

CAT devant un retard du langage chez l'enfant

Dr.Ferhati

Service de pédopsychiatrie EHS Ain Abessa

20 et 21/03/2023

Plan:

- I. Introduction.**
- II. Définition.**
- III. Intérêt de la question.**
- IV. Développement du langage oral et signes d'alerte.**
- V. Conduite pratique de la consultation devant un retard du langage.**
- VI. Troubles du développement du langage oral et CAT devant chaque trouble.**
- VII. Conclusion.**

I. Introduction:

- ▶ Le langage est le principal vecteur de **la communication interhumaine** ;un **support de la pensée**, véhicule des messages avec une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui .
- ▶ le développement du langage a un déroulement **fixe**, mais avec des **variations** dans les dates des différentes étapes.
Il dépend de capacités neurocognitives innées (génétique),et de l'environnement de l'enfant.
- ▶ La constatation d'un retard de l'acquisition du langage motive souvent les parents à consulter, ce retard peut être isolé ou associé à d'autres troubles.

II. Définition:

- Le terme **retard de langage** est communément utilisé pour désigner des enfants qui présentent **un écart avec leurs pairs du même âge** dans leur acquisition du lexique, de la phonologie et/ou de la syntaxe (RESCORLA & LEE, 1999)

III. Intérêt de la question:

- **Motif fréquent de consultation**, constitue la première manifestation de diverse pathologies.
- Retentissement sur la capacité de l'enfant à communiquer et sur ses relations avec son entourage.
- Il peut précéder aussi les difficultés d'apprentissage scolaire.

IV- Développement du langage et signes d'alertes :

Age	Domaines		Signes d'alerte
	Expression	Compréhension	
0-8 mois (Pré-intensionnel)	<ul style="list-style-type: none"> -Gazouillis-vocalises, rires. -Porte attention aux visages . -Imite des gestes et la tonalité de la voix de l'adulte (Echolalie). - AC est bien établie 	<ul style="list-style-type: none"> -Répond à son nom (4-6 mois) -Reconnaît quelques mots (7-8 mois) -Regarde les objets que sa mère ou que son père regarde 	<ul style="list-style-type: none"> -Ne réagissent pas aux sons. -Ne répondent pas à leur nom. -Ne suivent pas le regard de l'adulte.
8-12 mois (intensionnel)	<ul style="list-style-type: none"> -Communique de façon intentionnelle avec des gestes et/ou des vocalisations (faire des demandes, commenter et protester) -Utilise au moins un mot. 	<ul style="list-style-type: none"> -Comprend la signification de «aurevoir» -Suit le regard d'un parent vers les objets nommés. -Effectue quelques consignes -Comprends quelques mots en contexte (ex: bain, debout, bonjour) 	<p>Emploient une personne (physiquement) dans le but d'obtenir ce qu'ils désirent ET NON dans le but d'obtenir de l'attention ou de diriger l'attention vers un objet (attention conjointe)</p>
		-	

12-18 mois (premiers mots)	<ul style="list-style-type: none"> -Élaboration des fonctions de la communication: nommer, répéter, répondre, appeler, saluer, etc. -Utilise environ 20 mots à 18 mois 	<ul style="list-style-type: none"> -Pointe les objets ou les parties de son corps suite à une demande telle que ; "Montre moi _____" ou "Où est ton nez?« -Comprend des consignes ou des expressions simples (ex. donne-moi un bec) -Comprend 100-150 mots à 18 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> -Peuvent utiliser un mot, un geste ou une image pour faire des demandes, mais encore une fois ne communiquent pas pour des raisons sociales •Éprouvent de la difficulté à initier la communication même s'ils sont capables de «parler» (peu fréquent)
12-24 mois (phrases)	<ul style="list-style-type: none"> -Commence à combiner deux mots. -Pose la question «C'est quoi?» pour augmenter son vocabulaire -Emploie un vocabulaire varié: «à moi», «tombé», «n'a pu», «encore», «brisé», etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Comprends des questions (Qui?, Quoi?, Où?) en contexte et dans une routine connue -Vocabulaire réceptif: 150 à 500 mots. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ne tentent pas de diriger l'attention de l'adulte vers eux ou vers des objets -Ne parviennent pas à poser des questions dans le but de connaître quelqu'un ou quelque chose -Deviennent dépendants des incitations verbales -Initient plus souvent avec les adultes qu'avec les pairs
2- 3 ans et demi	Fonctions de la communication utilisées pour: <ul style="list-style-type: none"> •planifier •rapporter de l'information •anticiper 	<ul style="list-style-type: none"> -Réponds aux questions «oui/non» (2 ans) -Réponds aux autres questions (Qui, Où, Quoi, etc. –2 à 3 ans) -Vocabulaire réceptif : 300 à 1000 	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés avec l'apprentissage des concepts plus complexes et/ou abstraits (prépositions, pronoms, etc.) •Fonctions de la communication

3 ans et demi à 7 ans

Questionne beaucoup pour entretenir la conversation et obtenir des renseignements

- Les énoncés spontanés sont plus nombreux que les énoncés produits en réponse à quelqu'un
- Maintien la conversation pendant plusieurs tours de parole
- Raconte des histoires, voir le lien suivant...

Vocabulaire réceptif –
1000 à 3000 mots

- Suit des consignes à trois étapes
- Comprend les prépositions et les concepts du temps
- Suit les conversations et les narrations

- Sujets de conversation limités
- Nombre d'énoncés spontanés limité
- Peuvent poser des questions ou faire des commentaires répétitifs (persévérance)
- Difficultés avec le concept du temps

V. Conduite pratique de la consultation devant un retard du langage:

A- Accueil et prise de contact avec la famille: se présenter, écouter

B- Abord de l'enfant : parler, jouer, dessiner, observer+++

C- Préciser La structure et la dynamique familiale: à travers l'observation durant la consultation et l'entretien avec la parents / l'enfant: conflits? soutien? violence? Relations de l'enfant avec les membres de sa famille..

D- Recherche :

- ATCD familiaux

- ATCD personnel : suivi ou consultations chez un orthophoniste, psychologue, pédopsychiatre

...

- ATCD médicaux- chirurgicaux: prématurité, infection ou ictère néonatale, trauma psychique, abus physique..

E-Préciser l'histoire développementale: déroulement de la grossesse, de l'accouchement, période néonatale, DPM et affectif; l'autonomie

F- Tracer l'histoire du trouble : date d'apparition du trouble, évolution, symptômes associés..

G- Examen pédopsychiatrique: on doit observer attentivement et préciser si le retard du langage est isolé ou associé à d'autres troubles en explorant l'enfant domaine par domaine:

- Langage expressif et réceptif
- Communication non verbale; échange de regard, sourire social ..
- Expression émotionnelle
- Connaissances de base et scolaires
- Motricité: globale et fine, latéralité, mouvements anormaux: stéréotypies ..
- Intérêt et activité restreints
- Des troubles du comportement
- Rechercher une surdité ou hypoacousie +++

H- Exploration somatique : avec bilan général et éventuellement un avis spécialisé de pédiatrie ou d'ORL (PEA):

I- Conclusion et hypothèses diagnostiques : Au terme de cet examen on va faire un regroupement syndromique pour formuler des hypothèses diagnostiques sur lesquelles on va poursuivre nos investigations

B- Exploration pédopsychiatrique approfondie :

➤ **Le bilan orthophonique:**

éventuellement complété par des tests standardisés, est nécessaire pour préciser la part des troubles phonétiques, sémantiques et syntaxiques et plus généralement la manière dont l'enfant utilise le langage dans la communication

➤ **Bilan psychomoteur:**

➤ **Tests globaux : wisc , Wippsi**

➤ **Tests spécifiques:**

➤ **Tests projectifs :**

VI. Troubles du développement du langage oral:

Troubles primitifs



Troubles spécifiques du langage oral:

- Retard simple du langage,
- dysarthrie,
- bégaiement,
- retard de parole

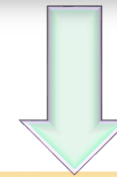
*les dysphasies

Troubles Associés ou Secondaires à



Des troubles acquis:

- aphasie** secondaire essentiellement au syndrome de Landau Kleffner (épilepsie du nourrisson),
- secondaires aux AVC, aux traumatismes ou les tumeurs crâniennes



Des troubles développementaux:

- la surdité,
- la déficience intellectuelle,
- le trouble du spectre autistique

A- Les troubles primitifs:

1- Trouble de l'articulation

- Altération systématique d'un ou de quelques phonèmes (L'enfant est incapable de prononcer un son)
 - Il peut s'agir d'une *omission* : adio au lieu de radio
 - Ou bien d'une *substitution*: chou=sou, joue=zoue
- Ce trouble fonctionnel est souvent bénin.
- ✓ **Conduite à tenir :**
 - ▶ Rééducation orthophonique vers l'âge de 5 ans.
 - ▶ Entretiens psychothérapeutiques si le trouble paraît lié à des facteurs psychiques.

2- Retard de la parole:

- la persistance au-delà de l'âge 4 ans d'une déformation au niveau des mots, pas de trouble d'articulation des phonèmes isolés(observées normalement vers 3 ans)
 - L'enfant ne prononce pas la fin des mots (ex : « sin » pour « singe »), inverse les syllabes (ex : « chamuleau » pour « chalumeau ») ou remplace un son par un autre dans un mot (ex : « crain » pour « train »)
 - Souvent associé à des signes d'immaturité affective: habitudes orales du premier âge
 - Entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives.
- ✓ **Conduite à tenir :**
- ▶ Rééducation orthophonique indiquée si les troubles persistent au-delà de 4-5 ans.
 - ▶ Favoriser la socialisation.
 - ▶ **L'évolution** est généralement favorable, lorsque les facteurs relationnels sont rapidement mobilisables

3- Retard simple de langage:

- Caractérisé par une *atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques* du langage *en dehors de tout retard mental global*, de *trouble auditif* ou de *trouble grave de la personnalité*; il s'accompagne généralement d'un retard de parole.
- L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans.
- La compréhension est meilleure que l'expression
- Le vocabulaire est très pauvre; Les mots sont uniquement juxtaposés (ex : « papa parti voiture ») verbes non conjugués, utilise mal les mots outils (à, de, par,...)
- Sur le plan étiologique : facteurs génétiques, ATCD périnataux, facteurs socioculturels, facteurs psychoaffectifs
- L'évolution est généralement spontanément favorable, parfois de façon lente
- ✓ **Conduite à tenir :**
Rééducation orthophonique , psychothérapie si indication

4- Dysphasie:

- ▶ Trouble **primitif** et **spécifique** du langage
- ▶ résulte d'une dysfonction cérébrale causant des difficultés sévères et persistantes de langage réceptif et/ou expressif sans substrat organique décelable, en *l'absence de déficit auditif*, de *retard mental majeur* et de *trouble psychotique*
- ▶ Le langage spontané est réduit avec un vocabulaire imprécis
- ▶ Différentes sphères du développement langagier peuvent être affectées et les difficultés observées peuvent être de degrés divers
- ✓ **Conduite à tenir:**
 - ▶ Rééducation orthophonique: doit être entreprise le plus tôt possible (dès 3 ans) après un bilan approfondi et poursuivie longtemps à un rythme suffisant (au moins 2 séances par semaine)
 - ▶ Une scolarisation spécialisée.
 - ▶ Une approche psychothérapique et éventuellement une prise en charge institutionnelle du type hôpital de jour

B- Troubles secondaires:

1- Atteinte cérébrale:

- **Les aphasies:** détérioration du langage consécutive à une lésion cérébrale acquise.(vasculaire, infectieuse, tumorale ou traumatique.) sont rares chez l'enfant. Leur évolution apparaît plus favorable que chez l'adulte jusqu'à l'âge de dix ans.
- **IMC:** Il peut s'agir :
 - ▶ de *troubles articulatoires* à type de dysarthrie par atteinte des noyaux commandant les organes phonatoires et la motricité bucco-linguo-faciale,
 - ▶ de *troubles du langage* et de la parole rejoignant ceux décrits ci-dessus
- **Le syndrome de Landau-Kleffner :** associe une **régression** du langage, voir une disparition totale(vers l'âge de 3-4 ans) associée à une épilepsie infraclinique; EEG: **pointes ondes continues du sommeil**, l'évolution est variable avec des périodes de rémission et des rechutes . le traitement fait plutôt appel aux corticoïdes et/ ou les anti épileptiques

2- Surdimutité:

- L'absence totale de langage (mutité) doit faire systématiquement évoquer une surdité.
- L'examen O.R.L est nécessaire pour préciser le type de surdité, ainsi que les indications d'appareillage, voire d'implantation cochléaire.
- Le pronostic dépend en effet de la précocité de l'appareillage et de l'éducation spécialisée précoce.

✓ CAT:

Intérêt "**langage parlé complété**" (aide gestuelle à la lecture labiale), ou encore de **langage des signes**,

3- Les troubles neurodéveloppementaux:

- ▶ **TSA:** Associe trois grands troubles:
 - Le trouble des interactions sociales et de réciprocité émotionnelle
 - Le trouble de la communication verbale et non verbale
 - Intérêts restreints et comportements répétitifs
- ▶ **Retard global de développement** : le niveau d'acquisition du langage dépend de l'ensemble du développement psychomoteur et cognitif
- ▶ Altération des compétences cognitives et du comportement adaptatif
- ▶ Il peut s'agir de troubles articulatoires, de retard de la parole ...
- ✓ **CAT:** Prise en charge multidisciplinaire (bio-psycho-sociale) avec un projet de soin individualisé

4- Les déficits linguistiques secondaires à une psychopathologie:

- **Les carences affectives précoces:** l'évolution du langage chez l'enfant résulte de l'interaction entre ses capacités propres et l'influence de son environnement, Une carence psychoaffective ou des difficultés socio-éducatives peuvent **entraîner** ou **majorer** un troubles du développement du langage
- **La maltraitance physique ou psychique.**
- ✓ **CAT:**
 - ▶ Intervention sur l'environnement
 - ▶ Psychothérapie

VII. Conclusion:

- ▶ Les troubles du langage nécessitent une prise en charge précoce d'où l'intérêt d'un repérage précoce.
- ▶ Les troubles peuvent être secondaires à une autre pathologie ou pouvant être spécifiques au langage.
- ▶ Devant la constatation d'un retard du langage; un bilan diagnostique, pour confirmer le trouble et identifier sa nature est nécessaire pour adapter la prise en charge.