

Développement normal du langage et ses troubles

Rédaction : C Bursztejn - Relecture : C Aussilloux - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

*Connaître les définitions du langage et de la parole.
Connaître les fonctions du langage et les facteurs qui conditionnent son développement.
Connaître le développement du langage et ses repères chronologiques.
Savoir dépister un trouble du langage, orienter les investigations complémentaires.
Connaître et savoir caractériser les différents types de troubles du langage.
Connaître les éléments d'évaluation de ces troubles.
Connaître les principaux facteurs favorisants.
Connaître les principales orientations thérapeutiques*

1. Définitions

Le langage :

- est le principal vecteur de la communication interhumaine ;
- est aussi un support de la pensée, en rapport avec les processus de symbolisation ;
- véhicule des messages qui ne sont pas seulement des informations ou des demandes : le langage sert aussi à communiquer des sentiments, des impressions, des angoisses ;
- prend ainsi une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui
- et est intimement lié au développement et à la structuration du fonctionnement psychique dans son ensemble.

▶ Langage = « fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes » (RONDAL).

▶ Langue = système de code propre à une communauté.

▶ Parole = production de significations sous forme de sons articulés.

Les linguistes différencient 4 composantes du langage :

- Phonétique = concerne les sons du langage ou phonèmes.
- Sémantique = concerne les mots et leur signification (lexique).
- Syntaxe = règles d'associations des éléments du langage entre eux.
- Pragmatique = étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel, etc.).

Fonctions du langage :

- Fonction instrumentale (visant à la satisfaction d'un besoin ou d'une demande : "Je veux ceci"),
- Fonction régulatoire (visant au contrôle du comportement d'autrui : ex. "Fais ceci"),
- Fonction interactive (ex. : réponse à des salutations),
- Fonction personnelle (visant à l'expression de soi : opinions, sentiments),
- Fonction informative (échange d'informations d'un locuteur à un autre), 1 etc.

2. Développement du langage

Il suit un déroulement assez fixe d'un enfant à l'autre, mais avec des variations dans les dates des différentes étapes.

Il dépend à la fois de capacités neurocognitives innées, probablement génétiquement déterminées et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant.

Processus actif au cours duquel l'enfant explore et expérimente le langage qui l'environne.

L'acquisition du langage est conditionnée par l'intégrité :

- des organes phonatoires et de leurs commandes neuromusculaires,
- des structures corticales et sous-corticales spécialisées dans diverses fonctions du langage,
- de l'appareil auditif.

2.1. Phase pré-linguistique

▶ 0-2 mois

Compétences précoces : le nouveau-né montre un intérêt privilégié pour la voix humaine et est capable de différencier des phonèmes

Les **cris** : premières productions vocales de l'enfant, ils se diversifient dès les 1ères semaines en fonction des états éprouvés par l'enfant (faim, douleur, appel, bien-être). La mère leur attribue déjà des significations et les fait entrer dans un premier système de communication (anticipation créatrice).

▶ 2-6 mois

Au cours du 2^{ème} mois les **vocalisations** se diversifient (babil, jasis ou lallation). Il semble s'agir au début d'un jeu sensorimoteur, source de plaisir pour l'enfant, qui s'enrichit progressivement et entre, surtout après le 5-6^{ème} mois, dans un jeu interactif avec l'environnement maternel.

▶ 2^{ème} semestre

La production de **syllabes** bien articulées débute entre 6 et 8 mois.

A partir de 8-10 mois, les productions se modifient en fonction du langage du milieu environnant.

A l'évolution des productions vocales s'associe un développement de la **communication non verbale**: par le regard, puis par le sourire (mimiques), enfin vers 8-9 mois par l'**attention conjointe** (l'enfant cherche à attirer l'attention d'autrui, porte son regard sur ce qu'on lui montre, pointe du doigt en direction d'un objet).

2.2. Phase linguistique

▶ Apparition des **premiers mots** : entre 12 et 16 mois : mono ou dissyllabes, systématiquement associées à certains objets ou à certaines situations (demande, désignation).

▶ Accroissement du vocabulaire (très variable d'un enfant à l'autre) relativement lent jusque vers 16 mois (en moyenne 30 mots).

▶ Vers la fin de la 2^{ème} année, accélération : 250 à 300 mots vers 2 ans.

▶ Vers 18 mois, l'enfant commence à utiliser le **non**, qui montre un progrès de son individualisation.

▶ **Premières phrases** (association de 2 mots pour désigner une action) apparaissent entre 20 et 26 mois (protolangage).

▶ Au cours de la 3^{ème} année :

- L'acquisition du **vocabulaire** s'intensifie pour atteindre environ 1000 mots à 3 ans.

- L'enfant perfectionne l'**articulation** des différents phonèmes (selon une progression assez fixe d'un enfant à l'autre, dépendant des difficultés propres à chaque geste articulatoire).

- Acquisition de la **syntaxe** : les phrases sont d'abord de "style télégraphique" (mots-phrases, mots-valises), puis comportent progressivement sujet, verbe, complément, qualificatifs, pronoms ; le "**je**" apparaît vers 3 ans marquant une étape importante de l'individuation et de la reconnaissance de sa propre identité par l'enfant.

▶ Le langage adulte de base, correctement articulé, est généralement acquis entre 3 et 5 ans. Au delà, le langage continue d'évoluer : enrichissement du vocabulaire, perfectionnement de la syntaxe (concordance des temps, accord des participes passés) ; le langage progresse aussi sur le plan expressif et cognitif (acquisition de la métaphore).

▶ Vers 6 ans l'enfant est en général prêt pour l'apprentissage du **langage écrit** : la lecture est normalement acquise en une année scolaire, elle continuera de progresser par la suite (rapidité, automatiser).

3. Troubles du développement du langage oral

Motif fréquent de consultation (5 % des enfants de 5 ans ont des troubles du langage).

Un 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.

L'**examen initial** doit systématiquement évaluer le contexte relationnel et rechercher l'existence :

► D'une surdité ou hypoacousie : une perte auditive partielle bilatérale portant sur certaines fréquences correspondant aux sons du langage, peut perturber son acquisition (ex. : otites   répétition ou chroniques, séquelles de prématurité).

► De troubles associés :

- Troubles émotionnels et affectifs.
- Retard mental global : le niveau d'acquisition du langage dépend de l'ensemble du développement psychomoteur et cognitif.
- Autisme et psychoses (les troubles du langage associés seront décrits dans l'item 32[ij]).

Nous retiendrons ici une classification qui reste en usage chez la plupart des spécialistes du langage en France¹.

3.1. Trouble de l'articulation

= Altération systématique d'un ou de quelques phonèmes.

Porte préférentiellement sur certaines consonnes dites "constrictives" (s, ch, z, j).

Il en résulte le + souvent un **sigmatisme interdental** (z zaiement ou zozotement) ou **latéral** (chlintement).

Ce trouble purement fonctionnel est bénin, s'il est isolé, sans conséquences sur la suite du développement de la parole et du langage, ni sur l'acquisition du langage écrit; mais il peut persister indéfiniment en l'absence de r ducation.

Souvent associé à des troubles relationnels mineurs et/ou une immaturité affective.

Si associé à d'autres troubles de la parole ou du langage, le pronostic dépend de ces derniers.

Conduite à tenir :

- R ducation orthophonique généralement indiquée vers l'âge de 5 ans.
- Entretiens psychothérapiques si le trouble paraît lié à des facteurs relationnels.

3.2. Retard de parole

= Persistance au-delà de l'âge 4 ans des altérations phonétiques et phonologiques observées normalement vers 3 ans : confusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, distorsions diverses, etc.

= Persistance du "parler bébé".

Porte sur l'ensemble de l'organisation phonétique du langage.

Souvent associé à des *signes d'immaturité affective* : notamment des habitudes orales du 1er âge (su age du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide). S'inscrit souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives.

Conduite à tenir :

- R ducation orthophonique indiquée si les troubles persistent au-delà de 4-5 ans.
- En général associée à une guidance parentale.
- Favoriser la socialisation.

¹ La classification et la dénomination des différents types de troubles du développement du langage ne font pas encore l'objet d'un accord unanime :

- CIM10 (OMS) : *trouble spécifique de l'articulation, trouble du langage de type expressif et trouble du langage de type réceptif*.

- DSMIV : *trouble du langage de type expressif, trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif*.

- CFTMEA : *retard de langage, trouble isolé de l'articulation et troubles complexes du langage oral*.

L'évolution est généralement favorable, lorsque les facteurs relationnels sont rapidement mobilisables.

3.3. Retard simple de langage

= 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.

Les troubles prédominent sur *l'expression*.

Le vocabulaire est très pauvre, la syntaxe est rudimentaire : juxtaposition de mots sans liaison (style télégraphique) ; verbes non conjugués.

Des troubles phonétiques sont associés.

La *compréhension* est meilleure que l'expression : l'enfant répond de façon adaptée aux situations de la vie courante ; mais un examen attentif montre généralement que la compréhension est inférieure à celle des enfants du même âge. L'importance de l'atteinte de la compréhension est un indice pronostique.

Sur le plan étiologique, différents facteurs sont envisagés :

- *facteurs génétiques* (fréquence des retards de langage dans certaines familles),
- *antécédents périnataux* (prématurité),
- *facteurs socioculturels* (insuffisance de stimulation par le milieu, pauvreté des interactions),
- *facteurs psychoaffectifs* (relation mère-enfant maintenant l'enfant dans une position régressive et fusionnelle).

L'évolution est généralement spontanément favorable mais parfois de façon lente.

Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent exister ensuite.

Conduite à tenir :

- Rééducation orthophonique généralement indiquée à partir de 4 ans si les troubles persistent ; éventuellement plus précocement si les troubles sont sévères, faisant évoquer une dysphasie.
- Elle peut être complétée par une rééducation psychomotrice si un retard moteur, des difficultés praxiques, ou des troubles de l'organisation spatio-temporelle sont associés.
- Une psychothérapie peut être proposée si des facteurs psychoaffectifs ou relationnels apparaissent prédominants.

L'absence de progrès significatif malgré une rééducation bien conduite, doit faire poser le diagnostic de dysphasie.

3.4. Dysphasie

= Trouble de la structure du langage sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

= Forme sévère des troubles du développement du langage.

= Enfants qui n'ont, à l'âge de 4 ans, qu'un langage très sommaire, souvent encore au stade du mot-phrase.

Le langage spontané est réduit avec un vocabulaire imprécis et rudimentaire, souvent difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques ; il est agrammatique ou comporte d'importantes et nombreuses erreurs syntaxiques.

On parle d'**audimutité** lorsque n'existe pratiquement aucun langage.

Il existe habituellement des **troubles du versant réceptif du langage**, portant sur la compréhension et/ou sur la discrimination des divers éléments phonétiques.
Enfin, certains enfants dysphasiques présentent d'importantes **dyspraxies bucco-linguo-faciales**, contribuant aux troubles articulatoires.

On distingue en fait plusieurs formes de dysphasies en fonction de la prédominance de l'atteinte des différentes composantes du langage :

Classification des syndromes dysphasiques (RAPIN et ALLEN, 1983):

Troubles où la compréhension du langage est préservée :

1 - *Dyspraxie verbale* : langage très peu fluent ; nombreuses substitutions non systématisées de phonèmes et troubles syntaxiques et légers.

2 - *Déficit de programmation phonémique* : fluence plus grande et même souvent élevée ; multiples substitutions de phonèmes rendant les productions peu intelligibles (parfois comparables à un jargon) ; mais tendance fréquente aux autocorrections.

Troubles affectant à la fois la compréhension et l'expression :

3 - *Syndrome phonologico-syntaxique* : langage peu fluent avec tendance au style télégraphique ; substitutions phonologiques multiples ne s'améliorant pas en situation de répétition ; conscience syntaxique relativement préservée ; compréhension auditivo-syntaxique meilleure que l'expression.

4 - *Agnosie verbale ou surdité pour les mots* : langage non fluent avec troubles syntaxiques comportant la production de paraphrasies verbales ou sémantiques et parfois de néologismes ; compréhension du langage oral sévèrement altérée ; accompagnée dans certains cas, d'altération de la reconnaissance des bruits de l'environnement (agnosie auditive).

Troubles du lexique :

5 - *Syndrome sémantico-pragmatique* : fluence élevée, absence de troubles syntaxiques ou phonologiques. Langage produit faisant souvent "illusion" ; mais la compréhension, l'utilisation contextuelle du langage et ses aspects pragmatiques sont affectés ; vocabulaire paraissant riche, mais souvent utilisé à mauvais escient, sans compréhension. Ce syndrome s'accompagne souvent d'écholalie immédiate ou différée ; il s'observe aussi dans certaines hydrocéphalies et chez les autistes "intelligents" (syndrome d'Asperger).

6 - *Syndrome lexico-syntaxique* : langage fluent mais parfois une certaine diffiulté due à des reprises incessantes (pseudo-bégaiements) ; difficulté d'évocation verbale en langage spontané et en confrontation, paraphrasies verbales et phonémiques, difficultés d'évocation portant aussi sur les mots grammaticaux ; contrairement au syndrome sémantico-pragmatique, vocabulaire passif conservé, les enfants sont à même de définir et catégoriser les mots qu'ils évoquent mal. Sur le plan du *comportement verbal*, certains enfants sont très prolixes malgré leurs troubles du langage, d'autres au contraire ont une production très réduite, faisant évoquer une composante d'inhibition. Les difficultés d'expression sont parfois compensées par un langage gestuel ou des mimes.

Il faut souligner que les limites du cadre des dysphasies restent imprécises :

- Il n'y a pas de critère absolu de différenciation avec le *retard de langage* : en fait, c'est bien souvent l'intensité des troubles et la lenteur ou l'absence d'évolution malgré une rééducation orthophonique intensive qui fait poser le diagnostic de dysphasie.

- Dans certains cas, des troubles du fonctionnement psychique se révèlent au cours du bilan ou de l'évolution, posant le problème de troubles psychotiques ou autistiques.

L'évolution à long terme est variable :

Certains sujets restent sévèrement handicapés et n'acquièrent qu'un langage utilitaire avec, sur le plan cognitif, des troubles persistants de la symbolisation.

D'autres acquièrent tardivement un langage apparemment normal.

L'acquisition du langage écrit reste généralement difficile (dyslexie); sauf dans les formes comportant surtout des troubles phonologiques où, au contraire, l'apprentissage de la lecture peut favoriser l'acquisition et la progression du langage oral.

La survenue tardive de troubles psychiatriques dans certains cas souligne à nouveau les problèmes de frontières avec les troubles psychotiques.

Conduite à tenir :

- Malgré ses difficultés et la lenteur des progrès, la 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 est souvent nécessaire étant donné les difficultés majeures que rencontrent ces enfants dans la scolarité.
- Une approche psychothérapique et éventuellement une prise en charge institutionnelle de type hôpital de jour, en fonction des troubles de la personnalité et troubles affectifs éventuellement associés aux troubles du langage.

3.5. Surdimutité

L'absence totale de langage (mutité) doit faire systématiquement évoquer une surdité.

En fait, il faut insister sur l'importance d'un *diagnostic très précoce* devant une extinction du babil chez un enfant de moins d'1 an ou même ultérieurement devant une régression du langage ou des troubles phonétiques majeurs.

Le pronostic - du point de vue de l'acquisition du langage oral – dépend en effet de la précocité de l'appareillage et de l'éducation spécialisée précoce.

Un avis O.R.L. spécialisé est nécessaire pour préciser le type de surdité, ainsi que les indications d'appareillage, voire d'implantation cochléaire.

Ultérieurement, en fonction de l'évolution de l'oralisation et en tenant compte des demandes de la famille, l'intérêt de la poursuite d'une éducation purement orale, éventuellement avec l'aide du "langage parlé complété" (aide gestuelle à la lecture labiale), ou encore de langage des signes, devront être discutés.

3.6. Troubles du langage et atteinte cérébrale

▶ Les troubles du langage sont fréquents chez des enfants atteints d'**infirmité motrice congénitale** (troubles neurologiques sans retard mental majeur, généralement d'origine périnatale).

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,
- ou de *troubles du langage* et de la parole rejoignant ceux décrits ci-dessus.

▶ Les **aphasies** survenant après traumatisme (accident vasculaire cérébral) sont rares chez l'enfant. Leur évolution apparaît plus favorable que chez l'adulte jusqu'à l'âge de dix ans.

▶ Le **syndrome de Landau-Kleffner** associe une *régression du langage*, pouvant aller jusqu'à une disparition totale, associée à une épilepsie, avec à l'électro-encéphalogramme, un tracé de *pointes ondes continues au cours du sommeil*.

L'évolution est variable avec des périodes de rémission et des rechutes ; les antiépileptiques classiques sont peu efficaces ; le traitement fait plutôt appel aux corticoïdes ou à l'A.C.T.H. qu'aux anticomitiaux classiques.

3.7. Mutisme

= Suspension ou disparition de la parole chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement. Le mutisme peut être total ou électif.

3.7.1. Mutisme total

Apparaît le plus souvent brutalement, à la suite d'un événement à valeur traumatique ou ayant une forte charge émotionnelle (agression, deuil, séparation, etc.).

Généralement transitoire, de quelques jours à quelques semaines, parfois prolongé par une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant.

L'indication d'une psychothérapie est à discuter en fonction de la durée du trouble et du contexte déclenchant.

3.7.2. Mutisme électif

Mutisme qui ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :

- Le plus souvent il s'agit d'un *mutisme extra-familial* : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers, y compris le plus souvent en milieu scolaire.
- A l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites.
- Dans le *mutisme intrafamilial*, l'enfant n'accepte de parler - parfois seulement en chuchotant - qu'à certaines personnes de son entourage.

Il peut se prolonger pendant des mois voire des années.

Ce type de mutisme nécessite une exploration approfondie de la personnalité de l'enfant, de son histoire et du contexte relationnel au sein de la famille.

Le mutisme électif peut relever :

- de mécanismes inconscients s'apparentant à la conversion hystérique,
- d'une inhibition liée à des mécanismes phobiques,
- d'un refus oppositionnel,
- plus rarement, le mutisme peut survenir dans un contexte psychotique : début de schizophrénie de l'enfant.

Plusieurs de ces facteurs peuvent s'imbriquer.

L'analyse de la situation doit rechercher un contexte favorisant

- relation mère-enfant exclusive, de type symbiotique : tout étranger apparaît dangereux à l'enfant,
- maltraitance ou abus sexuels, ou encore secret familial pesant sur l'enfant
- enfant de milieu culturel et linguistique différent, ayant des difficultés à s'adapter,
- dans certains cas le mutisme est associé à un retard de langage, toléré ou méconnu par les parents : il survient ou s'aggrave lorsque l'enfant se trouve confronté aux premières expériences de socialisation, notamment à l'école.

Conduite à tenir :

- Une psychothérapie individuelle doit être proposée ;
- un travail avec l'entourage familial et social est nécessaire (thérapie mère-enfant, thérapie familiale, soutien au milieu scolaire, parfois aménagement de la scolarité);
- une prise en hôpital de jour de pédopsychiatrie peut être indiquée dans certains cas.

3.8. Bégaiement

= Trouble de la fluidité de la parole caractérisé par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente.

2 formes, qui coexistent le plus souvent avec une prédominance ± marquée de l'une ou de l'autre selon les individus :

- **tonique** : blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production dès le début,
- **clonique** : répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

Touche en majorité les garçons.

Souvent accompagné de manifestations neurovégétatives et surtout motrices : syncinésies de la face et des membres, stratégie consciente ou inconsciente pour surmonter le blocage de la parole.

Circonstances d'apparition du bégaiement :

- Débute généralement avant 8 ans et surtout entre 3 et 5.
- Un bégaiement transitoire peut s'observer chez les enfants très jeunes
- Se manifeste de façon variable selon le contexte émotionnel et les interlocuteurs : accru par l'anxiété, l'attention portée au discours ; ne se manifeste pas lors de lecture, récitation ou chant.

La sévérité de l'évolution est variable.

L'attitude de l'enfant vis-à-vis de son bégaiement est très variable, certains semblent peu gênés et parlent abondamment.

Pour d'autres, il s'accompagne, au contraire, d'une inhibition importante (mutisme plus ou moins important) et d'une tendance à l'isolement social.

Hypothèses étiopathogéniques :

- Facteur génétique ou neurocognitif ?
- Trouble de la communication intersubjective, d'origine psychogène, pouvant correspondre à des structures psychopathologiques variées ?

Conduite à tenir : différentes approches thérapeutiques ont été proposées : rééducation orthophonique, psychothérapie analytique, thérapie comportementale utilisant des techniques de feed-back auditif, relaxation. Les résultats restent inconstants.

4. TROUBLES DU LANGAGE ECRIT

4.1. Dyslexie

= Déficit sévère et durable dans les processus d'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale, normalement scolarisé.

- Dès le début de l'apprentissage, difficultés majeures pour associer les phonèmes (sons du langage) avec les graphèmes (leurs représentations sous forme de symboles écrits)
- Contrairement au fréquent *retard simple de lecture*, ces difficultés persistent après un éventuel redoublement du CP et souvent malgré la rééducation orthophonique.

Vers 8 ans, l'enfant peut être totalement en échec vis à vis de la lecture, juste capable de reconnaître quelques mots simples qu'il a mémorisés, après 2 ans de scolarité régulière.

Lorsque l'enfant a pu faire quelques acquisitions, la lecture reste lente, demandant un effort soutenu, entrecoupée par de fréquentes pauses devant des mots longs ou inconnus, pour lesquels l'enfant a recours au déchiffrage alphabétique.

- **Compréhension** du texte écrit souvent fragmentaire : l'enfant cherche à deviner, d'après le contexte, plutôt qu'à extraire la signification du texte lui-même.

- A la dictée, comme au texte libre, apparaissent de graves **erreurs orthographiques** : fautes d'usages ou d'accord, non spécifiques, mais aussi omissions de syllabes, mots mal découpés, confusions entre les sons.

Graphisme souvent maladroit, peu soigné, témoignant du faible investissement de cette activité.

- Les difficultés scolaires sont en principe limitées au domaine de la lecture et de l'orthographe ; cependant il peut exister des confusions sur certains symboles mathématiques ; en outre les difficultés de lecture et de compréhension de textes écrits perturbent les activités scolaires.

- **Examen psychologique** : utile pour confirmer la normalité du développement intellectuel. Résultats des épreuves verbales généralement inférieurs à ceux des épreuves de performances.

- **Examen orthophonique** : précise l'importance des troubles du langage écrit. Des tests spécifiques étalonnés, évaluant la vitesse de lecture et le nombre d'erreurs, montrent un retard de plus de 2 ans par rapport aux performances moyennes des enfants du même âge. Certains auteurs évaluent l'importance du décalage des performances en lecture par rapport au Q.I. (notion de décalage lexico-intellectuel). On retrouve souvent certaines fautes : confusions de lettres symétriques (b/d, p/q) ou encore des inversions de graphèmes ; cependant ces erreurs ne sont pas spécifiques de dyslexie. On observe parfois des séquelles de retard de langage plus ou moins méconnu.

Evolution :

Les troubles dyslexiques se prolongent en général pendant des années, entraînant d'importantes difficultés scolaires, souvent des redoublements. La lecture ne progresse que lentement, exigeant un effort soutenu et ne devient automatique que tardivement.

Même lorsqu'une lecture courante est acquise, une *dysorthographe* importante peut persister.

Hypothèses étiopathogéniques (aucune ne rend compte de la totalité des cas observés) :

- Trouble d'origine génétique ?
- Anomalie de la latéralisation cérébrale ?
- Anomalie du développement cérébral (troubles de la migration durant l'embryogenèse) affectant les zones auditivo-verbales ?
- Trouble psychogène de l'investissement du langage écrit ?

► Conduite à tenir :

- Rééducation orthophonique, à un rythme soutenu (au moins 2 séances hebdomadaires) et prolongée : souvent nécessaire pour soutenir la progression lente de l'enfant. Peut être débutée au cours de la 1^{ère} année de CP si les troubles sont nets ou font suite à des troubles du langage oral, et en tous cas dès la 2^{ème} année.
- Dans certaines formes particulièrement sévères, une scolarité adaptée, utilisant des techniques audio-visuelles de préférence au langage écrit, apparaîtrait logique; elle est cependant rarement réalisable actuellement.

4.2. Dysorthographe

Fait généralement suite à une dyslexie (mais des erreurs analogues à celles décrites dans la dyslexie peuvent se voir isolément chez des enfants ayant acquis normalement une lecture courante).

► Conduite à tenir : rééducation orthophonique.

4.3. Dysgraphie

Ecriture particulièrement maladroite, pratiquement illisible ou très lente et de ce fait, source de difficultés scolaires.

Un examen attentif doit faire la part :

- De *troubles psychomoteurs* : retard moteur global retentissant sur le graphisme, gestes tendus, crispés.
- De *difficultés relationnelles* : source d'inhibition, de difficultés d'investissement des activités scolaires, ou encore d'un refus oppositionnel focalisé sur les activités scolaires.

► Conduite à tenir : en fonction des facteurs prédominants, le traitement pourra faire appel à :

- relaxation,
- rééducations spécifiques du geste graphique,
- thérapie psychomotrice,
- ou autre approche psychothérapique.