perturbé comparativement à celui d'un enfant de même âge (vocabulaire = 1/19). Le stock lexical est déficitaire. On note des paraphasies nombreuses (siffler → [suflé] ; trompette → [trIpe]).

Au niveau du raisonnement, il présente un raisonnement verbal caractérisé par une difficulté massive d'abstraction et de généralisation verbale (Similitudes = 3/19 – Raisonnement verbal = 4/19).

Les aptitudes non-verbales :

Les capacités d'organisation et de structuration spatiale sont adaptées traduisant de grandes possibilités visuo-constructives (Cubes = 13/19). Le raisonnement déductif et analogique semble adapté pour l'âge, bien que Nathan ne soit pas en mesure d'expliquer sa logique déductive (Matrices = 10/19).

Les capacités de synthèse, de raisonnement et d'extraction de liens logiques sont plus fragiles mais globalement bien plus développées que celles mobilisées par voie verbale (identification de concepts = 7)

En définitive, Nathan présente un fonctionnement cognitif général significativement dysharmonieux, avec des compétences perceptives adaptées et des aptitudes verbales significativement déficitaires. A cela s'ajoute des difficultés de mémorisation, de lenteur. La globalité du tableau laisse bien évoquer un trouble sévère du langage oral. Sur le plan

comportemental, le manque de confiance est important, et Nathan présente une chute importante de son estime de lui.

Bilan orthophonique :

Seul le L2MA a été utilisé pour évaluer la compréhension et l'expression du langage oral de Nathan.

COMPREHENSION :

Elle est testée à travers l'exécution d'ordres simples. Nous analysons le versant lexical et le versant morphosyntaxique à travers l'épreuve de *compréhension de consignes complexes*. Nathan obtient un score de 10/20 ce qui correspond à -2σ de la moyenne attendue pour les enfants de 10 ans. De même, la lecture morphosyntaxique est déficitaire avec un score proche des -1σ par rapport aux enfants de son âge.

D'un point de vue qualitatif, la compréhension est globalement insuffisante. La qualité du stock lexical utilisé et son accès sont faibles. Les consignes même simples ont été difficilement comprises et le trouble lexical est aggravé par la faible capacité mnésique auditivo-verbale.

⇒ Nathan présente un **trouble sévère de la compréhension lexicale et morphosyntaxique**.

EXPRESSION :

✓ Versant phonologique :

Il s'agit de l'épreuve de *répétition de mots difficiles*. Nathan obtient 30/30, le situant ainsi à $+1\sigma$ de la moyenne attendue pour son âge.

⇒ **Aucun trouble de l'articulation ou de la parole n'est relevé.**

✓ Versant lexical :

L'évocation lexicale est testée à travers la fluence phonologique, la fluence sémantique, les antonymes ou contraires et le vocabulaire en dénomination.

-*fluence phonétique* : Nathan obtient un score de 21, le situant ainsi à $+1\sigma$ des enfants de son âge.

-*fluence sémantique* : il obtient également 21 mais cela le situe à -1σ des enfants de son âge. On note une pauvreté des champs lexicaux et des difficultés devant les noms génériques.

-*antonymes/contraires* : Nathan obtient un score de 0/10, ce qui le situe à -2σ de la moyenne attendue pour les enfants de 10 ans. Un manque du mot est à relever. Même en fournissant une facilitation par le contexte sur quelques mots, Nathan échoue. Dès lors, nous pouvons penser à une absence réelle du mot dans son lexique interne et non pas simplement une difficulté d'accès à ce lexique.

-*vocabulaire dénomination* : Il obtient 9/25, le situant ainsi à -2σ de la moyenne des enfants de son âge. Nathan n'est pas aidé par l'ébauche orale qu'elle soit faite par le premier phonème ou par la première syllabe. Cette épreuve teste la richesse du lexique pour le vocabulaire concret. Certaines parties du corps ne sont pas connues et quelques définitions par l'usage ont été données lors de la dénomination de certaines images.

Par conséquent, même si la fluence phonétique ne semble pas chutée, à travers les autres épreuves, nous pouvons dire que Nathan présente un **trouble de l'évocation lexicale**. Certes, la fluence phonétique n'est pas échouée mais peut-être est-ce dû au fait qu'il ne faut pas forcément s'approprier le lexique dans cette épreuve, on ne s'attarde que sur le signifiant sans avoir à connaître le signifié.

✓ Versant morphosyntaxique :

A l'épreuve d'*intégration morphosyntaxique*, Nathan a obtenu 2/10, le situant à -2σ des enfants de 10 ans. Nathan échoue que ce soit lors de la réalisation d'une phrase à partir d'un modèle ou bien lors de la reformulation d'une phrase donnée. Nous notons une méconnaissance de la morphologie et de la syntaxe de la langue que ce soient des phrases simples ou un peu plus complexes.

Il présente donc un **trouble majeur de l'encodage morphosyntaxique**.

D'un point de vue qualitatif, le discours spontané reste informatif s'il est court et orienté. Par contre, lorsque l'échange est plus long ou relate des événements inscrits dans une chronologie

précise ou dans un rapport causal, il devient confus, interrompu de reformulations qui peuvent produire un désordre dans l'utilisation correcte des mots et des règles grammaticales. A noter également que les ruptures attentionnelles sont très fréquentes.

CONCLUSION :

Au terme de cette analyse d'épreuves de bilan, nous pouvons conclure que Nathan présente des troubles spécifiques du langage oral, évocateurs d'une **dysphasie développementale de type lexico-syntaxique**.

Nous relevons une **compréhension lexicale et morphosyntaxique très déficitaire, des troubles majeurs d'évocation lexicale et des troubles d'encodage morphosyntaxique**.

LA POPULATION CONTROLE :

ENFANTS UNIQUEMENT DYSPHASIQUES

REBECCA : 9 ans 10 mois, CE2, suivi orthophonique

Anamnèse :

Rébecca est fille unique. Elle est issue d'une FIV, née à terme et l'accouchement n'a pas posé de problème.

Les premiers développements ont été difficiles surtout en ce qui concerne de l'alimentation, dès la prise de biberons et avec une aggravation lors de l'alimentation diversifiée et de l'introduction de morceaux. Les parents évoquent également un sommeil difficile à se réguler. Les différents stades d'acquisition de la marche se sont normalement succédé mais se sont faits précocement (10 mois) chez une enfant agitée et qui avait tendance à se mettre en danger. L'acquisition de la propreté a également été assez rapide (2 ans ½).

Rébecca a parlé très tard et présentait des troubles du comportement se manifestant à la maison et à l'école. L'intégration en maternelle a été un peu difficile en raison de l'agitation, mais s'est globalement bien passée ; l'apprentissage de la lecture a pu se faire dès le CP.

Elle est suivie en orthophonie depuis l'âge de 4 ans initialement pour un retard de langage sévère.

Aujourd'hui, elle est scolarisée en CE2. L'apprentissage de la lecture lui a permis de remarquablement préciser son langage oral. Elle s'est montrée motivée et volontaire, d'après le père, dans l'apprentissage du langage écrit mais les parents ont vite remarqué qu'elle avait du mal à comprendre ce qu'elle lisait.

D'un point de vue comportemental, Rébecca est une petite fille assez timide mais qui se prête volontiers aux épreuves du bilan.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Rébecca a passé un WISC IV à l'âge de 9 ans 3 mois et obtient un QI total égal à 91. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous :

ICV (compréhension verbale) = 79	IMT (Mémoire de Travail)= 76
IRP (Raisonnement Perceptif) = 92	IVT (vitesse de traitement)= 137

Sur le plan cognitif, le niveau intellectuel évalué au moyen du WISC IV donne un niveau moyen mais présentant des hétérogénéités, bien que la différence entre la compréhension verbale limite (ICV = 79) et le raisonnement perceptif moyen (IRP = 92) ne soit pas significative. La mémoire de travail (IMT = 76) reste également très insuffisante alors que Rébecca obtient un score très supérieur en vitesse de traitement (IVT = 137). Elle semble compenser ses difficultés dans les différents domaines grâce à une bonne rapidité dans l'exécution de tâches graphiques, avec une bonne discrimination visuelle et une mémoire de travail opérante en non verbal, ce qui permet certainement une bonne adaptation sur le plan scolaire. Il faut que Rébecca s'appuie sur cette excellente vitesse de traitement afin de développer les autres domaines faibles.

Dans le domaine de l'affectivité, elle reste une petite fille timide ; elle s'exprime peu, en raison de son trouble du langage. Elle est cependant très coopérante mais peut montrer des signes de fatigue sur la longueur de la tâche. L'anxiété est présente avec la crainte d'exprimer qu'elle n'a pas compris ou ne sait pas.

Bilan orthophonique :

Les tests utilisés en expression ou en compréhension sont le ELO et les N-EEL.

COMPREHENSION :

✓ Versant lexical :

A l'épreuve de compréhension de lexique du ELO, Rébecca obtient 15, ce qui la situe à la limite du centile 10 de la moyenne du CE2. Plus précisément, son résultat est la moyenne attendue en CP.

Ses erreurs sont principalement des confusions sémantiques :

« poussette → [lBdo] », « polo → [pul] », « pomme → [pwar] ».

↳ Rébecca a donc un **trouble de compréhension lexicale**.

✓ Versant morphosyntaxique :

A l'épreuve de compréhension morphosyntaxique du ELO, Rébecca obtient :

CI = 12 et CG = 18. Ces scores la situent bien en dessous du centile 10 de la moyenne attendue en CE2. Ils sont l'équivalent attendu en Grande Section Maternelle.

Nous notons des difficultés particulières dans l'accès aux pronoms relatifs et à la forme passive. Il est important de signaler que Rébecca est capable de s'auto-corriger.

↳ Rébecca a donc un **trouble important de la compréhension morphosyntaxique**.

✓ Compréhension d'une histoire en images (tirée de la N-EEL) :

L'ordre est correctement restitué. Quelques réponses inadaptées aux questions de compréhension sont à noter :

« Quelle est la position du garçon ? → [ilétUsal] ».

« Avec quoi se lave-t-il ? → [tUsFl] . » « Comment se tient-il ? → [tUsal] . »

EXPRESSION :

✓ Versant phonologique :

A l'épreuve de *répétition de mots* du ELO, Rébecca a obtenu un score, RépM = 14, ce qui est bien en deçà du centile 10 de la moyenne attendue en CE2. Son résultat est l'équivalent de la moyenne attendue en deuxième année de maternelle.

Par conséquent, elle présente un **trouble phonologique sévère**.

Nous notons qualitativement :

- Des omissions de sons : « anorak → [anak] », « album → [abFm] »
- Des substitutions non systématiques : [f] → [v/s], [r] → [l]
« anniversaire → [anifèr] », « tracteur → [tlaktFr] »
- Des simplifications des consonnes : [sp], [st], [sk], [tr]... :
« kiosque → [kloS] », « spectacle → [plèktakl] »
« hospitalisation → [OsizasiI] ».

Ces simplifications vont quelques fois jusqu'à des déformations rendant presque impossible l'identification du mot :

« calendrier → [kaéGé] » « thermomètre → [énomètr] »

✓ Versant lexical :

Au ELO, à l'épreuve de *lexique en production*, Rébecca obtient un total de 25, la situant ainsi encore une fois bien inférieure au centile 10 de la moyenne attendue en CE2.

Son résultat est l'équivalent de la moyenne en fin de Grande Section de Maternelle, début de CP.

Nous notons des paraphasies visuelles (« poireau → [sardine] »), des paraphasies sémantiques (« louche → [kvJèr] ») ainsi que quatre manques du mot.

✎ Rébecca présente donc un **trouble majeur de l'évocation lexicale**.

✓ Versant morphosyntaxique :

En *production d'énoncés* du ELO, Rébecca obtient MorSyn = 11, la situant en dessous du centile 10 des enfants de CE2. Plus précisément, ce résultat la situe dans la moyenne des enfants de Grande Section de Maternelle.

Il a été relevé des difficultés dans la fusion préposition/déterminant ([èldOnamBjéaleHa]), une impossibilité de production de la forme passive ainsi qu'une mauvaise adaptation de la morphologie verbale ([léfiJnapadeHapo]).

Il a également été proposé la répétition d'énoncés du ELO. Rébecca obtient un score de 5, ce qui est équivalent à une moyenne de Petite Section de Maternelle. Il est important de signaler de grandes difficultés dans l'encodage syntaxique puisque seules 3 phrases sur 15 sont répétées entièrement.

Qualitativement, nous notons :

- Un trouble de l'encodage de la morphologie verbale : [léBfBprBlekar]
- Des difficultés de restitutions des pronoms relatifs : [ilvwalaviIpase]
- Une voie passive non acquise à l'oral
- Des reprises pronominales : [léBfBisIdBletrC]

↳ Rébecca présente un **trouble majeur de l'encodage morphosyntaxique**.

✓ Récit oral à partir d'une histoire connue :

Il s'agit d'une épreuve de langage spontané, souvent le rappel oral d'une histoire connue (« les trois petits cochons », « Blanche-Neige et les sept nains » etc.).

Nous notons :

- un trouble de l'informativité : Rébecca débute son récit par l'accumulation de faits sans donner de contexte.
- Une dyssyntaxie, avec des reprises pronominales fréquentes, une mauvaise gestion des temps, des erreurs de morphologie verbale et d'agencement de la phrase : « [létrwakoHIimèlefE], [iféBbwaunemèzI] ».
- La présence de connecteurs logiques notamment « après »,
- Une progression adéquate des principaux événements de l'histoire.

CONCLUSION :

Au terme de ce bilan, nous retrouvons différents éléments sémiologiques de la dysphasie lexico-syntaxique : un **trouble de l'encodage syntaxique**, une **hypospontanéité verbale**, avec l'occurrence de **manques du mot**, une **dyssyntaxie**, un **trouble de la compréhension**

morphosyntaxique mais n'atteignant pas la pragmatique en conversation spontanée, un **léger trouble de la compréhension lexicale et des déformations phonologiques**.

Nous ne nous attardons pas sur le langage écrit dans ce mémoire mais il est, toutefois important de signaler, chez cette enfant, une amélioration du langage oral en rapport avec l'apprentissage du langage écrit, qui peut être également une caractéristique de cette dysphasie. Cette constatation est tirée de différents tests passés et étalonnés de bilans du langage écrit.

ANTOINE : 9 ans 6 mois, CE2, suivi orthophonique

Anamnèse :

Il s'agit d'un enfant unique. La période périnatale ne relève rien de particulier.

Le développement psychomoteur, le sommeil et l'alimentation se déroulent normalement. A 2 ans ½, il devient propre la journée et à 12 mois, Antoine a une marche autonome mais présente assez rapidement des problèmes d'orientation dans le temps. A 3 ans ½, on note un retard de langage associé à des otites à répétition nécessitant une paracentèse. La rééducation orthophonique débute très tôt. L'apparition du langage est tardive et les premiers mots sont déformés. A 3 ans, les phrases ne sont toujours pas apparues et Antoine possède un lexique très pauvre. Il a un débit très lent et a beaucoup de difficulté à raconter une histoire. Le retard de langage persiste encore au CP même si l'acquisition de la lecture a été favorable avec un soutien important de la maman et un bon investissement scolaire. Actuellement, les résultats scolaires sont satisfaisants en mathématiques (très bon niveau) et en français. L'audiogramme est normal.

Notons parallèlement qu'il ressent vite un sentiment de dévalorisation envers lui-même.

Des antécédents de troubles de langage chez le père et un cousin germain dysphasique sont à signaler.

Sur le plan psychoaffectif, nous notons une maman très fragile pleurant à l'évocation du décès de ses parents quand elle était jeune ainsi qu'à l'évocation de l'aspect psychoaffectif et de la fragilité de son enfant. La maman exprime également que l'enfant est fragile et se bloque facilement si la personne en face ne comprend pas son langage.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Antoine passe un WISC III à 8 ans 9 mois. Il obtient un QI Total = 96. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous dans le tableau :

QI v = 86	QI p = 108	QI t = 96
-----------	------------	-----------

Sur le plan cognitif, le niveau intellectuel évalué au moyen du WISC III donne un niveau moyen mais avec une discordance significative entre le QI verbal (86) et le QI performance (108) allant dans le sens d'un trouble dysphasique.

Pour ce qui est du fonctionnement intellectuel, le K-ABC met en évidence la même discordance entre les processus séquentiels faibles (80) et des processus simultanés moyens (109). Le niveau de connaissances faibles (87) est entravé par la difficulté au niveau de la conceptualisation verbale.

La figure de Rey montre des difficultés de construction graphique en raison d'une perception visuelle confuse et d'une difficulté d'analyse visuo-spatiale.

Antoine a également été testé au moyen de la NEPSY. Le fonctionnement cognitif analysé confirme que les difficultés se situent essentiellement dans le domaine du langage et interfère sur les performances plus générales du garçon, retentissant sur ses capacités mnésiques ; avec notamment une mémoire de travail très peu performante dans le domaine verbal. Par ailleurs, les capacités attentionnelles fluctuantes semblent entraver la mémoire de travail dans le domaine visuel également.

Les apprentissages scolaires sont bien entendu rendus difficiles par la lenteur idéative et exécutive d'Antoine.

Dans le domaine de l'affectivité, les épreuves projectives montrent un enfant immature qui a du mal à faire l'unité sur le plan affectif et qui présente une forte anxiété quant à ses capacités. Il s'agit d'un enfant qui a besoin d'être rassuré sur ses potentialités afin d'évoluer favorablement. Aucun trouble de la personnalité n'est relevé mais une tendance à l'inhibition, un manque de confiance en soi chez un enfant peu autonome en raison de la surprotection maternelle.

Bilan orthophonique :

Les tests utilisés en expression ou en compréhension sont le ELO et l'EEL.

COMPREHENSION :

✓ Lexicale :

Le stock lexical est normal avec une note LexR = 17 au ELO correspondant à la moyenne du CE2.

Notons les erreurs suivantes :

- Une confusion auditive : « râteau : [rabo] »
- Des confusions sémantiques : « évier : [lavabo] » et « pull : [polo] ».

✓ Morphosyntaxique :

-La compréhension morphosyntaxique est très altérée avec une compréhension globale au ELO égale à 19, ce qui correspond au centile 10 du CE2. Les énoncés inférentiels dans leur globalité ne sont pas compris.

-La compréhension verbale au test EEL se situe en dessous de la moyenne. Rappelons qu'elle évalue la compréhension d'une histoire en images par l'intermédiaire de questions.

-L'épreuve du EEL testant la classification en fonction d'un critère est très pathologique (-3σ).

EXPRESSION :

✓ Phonologie :

La répétition des mots courants est correcte. Nous notons des erreurs sur les mots complexes ou longs :

« kiosque → [kask] » « hospitalisation → [OspilizasJ] »

« moissonneuse-batteuse → [badatèr] »

Du point de vue quantitatif, la répétition de mots se situe en dessous du seuil pathologique pour des enfants de CE2, avec un score égal à 28. Ce résultat correspond à la moyenne attendue pour des enfants de Grande Section de Maternelle.

Il lui a été proposé également l'épreuve de répétition de phrases, qui s'est révélée très altérée.

Il obtient un score de 11 soit la moyenne pour un enfant de Moyenne Section de Maternelle.

↳ Antoine présente donc un **déficit phonologique important**.

✓ Lexique :

Il existe un **trouble important de l'évocation lexicale avec un manque du mot massif** pouvant céder à l'ébauche orale ou au contexte inducteur.

Nous relevons de nombreuses paraphrasies sémantiques :

« ampoule → [lBp] »

« canne à pêche → [kanapwasI] »

« tabouret → [Hèz] »

« poireau → [obèrjine] »

« évier → [lavabo] »

« louche → [lUpe]

Quantitativement, au ELO, Antoine obtient 23 soit un résultat inférieur bien en dessous du centile 10 des enfants de CE2. C'est l'équivalent attendu pour des enfants en Grande Section de Maternelle. Nous notons donc un retard de plus de 4 ans par rapport à son âge réel.

✓ Morphosyntaxe :

A travers l'épreuve morphosyntaxique du ELO, nous constatons également que **l'expression morphosyntaxe est très altérée**. Antoine obtient un résultat égal à 19 soit au centile 25 d'un niveau de CE2.

Qualitativement, nous relevons de nombreuses confusions féminin/masculin concernant des pronoms et des adjectifs, une répétition du sujet avec l'emploi du pronom, une absence du « ne » dans la négation, un pluriel des verbes non acquis et des confusions sur les temps de verbes employés.

✓ Récit sur image :

A travers une histoire en images à raconter tirées du L2MA, il a été noté les mêmes altérations avec un langage peu informatif.

CONCLUSION :

Au total, ce bilan met en évidence un trouble sévère du langage oral évocateur d'une dysphasie lexico-syntaxique chez Antoine avec un trouble massif de la compréhension orale, un trouble massif de l'évocation lexicale et morphosyntaxique (plus modéré) ainsi qu'un déficit phonologique.

SOPHIE : 10 ans 11 mois, CM1, suivi orthophonique

Anamnèse :

Sophie est le deuxième enfant d'une fratrie de deux. Elle est une ancienne prématurée de 31 semaines d'aménorrhée avec un retard de croissance intra-utérin. L'accouchement a été déclaré en urgence par césarienne en raison d'une fièvre importante de la maman associée à une perte des eaux et un liquide amniotique vert. Le bébé a dû être intubé, ventilé pendant une semaine. Les premiers développements ont été difficiles surtout l'alimentation. Le sommeil n'a pas posé de problème. Elle a acquis la propreté le jour à 3 ans mais une énurésie nocturne a persisté jusqu'à 7 ans. Son développement psychomoteur a été retardé, avec une marche à 19 mois, sur la pointe des pieds ; seulement aux alentours de 6 ans, Sophie a marché normalement. Le développement du langage a été normal. L'entrée à la maternelle n'a pas posé de problème ; les difficultés sont apparues en deuxième année de maternelle avec une mauvaise relation à l'enseignante mais la grande section s'est bien passée. Par contre, au CP la fillette a manifestement refusé d'apprendre à lire et écrire, c'est ainsi que le maintien en CP a été préconisé. En septembre, alors qu'elle redoublait son CP et qu'elle était suivie en orthophonie depuis un an, persistait un retard important du langage oral, au niveau de l'expression à la fois morphosyntaxique, vocabulaire et expression des mots abstraits, la conscience phonologique était déficitaire initialement et était en voie d'amélioration de même que la phonologie. Ces éléments relevaient plus, à ce moment-là, de séquelles de retard de langage oral que d'une pathologie spécifique de type dysphasique. Il est à noter un bon investissement de l'enfant et de la famille dans la prise en charge orthophonique.

D'un point de vue comportemental, la maman la décrit comme étant une enfant qui avait quelques difficultés de concentration dans les jeux de société, qui avait peu d'intérêt pour les puzzles mais qu'elle était capable de jouer seule dans sa chambre assez longtemps.

Sur le plan ophtalmologique, Sophie est suivie pour une hypermétropie et un strabisme.

Le premier bilan orthophonique avait mis en évidence un retard de langage oral important avec des troubles importants de pré-requis du langage écrit notamment en ce qui concerne l'orientation temporelle.

A ce même moment, un bilan psychomoteur a été également réalisé. Compte tenu de ses antécédents de prématurité, le psychomotricien avait mis en évidence une bonne organisation spatiale avec seulement un défaut de schéma corporel et temporel.

D'un point de vue psychoaffectif, il existe une très forte inhibition gênant les apprentissages scolaires et pour laquelle elle est suivie en psychothérapie au CMP de Cagnes-sur-Mer. Suite à l'aggravation des troubles psychoaffectifs de type dépressifs, ses parents ont décidé de l'orienter scolairement dans une structure à effectifs réduits avec une pédagogie personnalisée, ce qui semble complètement convenir à Sophie, on note dès lors une amélioration de son intégration scolaire. Elle semble prendre petit à petit confiance en elle. Il existe des antécédents familiaux de dyslexie-dyscalculie chez sa sœur de 14 ans.

Bilan neuropsychologique :

Sur le plan neuropsychologique, Sophie a passé un WISC III à l'âge de 7 ans 7 mois. Il a été mis en évidence une efficience intellectuelle normale avec cependant une différence significative entre le QI verbal (87) et le QI performance (107) de 20 points aux dépens du verbal ; cet élément est en relation avec le retard de langage oral important.

En ce qui concerne le QI verbal, les résultats sont homogènes en dehors du test des similitudes, très chuté, cela en relation avec les capacités d'abstraction et de raisonnement analogique.

Quant au QI performance, les résultats sont également homogènes, on note des difficultés de discrimination visuelle sans trouble à priori spatiale associé, ni de troubles d'attention ou d'impulsivité.

Le K-ABC montre un sujet traitant l'information sur un mode essentiellement séquentiel. L'hétérogénéité entre les processus mentaux composites (84) et les connaissances (61) est en faveur d'un échec scolaire massif. Un point faible en lecture va dans le sens d'un profil dyslexique. Parallèlement, le K-ABC révèle de très bonnes capacités d'attention concentrée confirmées par les épreuves spécifiques d'attention visuelle. Les progressives matrices, qui font appel aux compétences non verbales, montrent un niveau moyen fort ce qui confirme la différence entre le QIV et le QIP.

De la même manière, la figure de Rey est déficitaire en copie mais est améliorée en mémoire, cet élément confirme les difficultés de discrimination visuelle.

Il est également mis en évidence le déficit de la mémoire récit immédiate et de la mémoire différée.

Nous notons une grande fatigabilité chez Sophie en relation avec ses difficultés d'apprentissage.

Bilan orthophonique :

COMPREHENSION :

✓ Lexicale :

Le test EVIP, qui consiste, je le rappelle, à désigner une image correspondant à un mot prononcé oralement parmi quatre autres images, situe Sophie au centile 7 des enfants de son âge, ce qui donne une équivalence d'âge de 8 ans (score brut = 89 ; score normalisé = 78). On note un manque du mot important.

☞ La **compréhension lexicale** (avec support iconique) est donc **très déficitaire**.

✓ Morphosyntaxique :

Sophie présente **des troubles sévères de compréhension morphosyntaxique d'énoncés** d'après l'E.CO.S.SE qui la situe à un niveau de 6 ans 8 mois.

D'un point de vue qualitatif, nous avons relevé de nombreuses réponses erronées concernant notamment :

- L'interprétation des prépositions « sous, en-dessous, au-dessus ».
- Le traitement des relatives en « qui » enchâssées.
- L'interprétation d'une passive renversable.
- Le traitement d'une relative réduite sans participe présent.
- L'interprétation d'une relative objet.
- Le traitement de l'ambiguïté coréférentielle des pronominaux.
- Le traitement d'un adjectif ordinal.
- L'interprétation des relatives circonstancielles enchâssées.

EXPRESSION :

✓ Phonologie :

Sophie présente des **troubles de la production phonologique**, caractérisés par des difficultés à combiner et à programmer séquentiellement les phonèmes composant les mots.

Les déformations phonologiques sont observables dans son langage spontané, mais également dans les épreuves de répétition, même si cette dernière permet d'améliorer ses performances.

En effet, elle produit moins d'erreurs en répétition qu'en spontané, puisqu'on lui fournit un modèle de programmation.

Toutefois, l'épreuve de « *phonologie-répétition de mots difficiles* du L2MA » se décompose de la manière suivante :

- code réussite = 26/30
- Nombre d'erreurs = 6

→ Ce qui est l'équivalent de -2σ par rapport à la moyenne des enfants de CM2 (l'étalonnage est donné pour un niveau CM2, qui correspond à son âge réel).

Nous observons de nombreux déplacements, élisions ou substitutions de phonèmes :

- Pseudonyme → [psEdomine]
- Obscurité → [Okspurité]
- Subtiliser → [subtilijé]
- Cosmopolitisme → [kOsmopolitiz]

Concernant la conscience phonologique, les habiletés métaphonologiques de Sophie ont été testées à travers l'épreuve de la BALE (suppression du phonème initial et fusion de phonèmes initiaux) et les résultats obtenus ont mis en évidence un **trouble de la conscience phonologique**.

✓ Evocation lexicale :

La dénomination d'images (objets, parties du corps et animaux familiers) a été explorée à travers deux épreuves : une du ELO et l'autre du L2MA.

► L'épreuve de Lexique en Production du ELO (QQC) situe Sophie à un niveau inférieur au centile 10 par rapport aux enfants de son âge (26/50). On note quelques définitions par l'usage mais également un manque du mot.

► L'épreuve de vocabulaire – dénomination d'images du L2MA la situe à -2σ de la moyenne des enfants de CM2 (score = 10/25). Nous relevons quelques paraphasies sémantiques.

✚ Sophie présente des **troubles majeurs d'évocation lexicale** ; l'ébauche orale constitue pour elle un moyen de facilitation.

✓ Morphosyntaxe :

A l'épreuve de production d'énoncés du ELO, Sophie se situe à un niveau inférieur au centile 10 par rapport à la moyenne attendue en CM2 (score = 19/25).

Les erreurs concernent les dérivations en nombre des noms et des verbes, en genre des noms et des adjectifs, la construction de la forme passive et les flexions verbales temporelles.

☞ Sophie présente des **troubles d'encodage morphosyntaxique d'énoncés** en langage induit.

✓ Production d'énoncés :

Nous parlerons ici uniquement d'un aspect qualitatif de l'expression langagière, à travers le récit du « Café-Caisse », une épreuve de langage oral suggéré.

Sophie a une expression quantitativement et qualitativement réduite. Son récit est pauvre lexicalement et peu élaboré d'un point de vue morphosyntaxique ; nous pouvons parler de dyssyntaxie, caractérisée par les troubles d'encodage morphosyntaxique mis en évidence précédemment par les différentes épreuves passées (erreurs de maniement des prépositions, pronoms référents, mots fonctionnels...). Sophie présente également d'importantes difficultés à structurer sa pensée, formuler et agencer ses idées.

CONCLUSION :

Au terme de cette analyse d'épreuves de bilan, nous pouvons conclure que Sophie présente un trouble spécifique du langage oral, évocateur d'une **dysphasie développementale de type lexico-syntaxique**.

Nous relevons une **compréhension lexicale et morphosyntaxique très déficitaire, des troubles majeurs d'évocation lexicale** et des **troubles d'encodage morphosyntaxique**. Nous relevons également des troubles de production phonologique au sein de mots complexes qui ne sont habituellement pas spécifiques d'une dysphasie lexico-syntaxique, particularité que nous avons retrouvé plusieurs fois dans les cas précédents. Très rares sont les tableaux purs de dysphasie ; mais au regard des autres troubles majeurs dans les domaines du lexique et de la morphosyntaxe tant en expression qu'en compréhension, ce tableau évoque quand même davantage une dysphasie lexico-syntaxique que toute autre dysphasie.

QUENTIN : 11 ans 6 mois, 6^{ème}, suivi orthophonique

Anamnèse :

Quentin est le troisième enfant d'une fratrie de quatre, ses parents ont tous les deux un niveau d'étude très supérieur et les trois frères et sœurs de Quentin ne posent aucun problème.

La maman évoque la naissance normale de son fils mais une perte de poids et une chute de croissance de l'âge de 6 mois jusqu'à ses 12 mois. Par la suite, Quentin a grandi à son rythme avec ce retard de 6 mois persistant sur toutes les acquisitions.

Les difficultés langagières sont apparues précocement. Son langage a été tardif avec une hypospontanéité en maternelle. A 5 ans, il communiquait peu avec sa famille. Au sein du foyer, deux langues sont utilisées indifféremment (le français et le chinois) mais Quentin avait choisi le français comme mode de communication et parlait avec un débit assez lent. A ce même âge, il buvait encore le biberon et la maman parlait de lui comme étant encore « le bébé, le plus câlin ».

Progressivement, les difficultés de Quentin se sont accentuées, avec initialement un gros retard de langage oral qui s'est ensuite complété avec des difficultés de langage écrit, retentissant de manière négative sur sa scolarité malgré une motivation, une volonté farouche et une aide extrêmement active de la part des parents.

Dès l'âge de cinq ans (GSM), il est suivi en orthophonie pour trouble du langage oral et écrit. Le CP a été très difficile et Quentin a développé une peur de l'école, générant beaucoup de stress. Actuellement, il est toujours très anxieux à l'égard de ses performances et se montre très émotif, peu sûr de lui recherchant toujours un soutien dans le regard de l'adulte. Il n'est pas à l'aise, bien que toujours disponible et se montre fragile, un peu replié sur lui-même n'osant exprimer ses pensées. Il présente des tics de la face et des épisodes de bégaiement quand il s'exprime spontanément. On ne retrouve aucun problème de sociabilité chez ce jeune garçon même s'il a un peu de mal à s'intégrer dans les groupes de garçons de son âge.

Actuellement, il est scolarisé en 6^{ème} et ne bénéficie d'aucune adaptation malgré l'ancienneté de ses troubles.

Bilan neuropsychologique :

- Le WISC IV :

Quentin obtient un QI Total = 80. Il a donc des capacités moyennes relativement homogènes avec au subtest du WISC IV des notes entre 78 et 103. Les résultats des épreuves sont détaillés ci-dessous :

ICV (compréhension verbale) = 78	IMT (Mémoire de Travail)= 79
IRP (Raisonnement Perceptif) = 82	IVT (vitesse de traitement)= 103

Avec un QI T = 80, il est donc à la limite de la déficience intellectuelle et de nos critères d'exclusion définis précédemment mais nous avons jugé qu'il s'agissait tout de même d'un cas intéressant d'un enfant dysphasique au vu de ses difficultés de langage oral.

En compréhension orale, Quentin est capable d'avoir un raisonnement de qualité mais il réalise de nombreuses confusions d'idées ou des confusions sur le sens de certains mots. Le vocabulaire qu'il connaît manque de clarté et de précision. Il est à noter qu'il a besoin de faire répéter à plusieurs reprises la consigne, la question posée avant de la comprendre.

Au raisonnement perceptif, Quentin semble rencontrer un souci de repère spatial et d'organisation spatiale. Dès qu'un dessin devient un peu plus complexe, il ne parvient pas à en percevoir la structure, à en analyser la composition. Il a également des difficultés à trouver des similitudes entre deux dessins.

En mémoire de travail, Quentin a des difficultés lors des épreuves sollicitant l'attention, la capacité à manipuler mentalement les chiffres et les lettres, à se repérer dans les séquences et à les organiser. Il semble vite être débordé par la quantité d'informations à traiter.

Concernant la vitesse de traitement, Quentin obtient un score relatif à son niveau d'âge mais fournit de gros efforts pour ne pas faire d'erreurs.

Bilan orthophonique :

Nous présenterons les résultats des différents bilans en fonction de leur versant : compréhension et expression. Pour Quentin, il a été utilisé l'E.C.O.S.SE, le ELO, le TLC et le T.L.O.C.C.

COMPREHENSION :

✓ Compréhension lexicale :

Il s'agissait de l'épreuve du T.L.O.C.C mais ses résultats ont été bien inférieurs à la moyenne attendue pour son âge. Nous notons un grand manque du mot, aucune connaissance sur les champs lexicaux des bateaux, par exemple, et les termes génériques étaient également inconnus pour Quentin.

✓ Compréhension morphosyntaxique :

A l'E.C.O.S.SE, Quentin a fait 6 erreurs, le situant ainsi à une moyenne d'âge de 9 ans 9 mois, ce qui est pathologique par rapport à son âge réel.

Nous relevons des erreurs essentiellement sur les formes passives et quelques-unes sur les phrases relatives.

⇒ Quentin a donc un **trouble de la compréhension orale morphosyntaxique et lexicale**.

EXPRESSION :

✓ Phonologie :

Il s'agissait des épreuves de phonologie du ELO. Quentin a obtenu 100% de réussite. Les mots sont correctement répétés.

✓ Lexique :

Toujours à partir de la batterie du ELO, Quentin a un score au *lexique en production* de 55, ce qui le situe au centile 90 d'une moyenne d'âge de 10 ans.

Il a également été proposé l'épreuve du T.L.O.C.C et Quentin a obtenu un score de 32/80 se situant donc à -1σ d'une moyenne d'âge des adolescents de sixième.

D'un point de vue qualitatif, l'évocation lexicale n'est pas altérée pour le vocabulaire simple, ce qui peut expliquer les bons résultats à l'épreuve du ELO, mais cette même évocation se situe à -1σ de la moyenne attendue pour le vocabulaire complexe. On notera notamment des difficultés devant les noms génériques et la précision partie/tout.

⇒ Quentin a un léger trouble de l'évocation lexicale, en ce qui concerne le langage complexe.

✓ Morphosyntaxe :

A l'épreuve du ELO, Quentin a 23 bonnes réponses sur 25 attendues, ce qui le situe au centile 50 de la moyenne des enfants de CM2.

Au L2MA, son intégration morphosyntaxe est 3/10 soit -1σ d'une moyenne d'âge de 10 ans.

La construction de phrases est très altérée avec de nombreuses déviations sémantiques.

Au T.L.O.C.C, Quentin a un score équivalent à -2σ au subtest « phrase Morphologie ». On note des difficultés sur les pronoms, les formes verbales et les formes liées aux conjonctions.

✎ A la vue de ces différents résultats présentés ci-dessus, Quentin a un **trouble de l'encodage syntaxique**.

CONCLUSION :

Au terme de ce bilan, nous pouvons mettre en évidence un **trouble sévère de la compréhension morphosyntaxique et lexicale** associé à des **difficultés de l'expression morphosyntaxique et des difficultés lexicales sur le vocabulaire complexe**.

VICTOR : 14 ans 2 mois, 5^{ème}, suivi orthophonique

Anamnèse :

Victor est le deuxième d'une fratrie de deux enfants, sans antécédents familiaux particuliers. Il est né à la suite d'une grossesse très éprouvante pour sa mère. Quelques difficultés se sont greffées par la suite sur le plan moteur. Son développement a été différé avec une marche autonome acquise seulement à 21 mois après un suivi en psychomotricité pendant trois, quatre mois. Néanmoins, le « rattrapage moteur » a finalement été rapide. Les parents décrivent également des difficultés d'alimentation et des réveils nocturnes lorsqu'il était nourrisson. De plus, il a présenté très jeune des signes d'une anxiété notable.

Ensuite et très rapidement, les parents notent des difficultés sur les activités scolaires. Cependant, son adaptation sociale a été bonne dès le début. Concernant la mise en place du

langage oral, elle a été également différée avec toutefois une utilisation des phrases à l'âge de 3 ans.

Ses difficultés scolaires sont signalées dès le CP et vont se majorer tout au long de sa scolarisation en primaire. En cinquième, devant des difficultés croissantes, il est pris en charge en orthophonie pour une dysorthographe pendant un an. Cela ne va pas l'empêcher de redoubler cette classe et lors de cette période de redoublement en début d'année, on note une forte dévalorisation avec des idées dépressives malgré un projet d'accueil individualisé. Lors des passations pour le bilan orthophonique, Victor fait donc sa deuxième cinquième mais elle s'avère catastrophique : manque d'attention total, problèmes de discipline, démotivation scolaire... Il présente également des difficultés d'orientation dans le temps mais la motricité fine et globale semble être normale. Il parle de difficultés particulières à accéder au sens du langage oral et dit parfois connaître des sensations de manque du mot.

Bilan neuropsychologique :

Concernant l'évaluation neuropsychologique, le WISC III révèle des difficultés dans les subtests vocabulaire, complètement d'images et arrangement d'image. D'autres épreuves du WISC IV, en cours de réalisation, permettent tout de même de mettre en évidence de bonnes compétences dans le domaine abstrait visuo-spatial. Il n'existerait pas de déficit de la mémoire de travail et la figure de Rey est réussie.

La passation du bilan n'étant pas finie et cotée, nous ne pouvions à l'heure où ce mémoire a été rédigé apprécier le domaine de compréhension verbale et le confronter au raisonnement perceptif qui paraît performant. Cependant, Victor manifeste une grande rapidité et de l'aisance dans la résolution de problèmes au moyen de matrices analogiques, confirmant ainsi son aptitude au raisonnement abstrait lorsqu'il ne repose pas sur le langage. Son raisonnement correspond à celui d'un adulte et à un QI total de 120. Ainsi, il est doté d'une intelligence qui le situe à un niveau « supérieur » lorsqu'elle est évaluée en dehors du langage.

Ces aptitudes lui ont permis jusqu'à présent de minorer l'expression d'un trouble développemental du langage dominant sur le versant réceptif.

Ce trouble spécifique du développement interfère notablement avec sa réussite scolaire et la qualité de la communication avec autrui.

Bilan orthophonique :

Nous présenterons les résultats des différents bilans en fonction de leur versant : compréhension et expression.

COMPREHENSION :

Pour tester la compréhension de Victor, trois tests ont été utilisés :

- le T.L.O.C.C,
- le TLC
- l'ECOSSE.

✓ **Compréhension lexicale :**

Il lui a été présenté le T.L.O.C.C et Victor obtient un score de 40, le situant à -1σ de sa moyenne d'âge. Son score est donc pathologique et objective **l'insuffisance du stock de mots compris** que ce soient des mots d'un même champ lexical ou bien des mots génériques.

✓ **Compréhension morphosyntaxique :**

E.CO.S.SE :

Victor a réalisé 7 erreurs, équivalent à -1σ de la moyenne des jeunes adolescents de son âge.

Il existe donc **un trouble de la compréhension morphosyntaxique** entravant la compréhension de consignes complexes si elles ne sont pas reformulées.

TLC :

Phrases ambiguës :

Son score est de 14, ce qui le situe à $-2,5\sigma$ de la moyenne attendue. Ce score est pathologique, le double sens est très difficilement géré par Victor. Il ne parvient pas à expliquer et à discriminer les différents points de vue. Se détacher de sa réponse initiale pour entrevoir une autre manière de considérer l'énoncé est une tâche très difficile pour lui.

Compréhension auditive/déductions :

Il obtient un score de 31, le situant dans sa moyenne d'âge.

Langage figuratif :

Son résultat est de 20, ce qui équivaut à -1σ par rapport aux adolescents de son âge. L'accès au langage figuré est difficile, les énoncés morphosyntaxiques complexes abstraits ou employant des notions de langage figuré posent un problème d'accès au sens.

EXPRESSION :

✓ Lexique :

Il lui a été présenté l'épreuve de lexique du T.L.O.C.C. Ce score le situe à $-1,5\sigma$ de sa moyenne d'âge ce qui est pathologique. On note des difficultés devant les noms génériques ainsi que sur des connaissances scolaires (translucide, oléagineux...).

✚ Victor présente donc un **trouble de l'évocation lexicale**.

✓ Morphosyntaxe :

Il s'agit ici de la création de phrases du TLC. Son score pour les mots est de 30/39 ($-1,5\sigma$) et pour le discours de 21/39 (-3σ).

L'épreuve entraîne la production d'énoncés dyssyntaxiques et de nombreuses déviations sémantiques, la gestion du sens en situation morphologique imposée est très difficile.

Exemple de réponses apportées :

« la semaine il faut avoir ni caddies ni de petits caddies, il est difficile de pouvoir s'en soucier de ce disque ».

✚ Victor présente un **trouble sévère de l'encodage morphosyntaxique**.

CONCLUSION :

Il est important de noter d'un point de vue qualitatif que les scores les plus pathologiques sont apportés par la passation d'épreuves en production libre avec une participation sémantique importante et les épreuves offrant des scores non pathologiques sont toujours des épreuves avec réponses à choix multiple. Par conséquent, nous pouvons conclure que Victor devait choisir sa réponse entre plusieurs propositions et non la trouver par lui-même.

Au terme de ce bilan, nous pouvons mettre en évidence un **trouble sévère de la compréhension morphosyntaxique et lexicale** associé à des **difficultés de l'expression**

morphosyntaxique et du langage élaboré et figuratif. Ces éléments permettent d'évoquer une **dysphasie lexico-syntaxique.**

III. Discussion sur notre hypothèse :

Nous souhaitons évaluer le langage oral des enfants THADA dysphasiques. Pour ce faire, nous avons évalué les performances langagières de deux groupes : le premier composé d'enfants hyperactifs dysphasiques et le second composé d'enfants dysphasiques, dits « enfants contrôles ». Notre objectif était de rechercher d'éventuelles particularités du langage oral des enfants THADA dysphasiques et puis, si telles particularités étaient mises en évidence, de rechercher d'éventuelles corrélations avec le THADA de ces enfants. C'est dans ce but que nous avons étudié les performances cognitives des hyperactifs, dans des tests classiquement pertinents pour explorer cette pathologie et que nous avons analysé également leur langage oral sur le versant expressif et réceptif.

Nous devons en premier lieu, souligner l'effectif limité de nos deux groupes du fait des critères d'exclusion définis ainsi que du temps qui nous était imparti. Par conséquent, il est préférable de garder à l'esprit que l'absence de résultats significatifs devra être interprétée avec réserve et qu'une étude ultérieure sera requise pour compléter la nôtre.

Les deux groupes ne diffèrent pas significativement pour l'âge et les scores de QI. De ce fait, nous pouvons comparer les performances langagières de ces enfants.

Nous allons procéder ci-dessous à la comparaison, épreuve par épreuve, pour les deux groupes d'enfants afin de mettre en évidence les particularités du langage oral des enfants THADA dysphasiques. Nous rappellerons progressivement les traits caractéristiques de la dysphasie lexico-syntaxique.

D'un point de vue général, selon GERARD, il s'agit à la fois d'un trouble expressif et réceptif de catégorisation, un trouble du contrôle de l'encodage sémantique et syntaxique, des caractéristiques que l'on retrouve bien pour chacun des enfants, qu'ils soient THADA dysphasiques ou bien qu'ils appartiennent à la population témoin.

Nous analyserons, en premier, le **versant réceptif.**

En ce qui concerne la *compréhension morphosyntaxique*, nous retrouvons dans les deux groupes un trouble sévère de la compréhension morphosyntaxique. Les enfants ne saisissent pas toujours le sens des mots ni de certaines structures grammaticales. Globalement, nous constatons que la compréhension de courtes phrases peut être normale ou bien légèrement déficitaire mais sans rentrer dans la pathologie alors que la compréhension de structures plus complexes ou plus longues reste très mauvaise, faisant ainsi chuter leurs scores aux différentes épreuves de compréhension morphosyntaxique. GERARD, lors de sa description du déficit lexico-syntaxique, illustre bien cette constatation en soulignant le fait que les troubles de la compréhension augmentent, de par l'atteinte mnésique, avec la longueur des énoncés.

Concernant le *lexique*, nous constatons une compréhension très déficitaire chez tous les enfants THADA dysphasiques mais concernant la population contrôle, seulement 3 enfants sur 5 ont un trouble important de la compréhension lexicale. Les deux autres ont, pour l'un, une compréhension dans la moyenne attendue pour son âge et pour l'autre un léger trouble. Il convient, ici, de rappeler la rareté d'un tableau pur de dysphasie, ce qui peut expliquer que la compréhension lexicale soit moins déficitaire chez ces deux enfants par rapport aux autres. Concernant les enfants THADA dysphasiques, leur compréhension lexicale est extrêmement chutée pour tous par rapport aux enfants contrôles, peut-être pourrions-nous envisager le fait que cette différence vienne du trouble attentionnel ? On peut en effet s'interroger ici sur un trouble d'attention qui pourrait majorer les difficultés de compréhension. Aussi est-il possible que leur attention labile ou leur déficit de l'attention/concentration soit la cause d'une moins bonne acquisition du lexique au fil des ans puisqu'il faut tout de même un minimum d'attention/concentration pour acquérir un lexique (faire, entre autre, l'association signifié/signifiant) tant en compréhension que pour l'utiliser après en expression.

Après avoir mis en évidence un trouble de la compréhension chez tous les enfants, nous analyserons, maintenant, le **versant expressif** du langage oral.

Dans un premier temps, nous nous pencherons sur la *phonologie* de ces enfants. En théorie, comme nous l'avons vu, dans les tableaux purs de cette dysphasie, les troubles phonologiques sont absents. Or, nous constatons, à travers les bilans, que 60% des enfants contrôles ont un trouble phonologique et 100% des enfants THADA dysphasiques l'ont aussi. Nous pouvons

donc supposer que le Trouble de l'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention majore le trouble phonologique, lorsqu'il est présent.

Dans un deuxième temps, nous analyserons le *lexique* en expression.

Rappelons que le trait principal de cette dysphasie est le **manque du mot** tant en dénomination qu'en description d'images, ce que nous retrouvons bien à travers les différents résultats des épreuves de lexique en production. 100% des enfants THADA dysphasiques présente un trouble majeur de l'évocation lexicale. Tous ont un niveau en production de lexique de trois ans de retard minimum par rapport à leur âge réel. Nous notons un manque du mot massif pour les cinq enfants. Concernant la population contrôle, tous ont également un trouble sévère de l'évocation lexicale sauf un enfant dont le trouble ne semblerait toucher que le langage complexe. En moyenne pour ces enfants témoins, leur retard s'élève à deux ans par rapport à leur âge réel. Pour le seul enfant ayant des troubles de l'évocation lexicale uniquement sur le langage complexe, cela peut éventuellement s'expliquer par le fait que, souvent les enfants ayant cette dysphasie possèdent un stock de mots/énoncés appris « par cœur » de bonne qualité formelle et sont alors capables de les utiliser à bon escient. Par conséquent, ils ne chutent pas sur le lexique courant, le lexique du quotidien, mais échouent dès que le langage se complexifie.

D'un point de vue global, nous pouvons supposer, à la vue des résultats, que le THADA accentue ce déficit lexical chez les enfants de notre population. Comme nous l'avons mis en évidence pour le déficit de la compréhension lexicale, peut-être que cette différence de performance lexicale entre les enfants THADA dysphasiques et les enfants contrôles vient de la chute attentionnelle dont souffrent les enfants THADA. En ayant cette difficulté supplémentaire d'attention/concentration par rapport aux enfants contrôles, il se peut que ces enfants hyperactifs soient désavantagés lors de l'acquisition du lexique dès leur plus jeune âge, le retard s'accumulant alors avec le temps. De plus, nous avons vu, lors de la partie théorique de ce mémoire, que R.TANNOCK et R.J. SCHACHAR (1999) affirment que les enfants THADA auraient tendance à présenter des difficultés supplémentaires par rapport aux autres enfants en expression, car ils auraient du mal à sélectionner le bon mot en adéquation avec ce qu'ils ont envie d'exprimer. Cette hypothèse peut donc également expliquer le fait que l'expression lexicale soit plus déficitaire chez les enfants THADA dysphasiques par rapport aux enfants contrôles.

Pour finir, nous comparons *l'encodage morphosyntaxique* de ces deux groupes d'enfants. Nous avons vu, dans la première partie de ce mémoire, que le manque du mot tant en dénomination qu'en description d'images est une caractéristique essentielle de la dysphasie lexico-syntaxique, ce qui altère énormément la construction des énoncés. Généralement, la syntaxe est immature mais non aberrante, avec des difficultés plus prononcées sur la construction du discours (histoire d'une image) par rapport à des phrases simples.

100% des enfants, qu'ils soient THADA dysphasiques ou bien dysphasiques uniquement, présentent des troubles de l'encodage morphosyntaxique. Les plus grosses difficultés morphosyntaxiques des enfants THADA dysphasiques se retrouvent dans l'emploi des différentes formes verbales, des différents temps et dans l'utilisation des pronoms qui se révèle impossible pour les cinq enfants. Tous ont tendance à simplifier les phrases au maximum. On peut alors parler de dyssyntaxie. Cette constatation rejoint l'étude de COHEN, citée par M. TOUZIN [40], qui montre que les enfants hyperactifs avaient, généralement, plus de difficultés que les autres à formuler des phrases syntaxiquement correctes. Cette particularité associée au fait que ce déficit de l'encodage morphosyntaxique soit une caractéristique de la dysphasie lexico-syntaxique majeure donc ce trouble chez les enfants THADA.

Concernant les enfants contrôles, nous retrouvons principalement des difficultés lors de l'utilisation de la forme passive, de l'utilisation des différentes formes verbales, des confusions dans l'emploi des temps, des erreurs de dérivation noms/verbes, des erreurs de genre sur les noms/adjectifs et de nombreuses dérivations sémantiques.

Lors de la production de récits, nous relevons des difficultés dans les deux groupes d'enfants notamment une expression qualitativement et quantitativement réduite. En effet, ils ont une production de récit pauvre en vocabulaire et en syntaxe. Leur récit est très peu informatif. Dans les deux groupes, nous notons également une dyssyntaxie avec les mêmes erreurs relevées précédemment dans les troubles de l'encodage morphosyntaxique (mauvaise gestion des temps, difficultés sur les formes verbales...). Nous constatons dans le récit des enfants THADA dysphasiques une absence systématique de marqueurs temporels et spatiaux et de l'utilisation de pronoms alors que nous en trouvons quelques-uns dans le discours des enfants contrôles. Chez ces derniers, nous relevons également une progression adéquate des principaux événements de l'histoire chez la plupart des enfants alors que nombreux sont les enfants hyperactifs qui procèdent par accumulation de faits sans donner de liens ni même le contexte. Dans le récit des enfants THADA, nous remarquons aussi de nombreuses répétitions et des temps de latence ; les phrases sont extrêmement simples, aucune relative n'est produite.

Nous notons, tout de même, que si le discours est court et orienté, il peut être informatif. A l'inverse, plus il est long ou avec un ordre chronologique imposé, plus il devient confus, interrompu de reformulations provoquant un désordre dans l'utilisation correcte des mots et des règles grammaticales, comme c'est le cas particulièrement pour Nathan. Cette difficulté est propre à la dysphasie lexico-syntaxique. En effet, dans les différents tableaux de cette dysphasie décrits dans la littérature, les auteurs soulignent qu'en situation dirigée ou dès que la longueur des énoncés augmente, le manque du mot devient majeur, peu amélioré par l'aide contextuelle ou par l'ébauche orale (qui peut provoquer des paraphasies phonémiques), et il apparaît alors une dyssyntaxie.

Les autres particularités du discours des enfants THADA énumérées ci-dessus, M. TOUZIN les a bien mises en évidence dans ses nombreuses études. Elle précise que ces enfants ont plus de mal dans la planification, dans l'organisation et dans la séquentialité du langage oral (et en particulier des difficultés pour la narration). On observerait alors des difficultés d'organisation et de contrôle des productions verbales, et notamment, outre les erreurs séquentielles (liées à l'incapacité à organiser les informations en séquences), un manque de cohésion dans les productions. Nous retrouvons exactement ces difficultés dans notre groupe d'enfants THADA avec, toutefois, ces difficultés exacerbées du fait des troubles dysphasiques surajoutés.

Un tableau récapitulatif des différents troubles mis en évidence dans nos deux populations sera présenté à la page suivante.

Au terme de cette étude, nous pouvons donc répondre à notre hypothèse :

Les enfants THADA dysphasiques auraient les mêmes troubles du langage oral, dans le cas de la dysphasie lexico-syntaxique, que notre population contrôle. Néanmoins, leurs troubles seraient beaucoup plus prononcés par rapport à ceux des enfants dysphasiques uniquement, de par le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention lui-même, qui majore les difficultés rencontrées dans la dysphasie mais également aussi à travers les troubles du langage oral que peuvent avoir les enfants THADA indépendamment de la dysphasie.

Néanmoins, nous rappelons, de nouveau ici qu'il convient de nuancer nos propos et nos conclusions étant donné le faible effectif de nos deux populations.

Avec le recul et en cette fin d'étude, nous pensons qu'il aurait été intéressant de faire cette même recherche mais à partir de tests orthophoniques identiques pour chaque enfant. En effet,

nous avons rencontré des difficultés pour effectuer des statistiques et faire une étude comparative quantitativement de nos deux populations du fait des différents tests utilisés et faits par des personnes également différentes les unes des autres.

Il aurait également été intéressant de réaliser une étude similaire à partir d'une population différente, à savoir une recherche de différences significatives entre un groupe de filles THADA dysphasiques et un autre groupe contrôle uniquement de filles dysphasiques. Dans notre partie théorique, nous avons vu que la dysphasie touchait 1% de la population et avait une prédominance masculine, de même que l'hyperactivité toucherait préférentiellement les garçons ; il serait donc intéressant d'étudier la proportion exacte de filles dysphasiques sur un échantillon d'enfants dysphasiques, toute forme de dysphasie confondue, de faire de même pour établir un pourcentage de filles hyperactives sur un échantillon d'enfants hyperactifs et ensuite de comparer le langage oral des « filles THADA dysphasiques » vs. « filles dysphasiques » ; mais aussi, pourquoi pas, comparer le langage oral d'un groupe de garçons THADA dysphasiques et d'un groupe de filles THADA dysphasiques. Nous avons vu, dans notre partie théorique, que l'hyperactivité chez les garçons se manifestait davantage par de l'impulsivité alors que chez les filles, elle se traduirait préférentiellement par un déficit plus important de l'attention-concentration. Nous pouvons alors nous interroger sur la place de cette différence sémiologique dans les troubles du langage oral des ces enfants.

Inversement, une étude avec une population d'enfants hyperactifs dysphasiques et une population témoin d'enfants uniquement hyperactifs pourrait être intéressante. Il s'agirait de constater quels types de troubles du langage nous retrouverions dans notre population d'enfants témoins et de voir si la dysphasie majore ces troubles en comparant le langage d'enfants dysphasiques hyperactifs vs celui d'enfants hyperactifs.

conclusión

CONCLUSION

Le travail de recherche que nous avons mené a été motivé, comme nous l'avons dit en introduction, par l'envie d'étudier les troubles spécifiques de l'enfant « hyperactif », terme bien souvent employé de manière abusive dès qu'un enfant déborde d'énergie ou n'arrive pas à se concentrer sur une seule activité. Mais cette étude a été influencée aussi par les investigations de M. TOUZIN et ses nombreuses recherches dans le domaine des troubles des apprentissages chez l'enfant hyperactif. Après avoir lu divers articles sur les troubles du langage oral chez ces enfants, l'idée d'associer un trouble spécifique du développement du langage oral à l'hyperactivité est née. La dysphasie est encore un domaine flou mais passionnant pour la recherche. Pour ces enfants dysphasiques, l'apprentissage de cette construction complexe qu'est la communication orale constitue une tâche qui dépasse souvent leurs moyens et une barrière parfois infranchissable à leur développement et à leur intégration sociale. C'est souvent un long processus d'adaptation non exempté de souffrances pour eux et leur famille.

Par conséquent, tout au long de la partie théorique de ce mémoire, nous avons voulu revenir brièvement, d'une part, sur la sémiologie de l'hyperactivité et les conséquences qu'elle peut avoir sur le plan tant scolaire que social, et d'autre part, sur la sémiologie de la dysphasie et les différentes formes qu'elle revêt. Enfin, nous nous sommes attardés plus particulièrement sur la dysphasie lexico-syntaxique car, à travers nos recherches au Centre de Référence, nous avons trouvé une prédominance de cette dysphasie chez les enfants hyperactifs.

Notre but premier était d'étudier les troubles spécifiques du langage oral, type dysphasie lexico-syntaxique, chez les enfants ayant un THADA (Trouble Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention). Nous souhaitions déterminer si ces enfants présentaient des particularités dans leurs troubles du langage oral et si le THADA majorait ces troubles. Nous avons donc comparé le langage oral d'enfants THADA dysphasiques et celui d'enfants dysphasiques, appelés « enfants contrôles ».

Nous avons pu mettre en évidence que les enfants dysphasiques présentant également un THADA avaient globalement les mêmes troubles que les enfants contrôles, à la seule différence que le THADA aggravait effectivement les difficultés rencontrées. En effet, nous avons relevé des troubles de la compréhension orale chez tous les enfants, les deux groupes

confondus, ainsi que des troubles de l'évocation lexicale et de l'encodage morphosyntaxique ; néanmoins, l'importance des difficultés des enfants THADA dysphasiques était corrélée avec l'intensité de leur THADA. Nous avons également noté un trouble de la production phonologique pour les $\frac{3}{4}$ des enfants, cela illustrant bien les tableaux rarement purs de la dysphasie puisque ce trait est normalement absent dans les tableaux de dysphasie lexicosyntaxique de la littérature.

Compte tenu de notre population d'étude réduite, il serait intéressant de poursuivre ce travail sur un plus grand échantillon d'enfants afin de confirmer ces résultats ainsi que les tendances suggérées par notre travail.

Personnellement, ce mémoire m'a apporté énormément sur le plan de la méthodologie de recherche mais aussi sur l'approfondissement de mes connaissances concernant ce sujet. En effet, j'ai appris tout au long de cette année à mener à bien une recherche sur un sujet précis à partir de données tirées d'une multitude d'ouvrages pour ensuite en faire une synthèse et en dégager l'essentiel dans le but d'approfondir et de répondre à l'hypothèse de départ.

Nous n'avons pas la prétention de révolutionner le monde de l'orthophonie avec ce mémoire mais nous avons pensé que ce dernier pouvait être intéressant de par le lien établi entre deux pathologies bien particulières et encore trop controversées. Il a pour objectif de présenter le Trouble Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention (THADA) dans sa globalité ainsi que d'exposer le sujet de la dysphasie afin de mettre en évidence aux yeux de tous professionnels de santé quels qu'ils soient, qui seront un jour confrontés à des enfants THADA ou dysphasiques, que l'hyperactivité infantile ou la dysphasie affectent considérablement la qualité des échanges entre ces enfants et leur micro-monde (parents, fratrie, camarades...). Il est donc indispensable de tenir compte de la détresse que ces enfants peuvent éprouver face à l'incompréhension de leur entourage. Il ne faut pas oublier non plus que, quelle que soit l'importance des divergences théoriques sur le sujet de l'hyperactivité ou de la dysphasie, le plus fondamental est de prendre en compte la souffrance psychoaffective de ces enfants dans l'ensemble de ses dimensions et d'aider parents et enfants à rétablir des échanges satisfaisants à travers une réponse thérapeutique adaptée.

Pour finir, nous tenons à remercier toutes les personnes qui porteront un intérêt à ce mémoire car, comme le dit si bien Marc MONFORT, *« il est certain que l'obligation d'expliquer notre travail nous a servi aussi à éclairer notre propre lanterne : au fond, c'est aussi l'un des avantages de l'interaction communicative »*.

Bibliographie

OUVRAGES

- 1- F. BANGE. « **Vivre et communiquer avec un enfant hyperactif** ». Edition InterEdition-Dunod, Paris, 2007. 157 pages.
- 2- R.A. BARKLEY. « **Taking Charge of ADHD : the Complete Authoritative Guide for Parents** ». Guilford Press, New-York, 1995.
- 3- R.A. BARKLEY, E.J. MASH. « **Attention-deficit/hyperactivity disorder** », Child Psychopathology. Guilford Press, New-York, 1996. P.63-112.
- 4- M. BERGER. « **L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique** ». Edition Dunod, Paris, Deuxième édition 2005. 155 pages.
- 5- R. BERTRAND. « **Retard de parole, Retard de langage** ». OrthoEdition, Isbergues, 2009. 96 pages.
- 6- V. BREJARD, A. BONNET « **L'hyperactivité chez l'enfant** ». Edition Armand Colin, Paris, 2007. 127 pages.
- 7- F. BRIN et COLL. « **Dictionnaire d'orthophonie** ». OrthoEdition, Isbergues, 2004. 298 pages.
- 8- P. CLAUDON. « **Enfants hyperactifs, enfants instables : se repérer, comprendre, prévenir** ». Editions In Press, Paris, 2007. 187 pages.
- 9- M. DELAHAIE. « **L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble** ». Edition INPES, 2004. 97 pages.
- 10- E. DEMONT et M-N. METZ-LUTZ. « **L'acquisition du langage et ses troubles** ». Edition Solal, Marseille, 2007. 276 pages.

- 11- G. DE WECK et M-C. ROSAT. « **Troubles dysphasiques** ».Edition Masson, Paris, 2003. 223 pages.
- 12- « **DSM IV, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux** ». Masson, Paris, Quatrième Edition 1996. 1008 pages.
- 13-D.J. DUCHE. « **L'enfant hyperactif** ». Edition Ellipses, Paris, 1996. 94 pages.
- 14- A. DUMONT. « **Mémoire et langage** ». Edition Masson, Paris, 2001. 124 pages.
- 15- C. FLAVIGNY. « **Psychodynamique de l'hyperactivité infantile** », in J.Ménéchal, *L'hyperactivité infantile*, Paris, Dunod, p. 81-104.
- 16-E. GENOUVRIER. « **Dysphasie – Retard de langage** ». OrthoEdition, Isbergues, 2004. 247 pages.
- 17-C. GERARD, « **L'enfant dysphasique** ». Edition De Boeck Université, Bruxelles, 1993. 138 pages.
- 18- C. GERARD et V. BRUN. « **Les dysphasies** ». Edition Masson, Paris, 2003. 172 pages.
- 19- F. JOLY. « **L'enfant hyperactif...de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agit-t-il ?** ». Editions du Papyrus, Montreuil, 2008. 292 pages.
- 20-F. JOLY. « **L'hyperactivité en débat** ». Edition Erès, Ramonville Saint-Agne, 2005. 158 pages.
- 21- J-M. KREMER. « **Les troubles du langage** ». Edition Josette Lyon, Paris, 2005. 205 pages.
- 22-J-P. LASSERRE. « **Les Dys** ». OrthoEdition, Isbergues, 2006. 133 pages.

- 23-Dr M-F. LE HEUZEY. « **L'enfant hyperactif** ». Edition Odile Jacob, 2003. 158 pages.
- 24-Dr M. LECENDREUX, Dr E. KONOVAL et M. TOUZIN. « **Réponses à vos questions : L'hyperactivité T.D.A.H** ». Edition Solar, Paris, 2003. 383 pages.
- 25-J. MENECHAL. « **L'hyperactivité infantile : Débats et enjeux** ». Edition Dunod, Paris, 2004. 313 pages.
- 26-M. MONFORT et A. JUAREZ SANCHEZ. « **L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales** ». OrthoEdition, Isbergues, 2001. 294 pages.
- 27- Dr C. PECH-GEORGEL et F. GEORGE. « **Prises en charge rééducatives des enfants dysphasiques** ». Edition Solal, Marseille, 2007. 100 pages.
- 28-J-L. PEDINIELLI, L. FERNANDEZ. « **L'Observation clinique et l'Etude de cas** ». Armand Colin, Paris, 2005. 127 pages.
- 29-J.A. RONDAL. « **L'évaluation du langage** », Mardaga, Liège, 2002.
- 30-T. ROUSSEAU et Coll. « **Les approches thérapeutiques en Orthophonie : Tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral** ». OrthoEdition, Isbergues, 2004. 288 pages.
- 31-Dr M-C. SAIAG, Dr S. BIOULAC, Pr M. BOUVARD. « **Comment aider mon enfant hyperactif ?** ». Edition Odile Jacob, Paris, 2007. 176 pages.

REVUES, ARTICLES

- 32- **P. AIMARD**. « *Des marqueurs de dysphasie* ». Neuro-Psy, Mai 1996, n°5, pages 201 à 207.
- 33- **J-M. ALBARET**. « *Note de synthèse sur les programmes d'auto-instructions dans la prise en charge de l'enfant TDA/H* ». A.N.A.E. 2006, pages 324 à 329.
- 34- **J-M. ALBARET, R. SOPPELSA, J. MARQUET-DOLEAC**. « *Intérêt du test d'appariement d'images dans le diagnostic de la composante impulsivité du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : étude comparative* ». A.N.A.E. Octobre 2000. N° 58.
- 35- **E. BEDARD, M. MORASSE, E. VEILLEUX**. « *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) : comprendre et agir... Guide pratique destiné principalement aux enseignants et enseignantes du secondaire* ». Editions La Bougeotte, 2002.
- 36- **A. BINET** (les textes du centre Alfred Binet). « *Dysphasies* ». 1987, Paris, 127 pages.
- 37- **J. JUNEAU, L-P. BOUCHER**. « *Le déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et les comportements violents des jeunes en milieu scolaire : l'état de la question* ». Education et Francophonie, volume XXXII :1, Printemps 2004.
- 38- **J. MARQUET-DOLEAC, R. SOPPELSA, J-M. ALBARET**. « *Validation d'un protocole d'apprentissage de l'inhibition sur une population d'enfants avec Trouble de l'Attention/Hyperactivité* ». Revue Psychomotricité. 2006, pages 90 à 99.

- 39- **R. SOPPELSA, J. MARQUET-DOLEAC, J-M. ALBARET.** « *Gestion du temps et contexte d'apprentissage chez l'enfant agité et distrait* ». Revue Psychomotricité. 2006, pages 29 à 36.
- 40-**M. TOUZIN** « *L'enfant hyperactif, les apprentissages et sa rééducation* ». GLOSSA. Cahier de l'UNADREO. Juin 1999- n°67.
- 41- **M. TOUZIN.** « *Rééducation des dysphasies* ». Glossa, Juin 1992, n°30, pages 40 à 43.
- 42- **L. VALLEE.** « *Hyperactivité motrice et déficits associés : nécessité d'une approche multidisciplinaire* ». A.N.A.E. 1996. n°53-54.
- 43- **L. VALLEE, F. PANDIT.** « *Les troubles hyperkinétiques avec déficit de l'attention. Approches diagnostique et thérapeutique* ». Revue Pédiatrie, 1991, pages 719 à 729.

MEMOIRE D'ORTHOPHONIE :

- 44- **SOMMERLATT S.** (2002). « *Vers une recherche de liens entre hyperactivité de l'enfant et discontinuité temporelle* ». Mémoire d'orthophonie, Nice. 155 pages.
- 45-**TIXIER C.** (2003). « *Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et apprentissage du langage écrit* ». Mémoire d'orthophonie, Nice. 116 pages.
- 46-**ADELINE C.** (2001). « *Etude comparative des mécanismes attentionnels et lexiques dans l'hyperactivité et la dyslexie : identification des troubles visuo-attentionnels* ». Mémoire d'orthophonie, Bordeaux. 129 pages.
- 47-**HENNEBERT D.** (2001). « *Représentation et langage chez l'enfant dysphasique* ». Mémoire d'orthophonie, Nice. 227 pages.