

Le point de vue du psychiatre

B. Golse

Service de pédopsychiatrie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 82, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France

De même que l'ensemble de la croissance et de la maturation psychiques de l'enfant, le développement du langage se joue à l'exact entrecroisement du dedans et du dehors, c'est-à-dire à l'interface de l'équipement neurobiopsychologique de l'enfant et de son environnement, soit enfin au carrefour de facteurs dits endogènes et de facteurs dits exogènes. L'étude du langage et de ses troubles nous fournit une occasion emblématique de travail selon un modèle étiopathogénique polyfactoriel, ce qu'un linguiste comme de Saussure [1] avait déjà pressenti en situant l'acte de parole individuel entre la langue (système conventionnel collectif) et l'aptitude au langage (compétence d'espèce, génétiquement fondée), et ce qui renvoie également à notre conception d'un double ancrage, corporel et interactif, des processus de symbolisation et de représentation.

À partir de là, s'il est certain qu'un grand nombre d'enfants arrivent à notre consultation pour un « retard de langage », il est néanmoins intéressant de se demander en quoi le pédopsychiatre peut se sentir concerné par ces diverses situations et en quoi son approche spécifique peut être utile au diagnostic et au dépistage précoces dont on sait l'importance sur un plan pronostique. En première approximation, et pour situer un peu les choses, je dirais volontiers qu'en matière de langage, la tâche primaire du pédopsychiatre n'est pas tant, me semble-t-il, de repérer les signes avant-coureurs de telle ou telle difficulté instrumentale dans l'accès de l'enfant au maniement du langage, que de chercher à dépister le plus précocement possible des situations psychopathologiques désormais connues pour être susceptibles d'entraver ultérieurement l'avènement du langage. Autrement dit, c'est aux aspects relationnels du développement du langage que le pédopsychiatre va principalement et tout naturellement s'intéresser (sur fond de bilan audiométrique normal, cela va sans dire). De manière très schématique et très cursive, et après quelques rappels préliminaires sur les étapes prélinguistiques du développement de la communication – j'envisagerai donc le point de

vue pédopsychiatrique sur quelques obstacles relationnels au développement du langage [2, 3].

RAPPELS PRÉLIMINAIRES

L'étude d'une fonction se fait souvent à rebours de son ontogenèse et c'est pourquoi, probablement, que l'étude du langage a commencé par celle du langage instauré et de ses mécanismes de fonctionnement (linguistique structurale de type saussurien) avant de pouvoir se pencher sur la question de la pragmatique, des éléments suprasegmentaires et de la communication préverbale qui précèdent pourtant et conditionnent même l'avènement du langage proprement dit.

Par ailleurs, pour qu'un enfant puisse entrer dans le système du langage, verbal et préverbal, il faut, d'une part qu'il se soit un tant soit peu distancié et écarté d'autrui (processus de différenciation extrapsychique) afin d'éprouver le besoin de rétablir un lien par la parole, mais d'autre part il est nécessaire qu'il acquiert – en observant les adultes qui l'entourent, qu'il voit, qui lui parlent et qu'il entend – le sentiment que parler à quelqu'un a un effet réel, c'est-à-dire que le langage affecte et touche émotionnellement l'autre.

Enfin, il existe deux grands cadres de réflexion distincts en matière de langage, pour le pédopsychiatre, selon que le trouble du langage se trouve pris ou non au sein d'un tableau psychopathologique plus vaste et dans lequel il ne représente alors que l'un des aspects d'un trouble éventuellement plus général de l'ensemble des conduites de communication.

TROUBLES ISOLÉS (INSTRUMENTAUX) DU LANGAGE

Existe-t-il des « clignotants d'alarme », des signes d'alerte de futurs troubles isolés du langage, soit des troubles ne s'intégrant pas dans un tableau de difficulté relationnelle quelconque (hormis, bien sûr, les conséquences relationnelles directes du trouble du langage lui-même). C'est une question

difficile et, à l'heure actuelle, le pédopsychiatre n'est peut-être pas le mieux placé pour y répondre car, même s'il existe de tels signes, ce ne sont sans doute pas des signes qui amènent l'enfant à sa consultation. Les observateurs de bébé, les psychologues du développement, les personnels des différents lieux d'accueil des très jeunes enfants et les pédiatres eux-mêmes disposent en revanche d'une position stratégique à ce sujet.

Pour l'heure, il me semble que les quelques signes d'alerte possibles dans le courant des deux premières années se résument probablement à ceux qui témoignent d'un mauvais investissement de la bouche dans ses différentes fonctions : alimentaire, exploratoire, auto-érotique, etc., et peut-être, mais ceci est beaucoup plus difficile à affirmer, à un manque de sensibilité au langage en général (notamment dans sa fonction de consolation). En ce qui concerne le dysinvestissement de la bouche voire de l'oralité, on sait les importants retards de langage qui ont pu être constatés chez les enfants longtemps soumis à des techniques de nutrition parentérale qui, sans manœuvre de substitution, aboutissaient régulièrement à un véritable désamorçage de la zone orale. Il s'agit bien entendu de situations extrêmes mais qui peuvent cependant s'avérer instructives et aidantes pour la réflexion quant au dépistage précoce et à la prévention de troubles du langage isolés ultérieurs, dans des circonstances beaucoup plus banales et de moindre intensité.

Un dernier mot dans ce premier chapitre pour dire toute la difficulté qui existe encore aujourd'hui pour affirmer le diagnostic de dysphasie avant l'âge de 5 ou 6 ans. Quels sont les indices de gravité qui permettent de suspecter qu'un grave retard de langage à 2 ou 3 ans va déboucher ou non sur une authentique dysphasie ? La réponse est malheureusement plus que délicate et si des prises en charge précoces peuvent néanmoins être débutées, elles manquent encore cruellement de spécificité. La collaboration entre orthophonistes, linguistes, psychologues et pédopsychiatres apparaît ici comme essentielle pour l'avenir.

TROUBLES DU LANGAGE ET TROUBLES RELATIONNELS

J'évoquerai principalement deux tableaux : tout d'abord celui des organisations dépressives mère-enfant, ensuite celui des bébés à risque autistique et psychotique dont on sait les graves difficultés de langage qui vont être les leurs.

Organisations dépressives mère-enfant

Il est de clinique courante d'observer qu'un enfant trop longtemps au contact d'une atmosphère familiale ou maternelle dépressive est un enfant à risque du point de vue du développement de son système langagier, et ceci en l'absence de toute vulnérabilité instrumentale ou orthophonique

particulière. L'essor actuel de la psychiatrie dite « périnatale » a d'ailleurs bien montré que les bébés de mères déprimées représentent une population à risque sur un plan beaucoup plus général (entraves aux procédures d'attachement, difficultés cognitives diverses, mauvaise gestion des émotions et de l'agressivité, altération de la sociabilité, etc.), et c'est pourquoi la prévention des dépressions maternelles postnatales est devenue un authentique problème de santé publique. Quoi qu'il en soit, le repérage des organisations dépressives mère-enfant fait partie intégrante de la prévention précoce et notamment de la prévention des troubles du langage.

Avant de donner quelques éléments de compréhension quant à l'impact de ces situations sur le développement du langage de l'enfant, je souligne le fait que nous parlons d'organisations dépressives mère-enfant pour échapper à toute tentation simplificatrice linéaire, fallacieuse et culpabilisante qui ferait de la dépression du nourrisson une conséquence directe et obligée de la psychopathologie maternelle, et pour bien marquer au contraire la mutualité et la réciprocité foncières des dynamiques en jeu (une mère déprimée peut être déprimante dans certaines circonstances pour son enfant mais, réciproquement, un bébé déprimé s'avère souvent extrêmement déprimant pour sa mère).

En tout état de cause, il nous semble qu'une mère déprimée peut avoir un effet entravant sur le cheminement de l'enfant vers le langage verbal et ceci pour quatre raisons principales : 1) le manque de « malléabilité » maternelle [4] qui fait vivre à l'enfant un adulte peu réceptif au langage, sur lequel l'enfant ne peut rien inscrire de lui-même et dont il peut avoir alors du mal à se distancier (manque de séparabilité de l'objet) ; 2) la moindre disponibilité maternelle (carence qualitative) qui compromet l'ancrage interactif des processus de symbolisation précoces, et notamment le repérage par l'enfant des divers signifiants primordiaux, l'établissement des paires contrastées et tout le travail de démarcation entre les figures et le fond ; 3) le manque d'engagement ludique de la mère qui néglige ainsi tous les jeux d'attention conjointe dont on sait l'importance pour la nomination des objets sur le fond d'une atmosphère de « complicité contextualisante », puis « décontextualisante » [5]. On conçoit facilement que soient également compromises ici les fameuses berceuses dont Trevarthen [6] a montré l'importance centrale pour l'établissement interactif des premiers contenants rythmiques vocaux (les chansons des mères étant les mères de toutes les chansons) ; 4) la gêne à la « transitionnalité » [7] qui entrave l'instauration d'un « espace potentiel » entre la mère et l'enfant, l'enfant pouvant être utilisé par sa mère déprimée comme un objet antidépresseur ou contraphobique. Or cet espace potentiel entre la mère et l'enfant représente un espace de dégagement intersubjectif qui est fondamentalement nécessaire au développement du langage car celui-ci

figure évidemment au rang des principaux « phénomènes transitionnels ».

Bébés à risque autistique ou psychotique

Le CHAT (*check-list for autistic toddlers*), récemment proposé par Baron-Cohen et al. [8] dans une perspective cognitive en lien avec la « théorie de l'esprit » [9], insiste sur trois items dont l'absence à 14–15 mois est préoccupante. Il s'agit de l'attention conjointe (suivi du regard de l'adulte par le regard de l'enfant), du pointage protodéclaratif et des jeux de faire-semblant ou semi-symboliques. Si l'échec à ces trois items semble augurer d'un avenir psychopathologique lourd chez les bébés qui ont pu être ainsi évalués à 15–18 mois, puis qui ont été revus à 3 ans, il y a là une piste de recherche féconde pour savoir si un échec dissocié à ces trois items n'est pas susceptible d'annoncer d'ultérieurs troubles du langage, sans autisme ni psychose au sens lourd de ces termes, dans la mesure où ces trois items semblent avoir des liens étroits avec la grammaire profonde des processus de sémiotisation dans l'espèce humaine.

REMERCIEMENTS

Compte tenu de l'intérêt tout particulier que j'accorde à l'étude du développement du langage et de ses avatars et également de la place importante que ce thème de réflexion occupe depuis longtemps à l'hôpital Saint-Vincent-de-

Paul, je remercie les organisateurs de ce congrès d'avoir pensé à moi comme intervenant possible au sein de cette table ronde. J'aimerais en effet rappeler que c'est à Saint-Vincent-de-Paul qu'a travaillé Mme S. Borel-Maisonny, une des pionnières de l'orthophonie française, et que depuis quelques années nous avons beaucoup œuvré, G. Ponsot et moi-même, pour structurer une unité-langage transdisciplinaire actuellement dirigée par C. Payan et I. Jambaque.

RÉFÉRENCES

- 1 Saussure de F. Cours de linguistique générale. Paris : Payot ; 1978.
- 2 Golse B. Réflexions sur l'accès au langage verbal et hypothèses sur un certain type d'obstacles liés à la transitionnalité. In : Golse B, Bursztejn C, éd. Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant. Paris : Masson ; 1990. p. 149-59.
- 3 Golse B, Bursztejn C. Dire : entre corps et langage (autour de la clinique de l'enfance). Paris : Masson ; 1993.
- 4 Milner M. L'inconscient et la peinture. Paris : PUF ; 1976.
- 5 Bruner JS. Comment les enfants apprennent à parler. Paris : Retz ; 1987.
- 6 Trevarthen C. Racines du langage avant la parole. Devenir 1997 ; 9 : 73-93.
- 7 Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard ; 1975.
- 8 Baron-Cohen S, Aallen J, Gillberg C. L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? L'aiguille, la meule de foin et le CHAT. ANAE 1997 ; 11 : 33-7.
- 9 Frith U. L'énigme de l'autisme. Paris : Odile Jacob ; 1992.