

**Par Christelle MAILLART** (Christelle.maillart@uliege.be)

## **Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique.**

Cet article est basé sur le travail de clarification de la terminologie des troubles du langage oral mené par un groupe international et multidisciplinaire (phase 2 du projet CATALISE). Les conclusions de ce groupe (Bishop et al., 2017) sont publiées en accès ouvert<sup>1</sup> et seront largement détaillées ci-dessous. Cette présentation sera interrompue régulièrement par des réflexions quant à son application dans le cadre de la nomenclature des prestations logopédiques en Belgique. Pour distinguer clairement les deux composantes, l'article servira de fil conducteur sous la forme d'un texte continu assez proche du document initial et les réflexions, distinctes de cet article, y seront insérées dans des parties encadrées et n'engagent que l'auteure du présent article.

### **1. Contexte**

*Trouble du développement du langage (B2, nomenclature), retard de langage, retard simple, retard de parole, trouble spécifique du langage, dysphasie, trouble spécifique du langage oral, etc.* De nombreux termes coexistent pour parler des enfants présentant des difficultés d'acquisition de leur langue maternelle. Cette absence de consensus quant à la terminologie à adopter pour référer aux troubles langagiers est un sujet de préoccupations récurrent. En effet, la confusion induite par des appellations multiples d'une même réalité a des répercussions cliniques et des conséquences pour la recherche : la multiplicité de termes complexifie l'accès aux soins appropriés pour le patient tandis que le nombre de financements obtenus et le nombre d'articles publiés sur cette thématique sont nettement moindres que ce qui pourrait être attendu en fonction de la fréquence du trouble et de son impact sur la vie et les apprentissages de l'enfant (Bishop, 2014).

Afin de faire émerger un consensus terminologique, un projet multidisciplinaire et international, CATALISE (Bishop et al., 2016, 2017), a rassemblé 59 experts anglophones représentant différentes professions et nationalités. Parmi eux, une majorité d'orthophonistes (32), des psychologues et orthophonistes (7), des psychologues (8), des pédiatres (3), des psychiatres (2), un audiolgiste (1), des enseignants spécialisés (2) et des représentants des familles (4). Les experts ont été choisis pour leur expérience en recherche ou leur importante pratique clinique avec des enfants présentant des troubles langagiers. Ensemble, ils représentaient 6 pays anglophones (Grande Bretagne, Etats-Unis, Irlande, Australie, Canada et Nouvelle Zélande) et ont participé à un processus appliquant la méthode de Delphes, une méthodologie qui, en récoltant et organisant l'avis d'experts, vise à mettre en évidence des convergences et des consensus. Le processus a couvert deux questions importantes : 1) l'identification des troubles langagiers (phase 1 – Bishop et al., 2016) et 2) la terminologie (phase 2 – Bishop et al., 2017) qui fait l'objet de cette présentation.

<sup>1</sup> <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>

Les personnes intéressées pourront également consulter une conférence donnée sur ce thème par Dorothy Bishop, à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=uBehC82whh0>

Bien qu'il soit évident que le consensus obtenu sur les termes anglophones ne soit pas directement transférable en langue française, il fournit pourtant un exemple inspirant qui, en l'absence d'une démarche similaire en francophonie, fera référence. Il mérite donc d'être présenté<sup>2</sup>.

## 2. Le consensus

Le consensus portant sur la terminologie (Bishop et al., 2017) a abouti à plusieurs affirmations traduites et présentées qui vont être en partie détaillées et illustrées dans le schéma ci-dessous (cf. figure 1). Les 12 affirmations reprises ci-dessous en italique ont fait l'objet d'un consensus minimal de 78%.

### ***1. Il est important que ceux qui travaillent dans le champ des troubles du langage utilisent une terminologie cohérente et commune***

Le premier constat<sup>3</sup> réaffirme l'importance d'adopter une terminologie commune, même si cela implique des changements d'habitude ou de pratique.

#### *Implications*

Un travail de relecture de la nomenclature des prestations logopédiques devrait être réalisé pour vérifier l'adéquation entre ces recommandations internationales et les termes actuels. En parallèle, ces nouvelles appellations devraient être plus systématiquement utilisées, tant au niveau clinique qu'au niveau de la formation initiale et continue.

### ***2. Le terme de « troubles du langage » est proposé pour faire référence aux enfants qui risquent d'avoir des difficultés langagières influençant significativement leur vie quotidienne et leurs apprentissages lorsqu'ils seront en âge scolaire (5 ans et au-delà)***

Les experts rappellent ici que le pronostic est un élément clé de la définition du trouble langagier et que ce terme ne devrait concerner que les enfants chez qui, sans l'aide d'un spécialiste, les troubles auront un impact fonctionnel. Ce pronostic est d'autant plus difficile à déterminer qu'il n'existe pas une division claire entre troubles langagiers et développement langagier normal, les modèles actuels proposant davantage un continuum de performances. Il sera donc important d'utiliser les informations pertinentes apportées par les études de suivis longitudinaux pour affiner ce pronostic.

Le choix du terme « trouble » veut explicitement exclure de la définition les enfants dont les difficultés résultent d'un manque d'exposition à la langue de scolarisation ou qui pourraient récupérer sans aide. Ces enfants pourraient néanmoins bénéficier de certaines interventions éducatives mais ne devraient pas être identifiés comme présentant un trouble du langage. Ceci n'exclut cependant pas tous les enfants multilingues du diagnostic de trouble (voir affirmation 4).

2 Voir aussi l'article du blogue « tout cuit dans le bec » sur le même sujet  
<https://cuitdanslebec.wordpress.com/2017/07/23/le-nouveau-trouble-du-langage-developpemental-57-experts-se-prononcent-sur-la-terminologie-entourant-les-troubles-du-langage/>

3 l'article initial parle de "statement", soit des déclarations. La traduction proposée n'est donc pas littérale.

*Implications*

La définition proposée met l'accent, à juste titre, sur l'impact fonctionnel des troubles observés, c'est-à-dire leurs conséquences actuelles et futures sur la vie quotidienne et scolaire des enfants. Cette dimension n'est pas systématiquement prise en compte dans nos évaluations logopédiques, principalement parce que nous manquons d'outils fiables pour l'estimer. Un travail de recherche clinique sur cette thématique serait donc important à mener au niveau francophone. Les experts rappellent également l'importance, pour soutenir les décisions cliniques, de disposer d'études longitudinales détaillées.

**3. Les données de la recherche indiquent que les prédicteurs d'un moins bon pronostic varient selon l'âge de l'enfant mais que les troubles langagiers qui affectent plusieurs composants persistent généralement.**

Les prédicteurs d'un moins bon pronostic, soit l'appréciation du risque, varient selon l'âge de l'enfant :

- en-dessous de 3 ans, il est très difficile de trouver des indicateurs fiables de ce pronostic. En effet, parmi les enfants étant à risque au niveau langagier à un jeune âge (late talkers ou parleurs tardifs), ceux qui récupèrent sans intervention sont difficiles à identifier (Reilly et al., 2010). L'absence de combinaisons de mots à 24 mois semble être un prédicteur plus solide que le fait de ne produire aucun mot à 15 mois, sans que cela ne soit un prédicteur parfait (Rudolph & Leonard, 2016). Certains autres facteurs comme la présence d'une atteinte de la compréhension, l'absence de communication par des gestes ou d'imitation des mouvements du corps ou la présence d'antécédents familiaux de troubles du langage ou d'apprentissage sont également pointés.
- entre 3 et 4 ans, on va s'intéresser au nombre de domaines langagiers touchés. Plus ce nombre est élevé, plus la probabilité d'un trouble qui perdure à l'âge scolaire augmente. A ces âges, la répétition de phrases est un test langagier qui a été identifié étant un marqueur relativement fiable pour le pronostic chez les enfants anglophones (Everitt et al., 2013). A l'inverse, les enfants en maternelle qui présentent des difficultés limitées aux aspects expressifs en phonologie semblent avoir un pronostic favorable (Beichman et al., 1996).
- à partir de 5 ans, les difficultés langagières encore présentes au-delà de 5 ans sont fréquemment persistantes. Les enfants qui démarrent leur scolarité primaire avec des difficultés en langage oral sont à risque de troubles d'apprentissage, avec peu de données suggérant qu'ils sont capables de rattraper leur retard avec le temps. Ainsi, le pronostic est particulièrement pauvre si la compréhension du langage est touchée et si les habiletés non verbales sont faibles (Rice & Hoffman, 2015).

*Implications*

A l'heure actuelle, la nomenclature logopédique pour le B2 (*troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3e percentile...*) ne tient compte ni de l'âge de l'enfant, ni de la nature des tâches proposées (pour autant qu'il s'agisse de tests repris dans la liste limitative). Or, on commence à voir émerger en recherche des tâches qui sont identifiées, à certains âges, comme étant plus discriminantes que d'autres (ex. répétition de phrases). Mais, avant de modifier la nomenclature, il sera important de poursuivre la recherche dans des populations francophones afin de disposer de données plus claires sur les variables pronostiques à prendre en considération.

**4. Certains enfants peuvent avoir des besoins en termes de soutien langagier parce que leur langue maternelle ou la langue parlée à la maison diffère de la langue locale et qu'ils ont une exposition insuffisante à la langue d'instruction pour la parler de façon fluente. Ces enfants ne devraient pas être considérés comme présentant un trouble du langage, à moins de disposer de données montrant que l'enfant ne possède un niveau langagier approprié à son âge chronologique dans aucune langue**

Dans ce type de cas, un score langagier faible à un test ne signifie pas que l'enfant présente un trouble. Il est important de vérifier si l'enfant a un niveau langagier adéquat dans au moins une langue. Les experts rappellent qu'en général, le multilinguisme n'entraîne pas un problème langagier. Dans les cas où l'enfant a une expérience trop limitée avec la langue de scolarisation, il peut néanmoins avoir besoin d'aide. Ceci s'applique aussi aux enfants entendants dont la langue maternelle est la langue des signes.

#### Implications

La nomenclature actuelle (A.R. 15.5. 2003) stipule que « *l'intervention de l'assurance est également exclue dans les traitements logopédiques :*

*- de troubles secondaires dus à des affections psychiatriques ou états émotionnels, à des problèmes relationnels, à une scolarité négligée ou défailante (par exemple, à cause de maladie), à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte » (...)*

Cette dernière phrase est fréquemment utilisée pour exclure de l'accès aux soins les enfants en situation de bi ou multilinguisme. La position des experts est en accord avec cette exception (« **Ces enfants ne devraient pas être considérés comme présentant un trouble du langage** ») mais ils complètent leur positionnement par deux points importants, parfois oubliés :

- 1) d'une part, ils affirment également qu'un soutien langagier peut être nécessaire pour ces enfants, même si cela ne relève pas de troubles (« **Certains enfants peuvent avoir des besoins en termes de soutien langagier** »). Il conviendra donc de s'interroger sur la nature, les acteurs impliqués et la place dans ce soutien langagier pour les enfants dont la langue maternelle n'est pas la langue de scolarisation. Quel rôle peut avoir le logopède dans ce cas ? Dans quel contexte ? etc. ;
- 2) si le multilinguisme ne peut être la cause des troubles langagiers, il n'est pas non plus un facteur de protection qui pourrait être une raison d'exclusion pour l'accès aux soins (... **à moins de disposer de données montrant que l'enfant ne possède un niveau langagier approprié à son âge chronologique dans aucune langue** »). Les experts rappellent donc qu'il existe des enfants bi ou multilingues qui présentent des troubles développementaux du langage. Ils sont effectivement plus difficiles à identifier car il est alors nécessaire de montrer que dans aucune langue (et donc y compris leur langue maternelle), ils ne peuvent atteindre un niveau approprié pour leur âge chronologique. Il est important que ces enfants-là ne soient pas oubliés par la nomenclature des prestations logopédiques et qu'une réflexion soit menée pour trouver des moyens scientifiquement fondés de les identifier. Plusieurs pistes sont possibles :
  - a) tenir compte de leur acquisition plus lente pour proposer des seuils de pathologie plus sévères que les enfants monolingues sur les mêmes tests ;
  - b) privilégier les épreuves qui ciblent plus le traitement langagier (ex. répétition de pseudo-mots) à celles qui sont sensibles à la quantité d'exposition (ex. épreuves de vocabulaire), lire à ce sujet Thordardottir et Brandeker (2013) ;
  - c) utiliser des épreuves développées dans un contexte de multilinguisme (cf. le projet européen BI-SLI : <http://www.bi-sli.org>) et
  - d) l'évaluation dynamique du langage semble également une option prometteuse (Hansson et al., 2013).

## ... EBP ... EBP... EBP... EBP ...

### **5. Remplacer les critères d'exclusion dans la définition du trouble du langage par une distinction à trois niveaux entre les conditions de différenciation, les facteurs de risque et les conditions co-occurentes.**

L'enjeu vise à remplacer les conditions d'exclusion (ex. troubles langagiers en l'absence d'un déficit intellectuel, d'un déficit sensoriel, etc.) fréquemment utilisées pour restreindre l'accès à des soins ou des services tout en tenant compte des causes pouvant être à l'origine du problème langagier.

#### *Implications*

La nomenclature actuelle (A.R. 15.5.2003) contient effectivement des conditions d'exclusion : " troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3<sup>e</sup> percentile, en l'absence d'un trouble de l'intelligence (QI total de 86 ou plus, mesuré par test individuel) et en l'absence d'un trouble important de l'audition (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL). Ces tests de langage et ces tests de QI doivent figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions "

### **6. Les conditions de différenciation sont des conditions biomédicales au sein desquelles le trouble langagier se produit parmi un ensemble complexe de troubles. On utilise alors le terme « trouble langagier associé avec X », X étant la condition de différenciation.**

Ces facteurs de différenciation comprennent la lésion cérébrale, l'aphasie épileptique acquise de l'enfance, certaines conditions neurodégénératives, la paralysie cérébrale (anciennement IMC) et les difficultés langagières consécutives à une déficience auditive de même que les atteintes génétiques comme le syndrome de Down. Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et la déficience intellectuelle sont également repris à ce niveau.

#### *Implications*

En distinguant clairement les troubles du langage avec une condition de différenciation associée, les experts reconnaissent également les besoins spécifiques d'intervention pour ces enfants. Même si, pour une grande partie de ces enfants, une intervention multidisciplinaire doit être recommandée et prioritaire, il serait important que la nomenclature en monodisciplinaire puisse prévoir aussi des possibilités d'intervention pour toutes les différentes conditions de différenciation. Actuellement, c'est possible pour certaines pathologies (déficience auditive, aphasie, lésion cérébrale) mais pas pour d'autres (déficience intellectuelle ou TSA) alors que ces enfants ont des besoins importants de prise en charge des troubles de la communication et que les interventions multidisciplinaires sont parfois très longues à obtenir. Introduire une certaine flexibilité entre les interventions en monodisciplinaire et multidisciplinaire devrait permettre une meilleure continuité des soins et éviter des temps d'attente extrêmement longs à des âges où la prise en charge est essentielle.

**7. Le terme « trouble développemental du langage » devient l'appellation utilisée en cas de troubles langagiers lorsque les conditions de différenciation reprises précédemment ne sont pas présentes (cf. constat 6).**

Le terme choisi est identique à celui qui sera repris dans l'ICD-11 (*International Classification of Diseases*) publié par l'OMS en 2018, même si la proposition des experts n'inclut aucun critère en termes d'habiletés non verbales. Le caractère développemental fait référence au fait que les difficultés émergent au cours du développement et ne sont donc pas acquises ou associées avec une cause biomédicale connue. En aucun cas, cela ne pourrait vouloir signifier que l'enfant serait incapable de développer son langage.

#### *Implications*

La nomenclature actuelle (A.R. 15.5. 2003) recourt à une appellation très proche pour le B2 « troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3<sup>e</sup> percentile, (...) qui pourrait facilement être modifiée en « **trouble développemental du langage** ».

**8. Un enfant qui présente un trouble du langage peut avoir un faible niveau d'habiletés non verbales, sans que cela empêche de poser un diagnostic de « TDL ».**

En effet, un décalage entre les habiletés verbales et non verbales n'est pas requis pour poser ce diagnostic. En pratique, un enfant qui présente de faibles habiletés non verbales et qui ne remplit pas les critères de diagnostic pour une déficience intellectuelle peut être inclus dans la catégorie « TDL ».

#### *Implications*

Suivre cette recommandation impliquerait de modifier ou supprimer la condition d'exclusion actuelle liée au QI (« en l'absence d'un trouble de l'intelligence (QI total de 86 ou plus, mesuré par test individuel) ») puisque des enfants présentant des performances intellectuelles faibles (entre 86 et 70) pourraient également rentrer dans cette catégorie. Les experts n'excluent pas totalement le recours au QI qui permet effectivement de distinguer le « TDL » (constat 7) du « trouble du langage associé à une déficience intellectuelle » (constat 6, voir figure 1) mais visent à supprimer la zone grise des enfants présentant un trouble du langage et un QI compris entre 70 et 86, et par conséquent, exclus des remboursements. Ce point est également discuté dans la phase 1 de CATALISE, en tant que proposition n°23 (Bishop et al., 2016). Les auteurs justifient le fait de ne plus tenir compte du décalage entre les habiletés verbales et non verbales par quatre éléments :

- 1) actuellement, le diagnostic de déficience intellectuelle ne repose plus uniquement sur le seul score du QI. On doit tenir compte d'autres facteurs comme les fonctions adaptatives dans la vie quotidienne (Greenspan & Woods, 2014) ;
- 2) en cas de troubles langagiers, le niveau d'habiletés non verbales n'est ni un indicateur fiable de la réponse à l'intervention langagière (Bowyer-Crane et al., 2011) ni associé à un profil linguistique unique (Norbury et al., 2016) ;
- 3) ce décalage est instable et ne peut donc servir comme base fiable pour de la classification ou du diagnostic (Cole et al., 1995) et
- 4) de nombreux enfants ayant un faible QI non verbal présentent un fonctionnement langagier adéquat ce qui contredit le fait que des habiletés non verbales freinent le développement langagier (Rice, 2016). Les experts rappellent que le point à prendre en considération est le fait que les enfants tirent un bénéfice d'une intervention langagière et que cela ne semble pas lié au niveau du QI.

**9. Les troubles langagiers peuvent prendre place en co-occurrence avec d'autres atteintes touchant les domaines cognitifs, sensori-moteurs ou comportementaux qui peuvent interférer avec le profil global ou la prise en charge des difficultés. Ceci inclut les troubles attentionnels (TDA/H), moteurs (trouble développemental de la coordination ou dyspraxie), les troubles d'apprentissage (dyslexie), les troubles de la parole, les troubles comportementaux ou émotionnels.**

Devant le nombre d'enfants présentant différents troubles neurodéveloppementaux associés, il est apparu important de préciser que le fait d'avoir un autre diagnostic ne doit pas empêcher de poser un diagnostic de TDL. Ainsi, selon les intervenants rencontrés, un même enfant pourrait recevoir un diagnostic de TDAH par un neuropsychologue et de TDL par un logopède, voire un double diagnostic de TDL et dyslexie ou TDL et troubles des sons de la parole.

*Implications*

L'association de déficits est une réalité clinique bien connue. En rappelant qu'une association de diagnostics est possible, les experts se positionnent aussi quant à l'identification de besoins spécifiques différents pour la prise en charge. Quand les troubles concernent des professionnels de santé différents, des prises en charge multidisciplinaires sont possibles. En Wallonie, l'accès à ces centres reste problématique, il sera important de veiller à ce que plusieurs ouvertures de soins en monodisciplinaire soient possibles parallèlement. De la même manière, une certaine souplesse doit être de mise pour permettre des ouvertures d'accès aux soins simultanées en cas de co-occurrence de troubles.

**10. Les facteurs de risque sont des facteurs environnementaux ou biologiques qui sont fréquemment associés avec les troubles du langage, mais dont la relation causale n'a pu être clarifiée ou reste partielle. La présence de facteurs de risque ne doit pas empêcher de poser un diagnostic de TDL.**

Ces facteurs (ex. antécédents familiaux, problèmes pré/périnataux, etc.) peuvent varier avec l'âge de l'enfant. Une revue systématique (Rudolph, 2017) suggère que les facteurs de risque les plus documentés pour les troubles du langage incluent l'histoire familiale de troubles du langage ou d'apprentissage, le fait d'être un garçon, d'être dans les plus jeunes dans une large fratrie et le faible niveau d'éducation parentale.

*Implications*

La recherche des facteurs de risque, particulièrement importantes pour les plus jeunes, doit être incluse systématiquement dans l'anamnèse. Parallèlement, à l'instar de ce qui se développe dans d'autres régions francophones (ex. Sylvestre et al. 2017), des recherches devront être menées pour mieux comprendre le poids relatif de chacun de ces facteurs pour prédire l'évolution des patients.

**11. Le TDL est une catégorie hétérogène qui recouvre une large étendue de profils différents. Néanmoins, il peut être utile pour le clinicien de localiser précisément les niveaux ciblés pour l'intervention et pour le chercheur de sélectionner des sous-groupes plus homogènes pour une étude. A cette fin, les experts émettent quelques recommandations pour une analyse plus approfondie des troubles langagiers.**

## ... EBP ... EBP... EBP... EBP ...

Les différents experts n'ont pu se mettre d'accord sur la question des sous-groupes, principalement parce que la validation des classifications par sous-groupes n'est pas concluante. La distinction proposée par le DSM V entre troubles réceptifs et expressifs est considérée comme trop grossière pour rendre compte des composants langagiers problématiques. Leur proposition recommande d'examiner les composants langagiers.

- Phonologie. Les erreurs phonologiques sont fréquentes dans le développement langagier mais lorsqu'elles sont trop nombreuses ou qu'elles persistent anormalement, elles entravent l'intelligibilité de la parole, on parle alors de troubles phonologiques. Des difficultés métaphonologiques isolées ne conduisent pas au diagnostic de TDL, même si ce sont des difficultés fréquemment observées chez ces enfants. En effet, la métaphonologie est une capacité métalinguistique qui est plutôt considérée comme une conséquence plutôt qu'une cause des troubles d'apprentissage (Wimmer et al., 1991).
- Syntaxe. De nombreuses études ont souligné les troubles syntaxiques des enfants présentant un TDL, en production comme en compréhension.
- Sémantique et manque du mot. Lorsqu'un mot bien connu par l'enfant est produit difficilement ou de façon inconsistante, le manque du mot peut être évoqué. Dans d'autres situations, les difficultés de production reflètent davantage des connaissances sémantiques plus limitées. Lors de l'évaluation, une attention particulière devra être accordée aux verbes, décrits comme plus fragiles.
- Pragmatique & utilisation du langage. Les difficultés pragmatiques affectent la production et la compréhension du langage dans un contexte donné. Donner trop ou trop peu d'information à son interlocuteur, être insensible aux indices sociaux dans une conversation, avoir une compréhension trop littérale ou ne pas comprendre le langage abstrait en sont autant d'exemples. Ces difficultés sont fréquentes chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme mais peuvent aussi être observées chez des enfants ne rencontrant pas les critères diagnostiques du TSA. Les auteurs du rapport CATALISE ont réfléchi à la décision d'adopter la nouvelle terminologie du DSM V « *trouble de la communication (pragmatico-) sociale* » pour ces profils mais ont finalement rejeté cette option. En effet, ce choix impliquait de considérer la pragmatique comme relevant davantage de la communication sociale que comme un niveau langagier, ce qu'elle est clairement pour les experts. Les prises en charge développées pour ces enfants ciblent aussi bien les aspects linguistiques que sociaux (Adams et al., 2008). Ainsi, considérer les troubles pragmatiques comme un trait du TDL (et non une entité distincte) devrait contribuer à diriger les enfants TDL vers des prises en charge appropriées.
- Discours. Dans des situations de récit, les enfants doivent apprendre à organiser des séquences d'énoncés en un tout cohérent. En cas de troubles à ce niveau, les enfants produisent des discours comportant des suites d'énoncés non reliés, donc difficiles à interpréter globalement, ou ils peuvent ne pas comprendre les liens entre des énoncés, faute d'être capables de réaliser des inférences correctes.
- Apprentissage verbal et mémoire. La littérature montre que les enfants TDL éprouvent des difficultés pour retenir des séquences de mots ou de sons, pour apprendre des associations entre des formes verbales et des significations ou traiter des régularités statistiques dans l'input verbal (voir par exemple, Lum et al, 2014). Ces limitations langagières ne sont pas imputables à des troubles de l'audition ou de la discrimination ni à un manque de familiarisation avec le langage.



# ... EBP ... EBP... EBP... EBP ...

## Implications

En rappelant la diversité des profils langagiers repris sous la même appellation générique, les experts suggèrent de ne pas s'arrêter à une évaluation trop globale et identifient les différents niveaux devant être évalués pour poser le diagnostic de TDL. Une première conséquence clinique de cette proposition pourrait être d'organiser la liste limitative des tests du langage oral en reprenant les niveaux identifiés ci-dessus. En langue française, nous manquons de tests ou d'outils valides pour examiner correctement certains niveaux : à nouveau, des besoins en recherche clinique seront facilement identifiés et devront être progressivement rencontrés.

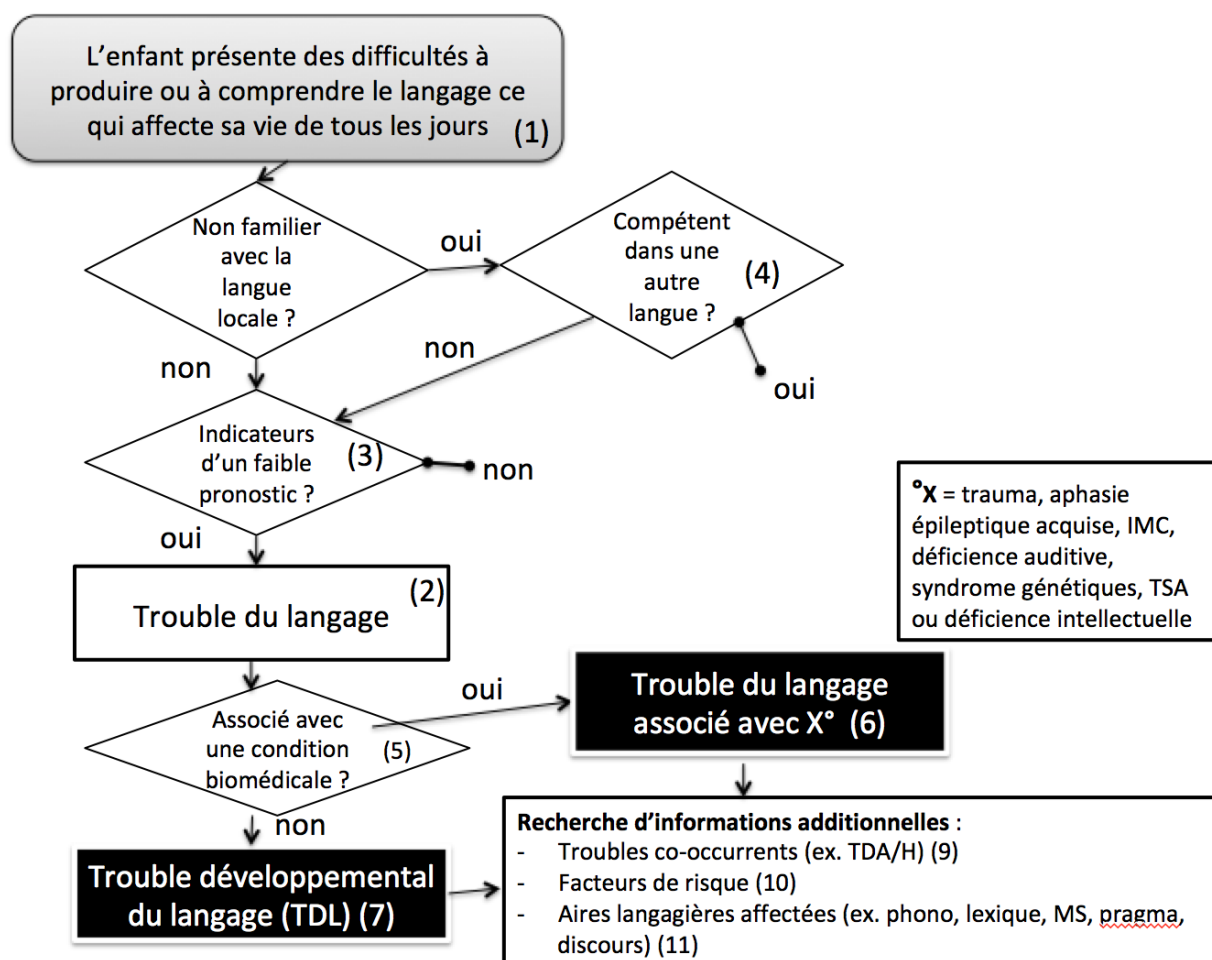


Figure 1. Schéma de diagnostic pour les troubles du langage. Les chiffres entre parenthèses font référence aux affirmations reprises en gras dans le texte. Traduit et adapté de Bishop et al., 2017 (figure 1).

**12. Il peut être utile de disposer d'une appellation générique à destination des décideurs des politiques de soins de santé pour regrouper les enfants qui ont des besoins en termes de soutien langagier. Le terme « Besoins en parole, langage et communication » (UK - Speech, Language & Communication Needs) est suggéré.**

Comme illustré dans la figure 2 ci-dessous, le TDL peut être considéré comme un sous-ensemble au sein d'une catégorie plus large qui reprend les difficultés affectant la parole, le langage et la communication, indépendamment de leur nature ou étiologie.

Les termes « *trouble développemental du langage* » et « *trouble des sons de la parole* » sont deux entités hétérogènes qui regroupent des profils pouvant être distincts. De la même façon que le label « TDL » rassemble des profils altérant différemment les niveaux linguistiques (cf. point 11), l'appellation « TSP » est utilisée pour l'ensemble des difficultés de production de la parole qu'elles aient une origine linguistique, motrice ou physique. En particulier, les atteintes phonologiques peuvent relever des deux diagnostics. Les experts reconnaissent que les classifications et la terminologie des « TSP » restent un sujet de débat (Waring & Knight, 2013) mais proposent quelques lignes de conduite : lorsqu'un trouble phonologique ou articulaire assez isolé ayant un bon pronostic sera repris comme TSP et non TDL. Par contre, quand les troubles phonologiques persistent après 5 ans et sont accompagnés d'autres troubles langagiers, le diagnostic de TDL devrait être donné. Le double diagnostic de TDL et TSP peut quant à lui être évoqué face à un patient présentant des troubles langagiers et un problème moteur ou structurel de production de la parole.

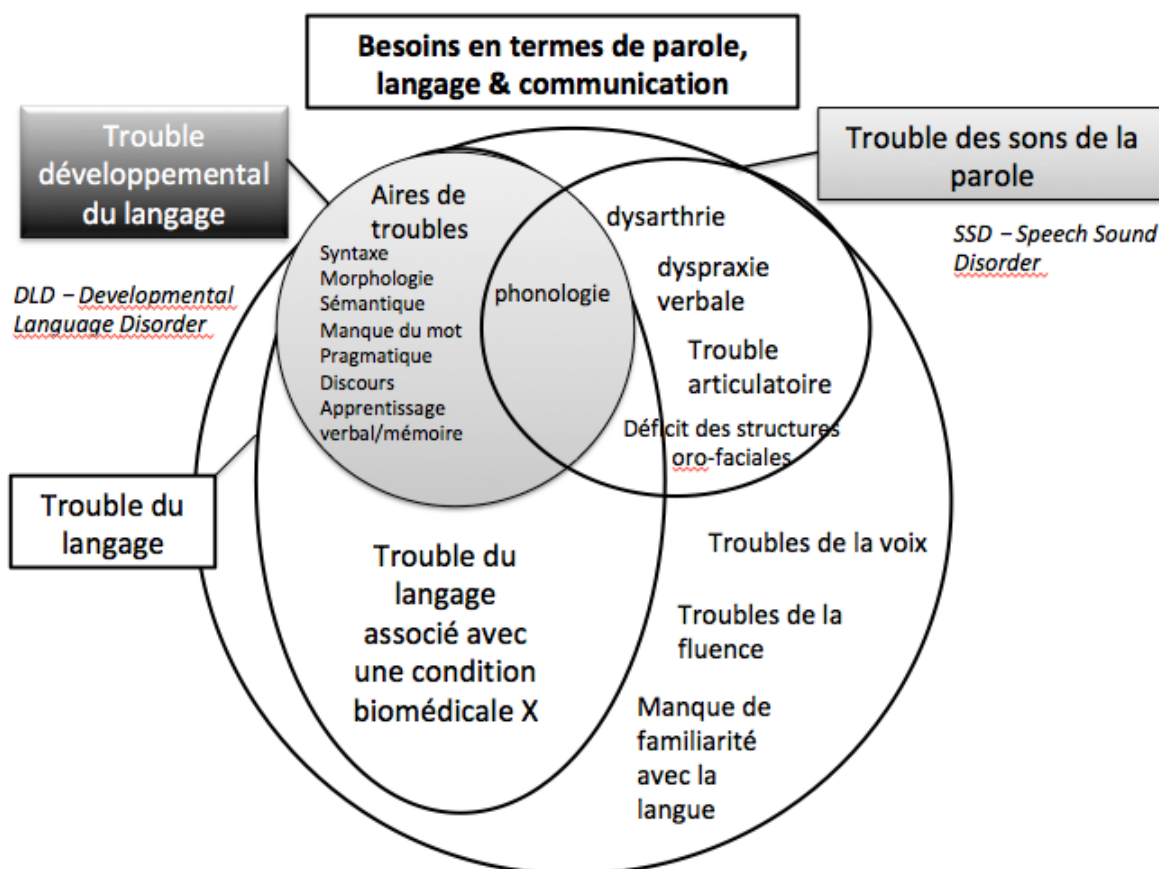


Figure 2. Diagramme illustrant les relations entre les différents termes diagnostiques. Traduit de Bishop et al., 2017 (figure 2).

#### *Implications*

La nomenclature logopédique actuelle ne prévoit pas de catégories « *troubles des sons de la parole* », ce qui, par exemple, exclut du remboursement les enfants présentant une dyspraxie verbale (*childhood apraxia of speech*). Cette pathologie ayant un impact fonctionnel important nécessite pourtant une approche motrice intensive et répétée (jusqu'à 4 séances de 30 minutes par semaine)<sup>4</sup>.

### 3. Conclusion

Le travail réalisé par le panel d'experts du projet CATALISE a le mérite d'identifier différents points de consensus. Ainsi, l'ensemble des experts s'accorde sur trois faits :

- 1) certains enfants présentent des troubles langagiers suffisamment sévères et persistants pour avoir un impact fonctionnel à long terme sur leurs vies quotidiennes et leurs apprentissages ;
- 2) il n'existe pas de séparation claire entre normalité et trouble ;
- 3) au sein des domaines langagiers, les troubles des enfants ne se répartissent pas parfaitement entre les différents sous-types, des recouvrements (et donc des doubles diagnostics) sont possibles entre les troubles du langage, de la parole et de la communication.

Les avancées de la recherche suggèrent que les origines des troubles langagiers sont complexes et multifactorielles, rendant des classifications distinctes moins plausibles. Les experts rejettent également tout essai de différencier « retard » et « trouble ». Le terme « retard de langage » a été largement rejeté en raison de la confusion qu'il pouvait apporter.

Le panel souligne les importants besoins en termes de recherche : que ce soit pour construire des outils valides pour l'évaluation des impacts fonctionnels, pour disposer de repères plus valides pour les facteurs de risque ou pour isoler les indicateurs du pronostic. Les recherches à mener devront être longitudinales et accorder une importance particulière aux prédictions individuelles et non uniquement au fonctionnement d'un groupe. Puisque les approches par classification et sous-types au sein des troubles langagiers démontrent clairement leurs limites et ne permettent pas d'inclure tous les enfants, il semble préférable de documenter précisément l'hétérogénéité existante.

#### *Implications*

La nomenclature actuelle prévoit une catégorie « troubles de développement du langage » (B2) basée sur le critère proposé par l'ICD-10, à savoir la mise en évidence d'un score à un test de langage standardisé administré individuellement situant l'enfant à deux écarts-types sous la moyenne et une catégorie « dysphasie » (F), c'est-à-dire des troubles sévères du langage, persistant après le cinquième anniversaire et qui interfèrent gravement avec la communication sociale et/ou les activités quotidiennes faisant appel au langage oral. Pour cette catégorie, le critère d'inclusion est extrêmement sélectif : le trouble doit être démontré par des tests normés, effectués individuellement dont le score doit être inférieur ou égal à deux écarts-types en dessous de la moyenne dans au moins un versant (expressif ou réceptif) pour trois domaines minimum (phonologie (y compris la métaphonologie), lexique/sémantique, morphologie, syntaxe). Parallèlement, pour ces deux catégories, des critères d'exclusion (en termes de seuil auditif et de QI non verbal) sont également identifiés.

<sup>4</sup> Voir le rapport technique de l'ASHA - <https://www.asha.org/policy/TR2007-00278/#sec1.6.3>

## ... EBP ... EBP... EBP... EBP ...

La prévalence des troubles langagiers « spécifiques » –soit les TDL– est estimée à environ 7-8% (Tomblin et al., 1997), ce qui est largement supérieur à ce qui peut être identifié avec les critères actuels (un seuil à -2 écarts-types correspond à maximum 3%). Il n'est donc pas surprenant que d'autres seuils aient été proposés dans la littérature. Par exemple, les enfants qui présentent au moins deux scores inférieurs au percentile 10 (-1,25 écart-type) sont repris comme ayant un trouble langagier (voir aussi la phase 1 de CATALISE, Bishop et al, 2016). En effet, même si les enfants rencontrant ce critère n'étaient pas systématiquement identifiés comme présentant des troubles, un suivi longitudinal à l'adolescence a montré que leurs troubles étaient fréquemment persistants (Tomblin et al., 2008). Chez des enfants francophones, Thodardottir et al. (2011) ont d'ailleurs montré qu'en comparant trois scores (-1 ET, -1,28 ET ou -2 ET), le score le plus sensible et discriminant pour différencier les enfants avec et sans trouble langagier était le moins strict (-1 ET).

Adopter une démarche *Evidence-based* nécessite de justifier les décisions cliniques prises par des données scientifiques mais aussi de réviser régulièrement les choix à la lumière des études récentes. Quels enseignements tirer du projet CATALISE et des développements récents en termes de diagnostic et d'accès aux soins dans le domaine des troubles du langage ? Sept pistes de réflexion sont identifiées ci-dessous.

1. Les développements typique et atypique du langage ne se différencient pas par des critères fixes mais suivent un continuum de difficultés. Il est donc pertinent de garder, comme dans la nomenclature actuelle, plusieurs catégories différant par niveau de sévérité, la catégorie dysphasie étant l'expression la plus sévère et la plus persistante du trouble développemental du langage. Une autre alternative serait de prévoir une seule catégorie « trouble développemental du langage » avec un nombre de séances de rééducation qui varierait et augmenterait en fonction de la sévérité des troubles, sans limite de calendrier, tant que les conséquences fonctionnelles seraient objectivables.
2. L'impact fonctionnel des troubles du langage devrait être pris en compte pour l'accès aux soins, comme il semble l'être maintenant dans de nombreuses classifications internationales. Il importerait donc de développer des échelles valides pour le quantifier. Cette évolution suit la conception multifactorielle de la santé et l'introduction du concept de qualité de vie dans les décisions thérapeutiques.
3. La notion des seuils ouvrant l'accès aux soins devrait être discutée. Il est intéressant de noter que certaines classifications très utilisées n'en définissent plus : le DSM V évoque, sans précision, « *des habiletés langagières qui sont substantiellement et quantitativement en dessous du niveau attendu étant donné l'âge de l'enfant. Il en résulte des limitations fonctionnelles de la communication efficiente, de la participation sociale, des résultats scolaires, du rendement professionnel, soit de manière isolée, soit dans n'importe quelle combinaison.* »
4. Les critères d'exclusion habituels devraient être remplacés par les conditions de différenciation : au lieu de se baser sur un seuil fixe au niveau du QI (risque d'erreur de mesure), le diagnostic de TDL ne serait posé que si un diagnostic de déficience intellectuelle ou de déficience auditive ne rend pas mieux compte des troubles observés, dans le cas contraire, un « trouble du langage avec » déficience intellectuelle/auditive, syndrome génétique, etc. serait proposé et inclus dans la nomenclature pour ouvrir un accès aux soins lorsqu'une prise en charge appropriée en centre multidisciplinaire n'est pas disponible ou recommandée.

5. Une certaine flexibilité devrait être possible, notamment en permettant des prises en charge plus précoces, en guidance parentale, sans spécialement avoir une rééducation individuelle associée pour des enfants chez qui le langage démarre plus lentement (ex. absence de combinaisons de mots à 3 ans) et qui présentent plusieurs facteurs de risque. La littérature scientifique semble actuellement valider l'hypothèse « cumulative » qui postule que le nombre de facteurs de risque présents est un indicateur plus pertinent que la nature de ces facteurs pour décider d'un suivi précoce.
6. Une catégorie de « troubles des sons de la parole », actuellement absente de la nomenclature, devrait être introduite pour ouvrir le remboursement à la dyspraxie verbale dont les conséquences fonctionnelles sont parfois très lourdes.
7. Enfin, une réflexion devrait être menée pour identifier correctement les troubles du langage chez les enfants bi ou multilingues et leur permettre d'accéder aux suivis adéquats.

## Bibliographie

- Adams, C., Norbury, C., Tomblin, J. B., & Bishop, D. (2008). *Intervention for children with pragmatic language impairments. Understanding developmental language disorders: From theory to practice*, 189-204.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Brownlie, E. B., Walters, H., & Lancee, W. (1996). Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6), 804-814.
- Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS One*, 11(7), e0158753.
- Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080.
- Bowyer-Crane, C., Snowling, M. J., Duff, F., & Hulme, C. (2011). Response to early intervention of children with specific and general language impairment. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 9(2), 107-121.
- Cole, K. N., Schwartz, I. S., Notari, A. R., Dale, P. S., & Mills, P. E. (1995). Examination of the stability of two methods of defining specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 16(1), 103-124.
- Everitt, A., Hannaford, P., & Conti-Ramsden, G. (2013). Markers for persistent specific expressive language delay in 3-4 year olds. *International journal of language & communication disorders*, 48(5), 534-553.
- Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current opinion in psychiatry*, 27(2), 110-116.
- Hasson, N., Camilleri, B., Jones, C., Smith, J., & Dodd, B. (2013). Discriminating disorder from difference using dynamic assessment with bilingual children. *Child Language Teaching and Therapy*, 29(1), 57-75.
- Lum, J. A., Conti-Ramsden, G., Morgan, A. T., & Ullman, M. T. (2014). Procedural learning deficits in specific language impairment (SLI): A meta-analysis of serial reaction time task performance. *Cortex*, 51, 1-10.

# ... EBP ... EBP... EBP... EBP ...

- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., ... & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247-1257.
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O. C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., ... & Bretherton, L. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126(6), e1530-e1537.
- Rice, M. L. (2016). Specific language impairment, nonverbal IQ, attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, cochlear implants, bilingualism, and dialectal variants: Defining the boundaries, clarifying clinical conditions, and sorting out causes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 122-132.
- Rice, M. L., & Hoffman, L. (2015). Predicting vocabulary growth in children with and without specific language impairment: A longitudinal study from 2; 6 to 21 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(2), 345-359.
- Rudolph, J. M. (2017). Case history risk factors for Specific Language Impairment: A systematic review and meta-analysis. *American journal of speech-language pathology*, 26(3), 991-1010.
- Rudolph, J. M., & Leonard, L. B. (2016). Early language milestones and specific language impairment. *Journal of Early Intervention*, 38(1), 41-58.
- Sylvestre, A., Desmarais, C., Meyer, F., Bairati, I., & Leblond, J. (2017). Prediction of the outcome of children who had a language delay at age 2 when they are aged 4: Still a challenge. *International journal of speech-language pathology*, 1-14.
- Thordardottir, E., & Brandeker, M. (2013). The effect of bilingual exposure versus language impairment on nonword repetition and sentence imitation scores. *Journal of Communication Disorders*, 46(1), 1-16.
- Thordardottir, E., Kehayia, E., Mazer, B., Lessard, N., Majnemer, A., Sutton, A., ... & Chilingaryan, G. (2011). Sensitivity and specificity of French language and processing measures for the identification of primary language impairment at age 5. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(2), 580-597.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language, and hearing research*, 40(6), 1245-1260.
- Waring, R., & Knight, R. (2013). How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 25-40.
- Wimmer, H. Landerl, K., Linortner, R., & Hummer, P. (1991). The relationship of phonemic awareness to reading acquisition: More consequence than precondition, but still important. *Cognition*. 40. 219-249.

