



## Recommandation biap 24/2 : Dépistage précoce des troubles du langage chez l'enfant.

La commission 24 du BIAP a publié en 1991 [un tableau simple, intitulé «vers le langage»](#), reprenant les étapes essentielles du développement auditif, visuel, neuro-moteur et langagier de l'enfant de 0 à 3 ans ([recommandation 24-01](#)).

Le **BIAP** (*Bureau International d'Audio-Phonologie*), conscient de l'importance du dépistage précoce d'un trouble du langage de l'enfant, propose une démarche clinique développée dans la recommandation 24-02.

La recommandation 24 :02 vient compléter le tableau en développant les points suivants :

- § Les conditions de développement du langage
- § Les repères de développement présentés dans le tableau
- § Les perturbations du développement du langage et leurs conséquences
- § La prévention et le dépistage précoce d'un trouble du langage

Des difficultés auditives, visuelles, neuro-motrices, cognitives, relationnelles peuvent empêcher ou retarder le développement de la parole et du langage.

Il est capital **d'écouter et de prendre en compte les inquiétudes parentales** et sans délai de faire réaliser les examens spécifiques et indispensables pour confirmer ou informer le diagnostic.

**L'enfant parlera** si son entourage **communique** avec lui, s'il **voit** les gestes, s'il **entend et comprend** les mots de celui qui lui parle, s'il peut **faire les mouvements** qui produisent la parole.

Suivi précocement, l'enfant a toutes les chances d'évoluer favorablement.

Le **BIAP** recommande à tous les professionnels de la petite enfance de **diagnostiquer et de prendre en charge précocement** les troubles du développement qui pourraient entraîner des troubles du langage.

[DEPISTAGE PRECOCE DES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT](#)

### **INTRODUCTION**

Le développement du langage implique l'évolution harmonieuse de la communication. Les recherches sur le développement du très jeune enfant et une meilleure connaissance des facteurs de risque permettent actuellement, par une **observation** affinée, le dépistage précoce et la prévention d'un retard de développement du langage.

Le langage comporte un versant **réception-compréhension** et un versant **expression**. Le développement de la compréhension précède toujours celui de l'expression. Il n'existe pour la compréhension que **quelques semaines** de variation d'un enfant à l'autre, pour l'expression, les variations inter-individuelles peuvent atteindre **plusieurs mois**.

L'entourage familial et éducatif de l'enfant, le médecin, sont les observateurs privilégiés du langage et d'un déficit éventuel dans les domaines visuel, auditif, cognitif, relationnel. Quand une ou plusieurs anomalies sont suspectées, il convient d'effectuer un examen clinique : bilan médical, orthophonique, psycho-moteur et psychologique qui permettra d'envisager le suivi thérapeutique.

Le *Bureau International d'Audio-Phonologie*, conscient de l'importance de ce sujet, à la suite de réunions pluridisciplinaires, propose une démarche clinique.

Seront traités successivement : les conditions de développement du langage, le tableau "« Vers le langage » réalisé et diffusé par le **BIAP**, les perturbations du développement du langage et leurs conséquences, la prévention et le dépistage précoce d'un trouble de développement du langage.

### **I. CONDITIONS DE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE**

#### **A) Facteurs liés à l'enfant**

Pour que l'enfant développe le langage, il doit avoir dès la naissance des structures neuromotrices sensorielles et mentales normales et les conserver tout au long de son développement.

#### **1. Facteurs auditifs**

Une bonne audition est indispensable à une bonne réception du message parlé.

L'*absence d'apparition du babillage et du langage* à un âge donné doit faire systématiquement suspecter et rechercher une surdité importante (surdité de perception de 70 dB ou plus).

Mais *toute pathologie de l'oreille* (otites séro-muqueuses...) entraînant une perte auditive bilatérale durable de 30 dB ou plus peut avoir des répercussions sur l'installation et le développement du babillage et du langage (mauvaise perception des phonèmes, imprécisions articulatoires, lenteur d'acquisition...)

Ces répercussions sont d'autant plus importantes qu'il existe des facteurs de risque associés. *Par ordre de fréquence*, les atteintes auditives par pathologie infectieuse et inflammatoire courante viennent au premier rang avant les surdités de perception et les surdités de transmission liées à des malformations congénitales de l'oreille.

#### **2. Facteurs morphologiques**

De la même façon, l'intégrité morphologique et fonctionnelle de la sphère oro-faciale est indispensable pour un bon développement de la parole et du langage : une insuffisance vélaire avec ou sans division palatine, un voile court, une luvette bifide, un pharynx profond, une hypotonie bucco-linguo-faciale... peuvent retarder et/ou perturber l'élaboration des mouvements articulatoires et altérer la qualité de la voix.

### 3. Facteurs visuels

Bien voir est indispensable à l'organisation de la communication. Les regards réciproques déclenchent et maintiennent la communication. Les expressions du visage et les gestes accompagnent naturellement le langage.

### 4. Facteurs neurologiques et cognitifs

Une intégrité neurologique et des capacités intellectuelles suffisantes sont indispensables au développement du langage. Les habiletés cognitives et les compétences linguistiques sont étroitement liées. On identifiera par exemple les difficultés praxiques des enfants insuffisants moteurs cérébraux, les difficultés de structuration du langage des enfants encéphalopathes, les troubles cognitifs des enfants dysphasiques...

#### B) Facteurs liés à la qualité des interactions parents-enfants :

L'enfant communique bien avant qu'il ne sache parler (mimiques, sourires, voix, pleurs). Cette aptitude est particulièrement importante dans la mesure où elle préfigure la fonction sociale du langage. Dès les premières semaines de vie, la mère considère son bébé comme un véritable interlocuteur auquel elle attribue **des intentions de communication**. Les cris, vocalises, mimiques et mouvements non verbaux sont interprétés par la mère comme ayant un sens. La mère est très réceptive à tous ces comportements et y répond de manière verbale et/ou mimo-gestuelle. Cela a pour effet de renforcer certaines attitudes du bébé, attitudes qui, reprises par la mère, sont insérées dans une « conversation » où le bébé expérimente alternativement les temps de parole et d'écoute. Dès les premiers mois, l'enfant multiplie des **expériences perceptives** au travers de ce qu'il voit, entend, touche, sent et goûte. Ses parents, en commentant ses expériences, l'aident à organiser son environnement, sa relation aux personnes, aux objets et aux actions. A mesure que l'enfant devient de plus en plus habile sur le plan moteur, de nouveaux **comportements interactifs et mentaux** prennent place.

Parmi les comportements non verbaux manifestés par les bébés, le **pointage** (montrer du doigt) apparaît vers l'âge de 9 mois. Vers 12 mois, ce comportement a acquis une fonction sociale de communication. A cet âge, l'enfant pointe avec l'intention d'attirer l'attention de la mère sur certains éléments de l'environnement. Cette dernière répond en nommant l'objet ou l'événement pointé par le bébé (« oui, c'est le chien, qu'est ce qu'il fait le chien ?, Oh il mange le chien, il a faim » etc...)

Cette procédure qui permet à la mère et à l'enfant d'être sur « la même longueur d'onde » est à la base de tout dialogue futur car pour que celui-ci se déroule efficacement, les deux interlocuteurs doivent porter leur attention sur un objet ou un événement commun pour pouvoir en « parler » ensemble, c'est ce que l'on nomme l'**attention conjointe**.

Au fil du développement, l'enfant est en mesure d'expérimenter des comportements sociaux de plus en plus étendus ou sophistiqués sur les plans moteurs, relationnels et cognitifs.

Les processus d'adaptation de la mère aux comportements du bébé, qui sont largement inconscients, permettent ainsi, à toutes les étapes de développement, un **ajustement progressif**.

Le rôle de la mère, à ce stade, est essentiel . C'est en effet sur sa capacité à se laisser guider par le bébé que repose la **communication prélinguistique**. Celle-ci constitue un cadre propice au développement du langage car c'est dans ce contexte privilégié *de dialogue et de plaisir partagé* que les premières vocalises seront interprétées par la mère et prendront du sens.

Les interactions précoces sont un prérequis au développement du langage mais ne suffisent pas en soi à mener à bien l'enfant vers l'acquisition d'un système linguistique. Le développement du langage suppose l'intégrité des capacités sensorielles et cognitives du nourrisson. Les premiers mots apparaissent entre 12 et 18 mois et vers 24 mois la plupart des enfants commencent à combiner deux mots pour créer leurs premières phrases.

## II. REPERES DE DEVELOPPEMENT

Présentés dans le tableau « Vers le langage » (cf annexe 1)

Les travaux de ces dernières décennies ont montré l'importance des premières années de vie pour le développement du langage. Les étapes clés de 3 mois à 3 ans sont reprises dans ce tableau. Pour chaque tranche d'âge, certains items ont été sélectionnés. Ils sont facilement observables et doivent être acquis à 3 ans. Ils indiquent à chaque âge la limite supérieure d'acquisition au-delà de laquelle il faut s'inquiéter.

\***La partie supérieure de la plaquette** indique trois niveaux à explorer :

#### § Réception/compréhension

#### § Expression

#### § Dialogue/Interaction

Toute atteinte de l'audition même modérée retentit sur le développement du langage, c'est pourquoi l'exploration des compétences auditives a été associée à cette première partie. Par exemple à 6 mois : réception, l'enfant se retourne vers un bruit ou à la voix; expression, il babille ; interaction, quand on lui parle il répond par des vocalises.

\***La partie inférieure de la plaquette** indique deux niveaux à explorer :

#### § Visuel

#### § Moteur

Certaines atteintes dans ces domaines peuvent entraver le développement du langage. **Le versant relationnel**, autre élément important, est peu développé car il peut être indifféremment cause ou conséquence d'un problème de communication verbale ou non verbale.

### III. LES PERTURBATIONS DU DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

#### LEURS CONSEQUENCES

##### A) Les perturbations

Les parents et les adultes qui entourent les jeunes enfants repèrent plus souvent des difficultés d'expression que de compréhension du langage : « il ne parle pas bien, il n'articule pas bien, on ne comprend pas ce qu'il dit... »

Or, le développement du langage peut être perturbé dans ses aspects de compréhension et/ou expression aux niveaux phonologique, morphosyntaxique, lexical, pragmatique.

##### 1. Compréhension

La capacité de compréhension de l'enfant est à la base du développement du langage et précède sa capacité d'expression. Quand le très jeune enfant grandit, ses possibilités de comprendre continuent à précéder ses capacités à s'exprimer. L'observation de la compréhension est donc primordiale.

Il est indispensable de vérifier si elle se base sur le verbal ou sur le non verbal. Nous appelons « non verbal » les gestes et les mimiques qui accompagnent la parole ainsi que la situation (ou contexte) de communication.

Entre 12 et 18 mois, l'enfant doit pouvoir prendre en compte les messages verbaux sans s'appuyer exclusivement sur le non verbal.

Le niveau de compréhension peut être facilement trompeur ou illusoire. L'enfant semble comprendre une consigne simple mais en fait il comprend seulement la situation et non le message linguistique. Ex. « viens on va partir » en fait il voit sa mère prendre son manteau.

##### 2. Expression

Des altérations transitoires existent de façon normale chez l'enfant au cours de son développement langagier (ta pour chat). Elles sont à différencier des troubles majeurs qui doivent, eux, attirer l'attention et motiver une exploration.

§ Troubles majeurs de l'articulation : non acquisition de certains phonèmes, intelligibilité limitée de la parole...

§ Troubles de la parole : les mots sont déformés, simplifiés ou inachevés (substitutions, omissions, élisions...)

Ces perturbations peuvent coexister avec un bon développement du langage.

§ Retard de langage : on peut parler de retard quand l'enfant n'est pas en mesure, à un âge donné, de comprendre et/ou de s'exprimer au moyen de mots et de phrases en référence à la chronologie habituellement décrite.

Il peut toucher la compréhension et/ou l'expression à des degrés divers.

L'utilisation de jargons ou de stéréotypes devrait orienter vers une pathologie spécifique du langage.

##### B) Conséquences

L'ampleur des conséquences d'un retard de développement du langage est liée :

§ à la nature des difficultés : parole, langage, compréhension, expression...

§ à l'origine des problèmes : auditif, mental, dysfonctionnement cérébral, affectif...

§ aux retentissements propres à la famille :

La famille peut parfois pallier les difficultés de compréhension et d'expression par certaines conduites (code familial, mime, mots porteurs,...) Ceci évitera ou retardera des troubles de comportement et un isolement de l'enfant. Par contre, la persistance de tels moyens peut au contraire renforcer le retard de langage.

Des attitudes inadéquates face aux difficultés d'expression de l'enfant peuvent fixer une pathologie (bégaiement par ex...)

##### 1. Incidence sur la communication et la relation

Si l'enfant ne comprend pas ce qui lui est dit, il n'agit ou ne répond pas en fonction de la demande de son interlocuteur et sa réponse n'est pas adéquate.

Les aspects syntaxiques et sémantiques du discours qui lui sont proposés par l'adulte ne sont pas intégrés. L'enfant est donc en difficulté pour s'exprimer et la boucle communicationnelle n'est pas réalisée.

Les problèmes de communication retentissent aussi sur la relation : les initiatives langagières de l'enfant ou des parents étant sans réponse adaptée, des manifestations de frustration peuvent apparaître de part et d'autre, chez l'enfant on peut noter une inhibition, une instabilité, une hyperactivité....

##### 2. Incidence sur l'enfant

L'enfant a conscience de ses limites d'expression et de ses erreurs à travers les corrections de l'entourage ; si celles-ci sont excessives, un blocage peut apparaître avec refus et colère.

La réception d'informations partielles va freiner son développement cognitif. Il ne peut profiter des ajustements qui permettent l'usage des concepts, le développement de ses compétences cognitives, la mémorisation et l'évocation.

A l'école, dès la maternelle, la difficulté de langage altère ses échanges avec les autres enfants.

De plus, sans aide appropriée, ces difficultés risquent d'avoir un **retentissement sur son langage écrit**.

### IV. PREVENTION ET DEPISTAGE PRECOCE D'UN TROUBLE DU LANGAGE

Face à ce risque, le médecin est confronté à différents types de situation :

**L'ENFANT PRESENTE UNE PATHOLOGIE CONNUE CONGENITALE OU ACQUISE** (embryo-foetopathie, anoxie néo-natale, méningite, syndrome polymalformatif...).

Dans ce cas, le médecin

**§ s'assure** que le premier bilan a été complet : bilans auditif, visuel et neuro-moteur à la recherche de pathologies associées (surdité,

amblyopie...)

§ **vérifie** que le **suivi** et en particulier la **guidance parentale** (cf BIAP CT25) sont correctement engagés.

**L'ENFANT EST SAIN MAIS PRESENTE DES ANTECEDENTS FAMILIAUX A RISQUE POUR LE LANGAGE** : surdité, retard de langage, troubles de l'élocution, contexte socio-affectif défavorable).

Dans ce cas, le médecin

§ **s'assure** qu'un premier bilan a été réalisé

§ **veille** au renouvellement des examens sensoriels (cf surdité d'apparition retardée)

§ **surveille** le développement du langage jusqu'à complète acquisition. En cas de trouble de développement (cf items du tableau), il **demande un bilan spécialisé du langage** même si celui-ci ne débouche pas sur une r education.

**L'ENFANT EST APPAREMMENT SAIN ET SANS ANTECEDENT PERSONNEL OU FAMILIAL CONNU MAIS LE MEDECIN CONSTATE DES DEVIANCES PAR RAPPORT AUX NORMES DU TABLEAU**

Il doit alors d'abord  **systématiquement et quel que soit l'âge**   liminer avec **certitude** une déficience sensorielle et en particulier auditive. Un diagnostic de surdité est en effet possible dès la naissance. Les autres étiologies ne doivent être envisagées qu'après cette vérification. Un bilan du développement du langage est systématiquement inclus dans les bilans quel que soit l'âge de l'enfant.

Le diagnostic doit être suivi sans délai d'une prise en charge parent-enfant pluridisciplinaire. De l'âge de la prise en charge va dépendre la qualité et la précocité du développement du langage quelle que soit l'étiologie.

Dans tous les cas, le médecin **centralise** les résultats et **s'assure** de la mise en place d'un suivi approprié à l'étiologie et à l'importance du trouble du langage.

#### CONCLUSION

Des difficultés auditives, visuelles, neuro-motrices, cognitives, relationnelles peuvent empêcher ou retarder le développement de la parole et du langage.

Il est capital **d'écouter et de prendre en compte les inquiétudes parentales** et sans délai de faire réaliser les examens spécifiques et indispensables pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

**L'enfant parlera** si son entourage **communique** avec lui, s'il **voit** les gestes, s'il **entend** et **comprend** les mots de celui qui lui parle, s'il peut **faire les mouvements** qui conduisent la parole.

**Suivi précocement, l'enfant a toutes les chances d'évoluer favorablement.**

- Nivelles, le 1er mai 1999.

#### Références bibliographiques :

- 1) AIMARD P., ABADIE D. : Les interventions précoces dans les troubles du langage de l'enfant. Ed. MASSON, 1991
- 2) CAMUS JF. : La psychologie cognitive de l'attention. Ed. A. COLIN, 1996.
- 3) CHEVRIER-MULLER C., NARBONAS S. : Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. Ed. MASSON, 1996.
- 4) DENIS M. : Image et cognition. PUF 1989.
- 5) FRANCOIS F., HUDELOT, SABEAU : Conduites linguistiques chez le jeune enfant. PUF 1984.
- 6) HABIB M. : Dyslexie : le cerveau singulier. Ed. SOLAL, 1997.
- 7) KOLINSKY, MORAIS, SEGUI : La reconnaissance des mots dans les différentes modalités sensorielles. PUF 1991.
- 8) LAMBERT J., NESPOULOU J.L. : Perception auditive et compréhension du langage. Ed. SOLAS, 1997
- 9) Mc ADAMS St et BIGAND E. : Penser les sons. Psychologie cognitive de l'audition. PUF 1994.
- 10) MATTHEY Marinette : Apprentissage d'une langue et interaction verbale.  
Ed. Peter Lang, 1996
- 11) MAZEAU M. : Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant. MASSON, 1995.
- 12) MAZEAU M. : Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant. MASSON 1995.
- 13) MONFORT M. JUAREZ-SANCHEZ A. : L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales. L'ORTHO  dition 1996.
- 14) RIBIERE-RAVERLAT J. : Développer les capacités d'écoute à l' cole.  
PUF 1997.
- 15) RONDAL J.A. et THIBAUT J.P. : Psychologie de l'enfant et de l'adolescent. LABOR 1996

- 16) RONDAL J.A. : L'évaluation du langage. MARDAGA 1997.
- 17) RONDAL ET SERON : Troubles du langage. MARDAGA 1982.
- 18) SPRENGER-CHAROLLES L. et CASALIS : Lire Lecture et écriture : acquisition et troubles du développement. PUF 1996.
- 19) THOMAS J., WILLEMS G. : Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. MASSON 1997
- 20) WEITZMAN E. : Apprendre à parler avec plaisir. Programme HANEN, Canada 1992.
- 21) ZEZIGER P. : Ecrire. Approches cognitive, neuropsychologique et développementale. PUF

[Suivant >](#)