

LES DYSPHASIES EN QUESTION

Interview de Catherine Billard par Marie-Pierre Poulat

Dr C. BILLARD
Centre G. de Clocheville
49, Bd Béranger
37044 Tours

Neurologue puis pédiatre,
Madame BILLARD devient
Neurologue infantile et
travaille depuis 10 ans
dans le domaine encore mal
connu des dysphasies de
développement en essayant
de concilier l'approche
neuropsychologique
et l'approche neurologique

* S. Borel-Maisonny

** P. Aimard

Marie-Pierre Poulat : Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à ce problème ?

Catherine Billard : *En France, on travaillait depuis très longtemps sur les troubles du langage*, les troubles des tout-petits**, mais peu sur les troubles du développement du langage comme on a pu le faire chez les aphasiques. La vision des difficultés de langage chez l'enfant était une vision essentiellement psychiatrique.*

M.P. Poulat : Ce manque n'était-il pas dû au fait que l'on ne sache pas comment classer ces troubles et donc lié à des difficultés nosologiques ?

C. Billard : *Non, Ajuriaguerra les avait parfaitement décrits dans les années 60 et à partir de là ce problème des troubles du développement du langage oral a été complètement « squeezé » et dès lors il n'y a plus eu de publication française sur ce thème.*

M.P.P. : Comment expliquer ceci ?

C.B. : *L'axe de recherche sur les troubles du langage écrit étant en plein essor, beaucoup d'études ont été faites sur les dyslexies notamment et j'ai le sentiment que ceci s'est fait au détriment des investigations sur le langage oral. Par exemple, on ne parlait pas de l'audi-mutité, encore moins de la dysphasie.*

M.P.P. : Que pensez-vous de la définition suivante de la dysphasie, celle que donnait S. Borel-Maisonny : « il s'agit d'un trouble fonctionnel désignant les cas d'élaboration tardive et imparfaite du langage et à caractère évolutif... »

C.B. : *Oui, c'est cela, en précisant toutefois que la dysphasie est avant toute chose un trouble du développement du langage oral qui est, et ceci est fondamental :*

- primitif (c'est-à-dire non consécutif à une autre cause)
- sévère et durable
- langage déviant

Ces deux derniers points le distinguent du retard simple de langage. Il faut avant tout bien définir une population ; on a un groupe d'enfants avec retard de parole, un groupe d'enfants avec retard de parole et langage, qui récupèrent en général vers 5-6 ans et puis il y a aussi ceux qui ont des troubles du développement du langage oral, qui n'ont pas de trouble de communication, qui sont intelligents. Evidemment cette définition est didactique et fautive : il y a toujours les sempiternels cas frontière. Il n'y a pas d'évidence et le terme de dysphasie, tout comme le terme de dyslexie d'ailleurs, devraient disparaître car ils servent à définir une population mais chaque enfant a sa sémiologie propre, c'est pourquoi on évoque les dysphasies en se méfiant de toute simplification comme de toute subjectivité.

M.P.P. : L'enfant dysphasique ne refuse pas effectivement tous les moyens de communication autres que le langage et est prêt à faire tous les efforts pour se faire comprendre. Cependant quand je vous entends dire « intelligents », j'aimerais que vous développiez ce point.

C.B. : *Le délicat chapitre du QI ! Si vous leur faites passer un test adapté, leur Quotient Performance est rigoureusement normal. Quant au Verbal, il est instable ; celui du WISC par exemple correspond à une très mauvaise approche du langage.*

M.P.P. : Leur compréhension est donc normale ?

C.B. : *Ce que l'on appelle l'élément compréhension dans le QI est un élément où se pose des questions sur la compréhension générale des faits mais ceci n'a rien à voir avec la compréhension du langage. Les tests de QV encore une fois, sont des mauvais moyens d'approche des enfants dysphasiques. En revanche, le QP est un moyen pour apprécier leur intelligence. La majorité des enfants dysphasiques ont une atteinte expressive plus importante que l'atteinte de compréhension. Les formes prédominantes au niveau de l'atteinte de compréhension, qu'on a appelées agnosies congénitales, sont extrêmement rares.*

M.P.P. : Quels tests utilisez-vous pour évaluer le discours d'un enfant dysphasique et pour le dépistage précoce ?

C.B. : *Faire un bilan des fonctions intellectuelles, verbales et non-verbales. On utilise la batterie de Mmes Chevrier-Muller et Simon plus l'étude de la compréhension (sous forme de désignation d'images et sous forme de compréhension syntaxique avec le NSST), de la phonologie, de l'évocation du mot, de la syntaxe, du stock lexical (c'est-à-dire le nombre de mots connus ; certains enfants peuvent avoir un gros trouble phonologique et éventuellement des troubles de l'évocation du mot et avoir cependant un bon stock lexical), des gnosies, des perceptions et aussi du pragmatisme (c'est-à-dire en quoi le langage se situe bien dans le contexte).*

M.P.P. : Comment on évalue le pragmatisme ?

C.B. : *Il n'y a pas de test. Il y a une forme très particulière de DP appelée syndrome sémantique-pragmatique (ou « cocktail-party syndrome ») qui correspond à des enfants hydrocéphales qui présentent un langage riche, qui sont extrêmement fluents mais complètement « à côté de la plaque » avec un discours qui n'est pas adapté à la situation.*

M.P.P. : La neuropsychologie dans sa globalité manque d'instruments de mesure ?

C.B. : *Tout à fait. Faire un bilan complet est aléatoire et compliqué.*

M.P.P. : Pourtant ce facteur pragmatique est plus que fondamental, car de même que le but de la lecture est de comprendre ce qu'on lit, le but du langage est de l'utiliser correctement.

C.B. : *Bien sûr ! Comme il n'y a pas d'épreuve de pragmatisme, il ne peut s'agir que d'une finesse sémiologique du langage provoqué et spontané. C'est la raison pour laquelle il faut toujours associer les épreuves de langage à celle du niveau intellectuel de performance. Certains de ces enfants ont des difficultés visuo-constructives (élaboration dans l'espace) alors qu'ils ont un excellent raisonnement logique et cela peut baisser leur coefficient performance. Il faut être vigilant à tous les résultats des subtests.*

M.P.P. : Vous avez précédemment parlé du stock lexical mais celui-ci est co-dépendant du milieu socio-culturel...

C.B. : *Complètement co-dépendant mais c'est un facteur qu'on va pouvoir réduire : on apprend facilement le vocabulaire aux enfants. Même si on ne le teste que sur son versant désignation, c'est un élément que l'on touche au cours de la rééducation et c'est très important.*

M.P.P. : Nous reparlerons de votre expérience à Tours. Dans l'ensemble de la population infantine, les DP (Dysphasies) sont-elles fréquentes ?

C.B. : *Il n'existe pas à ce jour d'enquête épidémiologique française faite.*

M.P.P. : Pour quelle(s) raison(s) ?

C.B. : *Le travail est colossal : il faut prendre tous les enfants à la naissance dans un département donné, les suivre régulièrement et on repère ceux qui ont un trouble du langage et comment ils évoluent ; ceci nécessite une importante cohorte.*

M.P.P. : Quant à le faire à partir du moment où le diagnostic de DP est posé...

C.B. : Alors ce sont des enquêtes rétrospectives qui ne permettent pas d'établir la prévalence et la fréquence du trouble puisque vous avez évidemment un biais de recrutement. Il faut impérativement une enquête prospective très lourde dont l'inconvénient est d'obtenir des bilans neuropsychologiques... très légers ! Cela dit, les chiffres admis pour évaluer cette population sont entre 0,5 et 1 % des enfants de plus de six ans qui ont un trouble du langage oral et dans ce groupe il y en a environ la moitié qui se révéleront être débiles mentaux (donc avec des déficits également sur la performance) et l'autre moitié avec un trouble spécifique du langage oral. C'est un problème fréquent et si je visitais tous les IMP de France, je serais assurée de trouver deux enfants DP non reconnus par centre.

M.P.P. : Des problèmes auditifs sont-ils associés ?

C.B. : Tous les audiogrammes de ces enfants sont normaux mais par contre sans avoir de troubles auditifs ils ont des troubles perceptifs : souvent moins performants que les autres enfants sur les séquences auditives à reconnaître, de même pour les séquences tactiles et pour les épreuves de rythmes.

M.P.P. : Des parallèles ont été établis entre l'aphasie acquise, le syndrome de Landau-Kleffner et les DP ; où en est-on aujourd'hui de ces regroupements ?

C.B. : A la fois sémiologiquement et étiologiquement, on aborde un autre domaine. Il y a chez l'enfant des aphasies acquises, des AVC, des tumeurs... etc. Le Landau-Kleffner (LK) est un syndrome très particulier où les troubles acquis du langage sont en rapport avec une épilepsie (non au sens crise d'épilepsie mais éléments paroxystiques). Il y a un certain parallélisme entre l'évolution des EEG et l'évolution du langage dans le LK. Il est vrai que certains auteurs ont décrit bon nombre de ces anomalies EEG chez les DP, au point de conclure que les DP seraient des formes très précoces du LK. Ceci ne correspond pas du tout à mon expérience où, depuis six mois, avec la technique du Holter (EEG de 24 heures), on a fait une population témoin et nous connaissons maintenant la fréquence de ces mêmes anomalies chez des enfants ne présentant aucune pathologie. Par contre, environ 3/4 des DP ont de petites anomalies paroxystiques qui sont très peu fréquentes mais incontestablement plus nombreuses que dans la population normale.

M.P.P. : Ceci semble accréditer l'argument disant que les DP sont une forme de LK à minima ; si je me permets d'insister, c'est pour que vous évoquiez la part éventuelle du congénital et de certains éléments prédictifs d'une organicité.

C.B. : A mon avis, ces faits accréditent qu'il se passe quelque chose dans le cerveau des enfants DP certes. Mais dans le syndrome de LK, on peut faire l'hypothèse suivante : compte-tenu de l'importance des anomalies paroxystiques, il y a un dysfonctionnement du cerveau en rapport avec ces anomalies. Alors que dans le cas des DP, ces anomalies sont, à mon sens, trop peu fréquentes pour que l'on admette qu'elles soient responsables de la DP de développement. Cela dit, il convient d'être très prudent quant à l'éventualité d'une installation du trouble langagier. Car lorsque l'installation est très précoce, on peut considérer ce trouble comme congénital. Il est alors intéressant d'effectuer un EEG nocturne et de voir s'il existe des anomalies particulières. Quant au facteur génétique dont vous parlez... il existe des familles de DP mais on n'a pas mis en évidence d'organicité franche. Depuis longtemps, un grand débat a lieu en France avec les psychiatres qui évoquent cette pathologie en terme de « psycho-social ». Or ceci me gêne beaucoup car on peut avoir des troubles neuropsychologiques avec un cerveau rigoureusement normal (même en faisant des coupes sur le plan histologique). Toute la difficulté de la classification...

M.P.P. : Si je vous dis DP et affectivité, retrouve-t-on un profil de personnalité particulier pour ces enfants ?

C.B. : Leur personnalité a été peu étudiée et la tâche n'est pas aisée puisqu'il y a plusieurs types de DP, plusieurs types d'environnement psycho-social, plusieurs types de prise en charge, plusieurs types de reconnaissance (ou pas) et on parvient à des intrications multi-factorielles. Je pense qu'il est aussi déraisonnable d'avoir une vision de la neuropsychologie excluant totalement la relation, l'analyse, et la psychiatrie qu'il a été déraisonnable en France d'avoir une vision des troubles de l'apprentissage de

l'enfant ou des troubles du développement de l'enfant d'une façon purement relationnelle ou psycho-sociale.

M.P.P. : De plus, parler d'agressivité, d'hyperkinésie... etc, peut être réactionnel : c'est la sempiternelle histoire de la poule et de l'œuf.

C.B. : *Exactement. Ces enfants ont des difficultés de communication un peu analogues à la crise de pré-adolescence. Ces enfants de deux ans sont volontiers opposants et agressifs parce que leur langage ne suit pas leur pensée. Ajuriaguerra séparait les « prolifiques incontrôlés » et les « économes mesurés », c'est-à-dire des enfants qui ont un jargon (charabia) avec beaucoup de gestes et d'autres au contraire introvertis et n'utilisant que très peu le langage. Est-ce que cela correspond à des types neuropsychologiques différents ou bien à des personnalités différentes ? Je n'en sais rien et on ne peut fixer de schéma mais on peut toutefois noter que l'instabilité est un facteur fréquent.*

M.P.P. : Pour la rééducation, vous avez créé un centre à Tours où ces enfants sont pris en charge. Quels sont vos mots-clé pour l'aspect thérapeutique de l'enfance dysphasique ?

C.B. : *En tout premier lieu : reconnaissance du trouble, soit faire le diagnostic différentiel entre trouble de la communication, déficience mentale, autisme ou autre... Après cette identification, proposer une rééducation « collée » ou personnalisée qui nécessite donc une étude sémiologique fine et répétée du type des troubles du langage. Enfin mon troisième mot-clé serait l'investissement du langage écrit.*

M.P.P. : Exposez-nous votre démarche (en précisant l'âge de votre population)

C.B. : *Initialement, nous avons ciblé une population d'enfants de huit ans. Tous avaient été en échec scolaire et comme ils ont des difficultés d'apprentissage de la lecture, ils ont besoin d'un canal supplémentaire ; la méthode Borel-Maisonny les aide à la lecture et à l'expression orale. Quand il y a des troubles de compréhension, on utilise le Français Signé. On est parti du constat simple rétrospectif que sur la population d'enfants DP, 1/3 de ces enfants étaient non-lecteurs. Ce qui différencie ces derniers des bons lecteurs et des lecteurs pathologiques, c'est qu'il n'y a pas du tout d'acquisition de la lecture. Or tous ces enfants DP avaient tous le même niveau intellectuel avec toutefois des troubles du langage oral plus sérieux lorsqu'ils étaient non-lecteurs. N'ayant pas objectivé de différence fondamentale dans tous les groupes, nous nous sommes fixé pour objectif d'apprendre à lire à tous. On tente le plus possible de laisser l'enfant dans le circuit scolaire normal (si ses difficultés sont compatibles avec les apprentissages « classiques », il y a des enfants DP qui ne pourraient pas être intégrés en raison des multiples troubles associés) avec prise en charge orthophonique. L'hypothèse sur laquelle on s'est basé est de dire qu'à priori ils auront accès à la lecture plus facilement en utilisant la méthode analytique. Ceci de manière très souple puisqu'on a constaté que les stratégies de lecture étaient très différentes chez les uns et les autres.*

M.P.P. : Votre défi est donc de prétendre vouloir rétablir le langage oral de ces enfants en passant par l'écrit en quelque sorte. C'est étonnant de se servir de l'écrit, code culturel, pour parvenir à l'oral, code pré-programmé génétiquement.

C.B. : *Oui mais contrairement à l'équipe belge, nous n'empêchons pas l'oralisation (quand il y a de sévères troubles phonologiques, ils sont gênés par l'oralisation et l'orthographe). Notre cible, c'est le langage oral. Donc notre objectif est simple : les enfants DP ont du mal à lire or c'est fondamental pour eux qu'ils y parviennent. D'autre part, aucune des structures scolaires existantes ne leur étaient adaptées, par conséquent ils avaient la double vie d'une rééducation intensive à l'extérieur et une école non apte à gérer leurs difficultés spécifiques. Il nous a paru indispensable de concilier les deux en créant une structure particulière mais en même temps intégrée dans le circuit scolaire normal. Pour l'avenir, nous souhaiterions que ces enfants ne soient pas pris à 8 ans, après trois années d'échecs scolaires et avec tous les retentissements psycho-pathologiques que vous imaginez.*

M.P.P. : Plus on agit précocement, moins on risque l'échec scolaire, c'est sans doute là tout le sens de la prévention. Mais y-a-t-il un rapport très étroit entre les critères de gravité

de la dysphasie et l'aptitude à apprendre à lire ?

C.B. : *Non, il y a des enfants très dysphasiques qui vont très vite savoir lire et inversement. Pour le moment, nous ne savons pas voir dans le profil d'un enfant dysphasique les facteurs prédictifs pour un bon apprentissage de la lecture.*

M.P.P. : Est-ce que ce genre de structure va être développé dans d'autres régions ?

C.B. : *C'est notre combat mais les moyens dépendent du Ministère de l'Education Nationale pour une grande part...*

Bibliographie

- C. BILLARD, M.L. LOISEL DUFOUR, P. GILLET, M. BALLANGER. Evolution du langage oral et du langage écrit dans une population de dysphasie de développement de forme expressive. ANAE, 1, 1989, 16-22.

- C. BILLARD. Dysphasies de Développement. Médecine et Enfance, 8 : 1988, p. 43-6.

- CHEVRIE MULLER C. and LE NORMAND M. (1987). Neuropsychological pattern in a child with a severe language acquisition disorder : a ten year follow up case study. Aphasiology, 1 : 347-359.

- HALL PK, and TOMBLIN J.B. (1978). A follow up study of children with articulation and language disorders. J. of Speech and Hearing Deficit, 43 : p. 221-41.

- LE HEUZEY M.F., GERARD Ch., DUGAS M. Evolution et classification des troubles du développement du langage chez l'enfant. ANAE, 2 : 180, p. 10-4.

- PAUL R., DONALD Ph. D., COHEN M.D., BARBARA K., CAPARULO M.S. (1983). A longitudinal study of patients with severe developmental disorders of language learning. J. of The American Academy of Child Psychiatry, 22 : 525-34.

- SILVA PA, Mc GEE R., WILLIAMS S.M. : Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age seven.

- STEVENSON J. : Predictive value of speech and language screening. Develop. Med. Child Neurol, 1984, 26 : 528-538.

- TALLAL P., STARK KALLMAN C. MELLITS D. (1981). A reexamination of somme nonverbal perceptual abilities of language impaired and normal children as a function of age and sensory modality. J. of Speech and Hearing Research, 24 : 351-7.

- WEINER PS (1974). A language delayed child at adolescence. J. of Speech and Hearing Research, 39 : 209-213.