

## **LA DYSPHASIE**



**Aix-Marseille Université I  
SCLF14 – Acquisition et dysfonctionnement  
Année universitaire 2012-2013**

## SOMMAIRE

◆ INTRODUCTION .....	page 2
◆ UNE PATHOLOGIE COMPLEXE .....	page 3
• Définition .....	page 3
• Les différents types de dysphasie .....	page 3
• Ne pas confondre .....	page 5
• Problèmes cliniques et théoriques .....	page 6
◆ ETIOLOGIE DE LA DYSPHASIE .....	page 8
◆ DIAGNOSTIC .....	page 9
◆ PRISE EN CHARGE .....	page 11
• La prise en charge .....	page 11
• Quelques méthodes.....	page 12
• Evolution .....	page 13
◆ CONCLUSION .....	page 15
◆ GLOSSAIRE .....	page 16
◆ BIBLIOGRAPHIE .....	page 17

## INTRODUCTION

Le langage humain se définit comme un processus de transformation de la pensée en signes reliés entre eux par des règles. Lorsque le langage se développe normalement, l'évolution se fait suivant des étapes prédéfinies qui respectent une chronologie immuable. En marge du processus normal d'acquisition, des retards simples ou des troubles du langage peuvent survenir. On parle de troubles du langage s'il y a rupture de l'évolution chronologique des étapes du développement normal du langage.

Maîtriser le langage est un élément fondamental du développement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de son insertion professionnelle. Quand les difficultés persistent au delà de six ans, il est probable que l'enfant soit atteint de dysphasie.

L'existence d'une telle pathologie spécifique a été décrite pour la première fois par William Wilde en 1853. A ce jour, et ce malgré les avancées scientifiques, beaucoup de questions restent encore en suspend. En quoi la dysphasie est-elle un trouble complexe? Qu'est ce qui fait cette complexité?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous aurons tout d'abord une première approche de la complexité de la dysphasie. Ensuite, nous verrons quelle peut être l'étiologie de cette pathologie, puis comment établir un diagnostic. Enfin, nous verrons comment prendre en charge une personne dysphasique.



# I. UNE PATHOLOGIE COMPLÈXE

## 1. Définition

La dysphasie fait partie de la famille des troubles «DYS ». Ce sont des troubles cognitifs spécifiques qui apparaissent au cours du développement de l'enfant et qui, pour la plupart, persistent à l'âge adulte. Ils englobent les pathologies caractérisées par des difficultés de mise en place et de fonctionnement du langage.

La dysphasie se définit comme un trouble structurel, spécifique et durable du développement du langage oral et de la parole. Cette altération, caractérisée par une structuration lente et déviante de l'expression, peut être plus ou moins sévère selon les cas. Bien que méconnue, cette pathologie reste fréquente puisqu'elle concerne 2% de la population, soit plus d'un million de personnes en France. C'est 1% des enfants en âge d'être scolarisés. Elle se manifeste sous différentes formes et semble plus présente chez les garçons que chez les filles. Ce trouble peut avoir de graves conséquences, notamment sur l'intégration scolaire et socio-professionnelle de l'enfant.

La majorité des auteurs s'appuie sur une définition par exclusion. Ainsi, Rapin et al. (2002) proposent la définition suivante: la dysphasie désigne « *toute apparition retardée et tout développement ralenti du langage qui ne peuvent être mis en relation avec un déficit sensoriel (auditif), trouble moteur des organes de la parole, ni en relation avec des troubles mentaux ni avec une privation affective grave* ». Cependant cette définition pose problème. En effet, nous verrons plus tard qu'une définition par exclusion ne suffit pas à diagnostiquer une dysphasie.

## 2. Les différents types de dysphasies

Le terme général TSDL<sup>1</sup> semble englober des enfants qui présentent des profils langagiers bien distincts. En effet, il n'y a pas une mais des dysphasies. En 1988, Rapin et Allen proposent une classification basée sur leurs observations cliniques. Elles mettent en avant cinq types de dysphasies:

### a) La dysphasie phonologico-syntaxique

Comme son nom l'indique, la dysphasie phonologico-syntaxique se caractérise par des troubles phonologiques et syntaxiques. D'une part, l'expression orale est fluente mais les paroles sont incompréhensibles: les mots sont « hachés » à cause de déformations. De ce fait, l'enfant a tendance à complexifier son énoncé. D'autre part, le trouble de l'encodage syntaxique réside dans la difficulté à associer des mots alors que l'enfant a une bonne conscience de la syntaxe. Ces enfants sont très souvent "agrammatiques", c'est-à-dire qu'ils parlent avec un style télégraphique. Les phrases formulées sont le plus souvent courtes, avec un vocabulaire restreint mais accessible. Les verbes ne sont pas tout le temps conjugués et certains mots peuvent être déformés voire oubliés. Il éprouve des difficultés notamment au niveau de l'organisation des idées et du discours. Ici, il n'y a pas d'altération de la pragmatique du langage: le discours reste informatif et l'enfant peut agrémenter ce qu'il dit de gestes ou de mimiques.

### b) La dysphasie de production phonologique

Il s'agit d'une défaillance dans le contrôle de la mise en chaîne phonologique. L'enchaînement des mots est très difficile du fait d'un sévère manque du mot. Cela peut amener l'enfant à éviter toute communication verbale. Les paroles, bien que fluides, sont toujours inintelligibles à cause d'une phonologie déformée. Ce trouble peut être aggravé par les répétitions. Ces altérations se retrouvent notamment dans la lecture et l'expression écrite. Toutefois, le langage reste informatif et l'enfant n'éprouve pas de difficultés de compréhension. Après rééducation et stimulation, on note une forte amélioration sur le plan oral: il n'y a plus de réduction du langage; l'enfant parle normalement.

### c) La dysphasie sémantique pragmatique

C'est un trouble de la formulation des énoncés: le vocabulaire utilisé est inadéquat à la situation de communication (un mot est employé à la place d'un autre). De plus, le trouble de la compréhension entraîne l'incohérence du discours de l'enfant, mais la syntaxe et la phonologie sont épargnées. Il ne présente pas de problèmes d'audition: il perçoit parfaitement les sons du langage et peut les répéter. La parole est fluente, l'articulation normale mais le langage est peu informatif. Cependant, l'enfant a des difficultés pour comprendre les implicites ou l'humour. Au niveau social, il ne peut pas assimiler et s'adapter aux jeux collectifs car il ne suit pas les règles. Bien souvent, l'enfant n'a pas conscience de son trouble.

### d) Agnosie verbale (ou dysphasie réceptive)

Ici, c'est la compréhension qui est affectée. Le décodage de la parole ne s'opère pas et l'enfant n'intègre pas les informations qui lui sont données. Il aura notamment des difficultés à comprendre les consignes qu'on lui donne. Cela est dû à un déficit du codage phonologique. En effet, l'enfant présente des problèmes pour différencier certains sons: il existe des cas où il ne fait pas la distinction entre un son verbal (une voix humaine) et un son non-verbal (abolement d'un chien par exemple) malgré une audition normale. Cela entraîne une méconnaissance des mots, une mauvaise maîtrise et donc un problème de communication. Au niveau lexical, l'enfant a du mal à trouver ses mots et son discours est incohérent. Le contenu de l'énoncé est alors peu informatif. La fluence verbale et l'articulation de la parole sont elles aussi altérées. Ce sont des troubles des capacités de représentations mentales à partir d'entrées auditives. L'enfant adopte un comportement d'enfant sourd: il ne parle pas ou très peu, il fait appel à des mimiques gestuelles.

### e) Lexico-sémantique (ou mnésique)

Ce trouble touche à la fois les deux versants du langage: l'expression et la compréhension. Dans ce cas précis, la défaillance se situe au niveau du système de contrôle sémantique. Les facultés mnésiques étant impliquées, l'enfant éprouve des difficultés à comprendre et à produire un énoncé.

La fluence de la parole est normale, de nature spontanée, mais le discours est peu ou pas informatif. Bien qu'il n'ait pas de problème pour répéter les mots ou les phrases, l'enfant souffre de manque du mot et l'élaboration du récit est très approximative. L'une des conséquences est qu'il a du mal à commenter un récit ou des images. De plus, l'apprentissage du langage écrit leur est très difficile. En revanche, on ne relève pas de troubles phonologiques: l'enfant distingue bien les différents sons de son environnement (verbaux et non-verbaux). La plupart deviendront dyslexiques.

D'autres classifications ont été proposées. En 1990, Gérard reprend la classification de Rapin et Allen en se basant sur le modèle neuropsychologique de Crosson<sup>1</sup> (1985). En 1997, Bishop adapte le même modèle et isole six symptômes. Il reprend les cinq syndromes mis en évidence par Rapin et Allen et y ajoute celui de la dyspraxie verbale. Ce dernier caractérise une altération dans l'articulation de la parole. Il observe une production langagière restreinte, mais une compréhension normale. Plus récemment, Botting et Conti-Ramsden (2004) ou encore Parisse et Maillard (2009) se basent sur une évaluation verbale d'enfants âgés de sept et huit ans. Dans leur classement, Botting et Conti-Ramsden ne distinguent pas le syndrome de l'agnosie verbale décrit par Rapin et Allen.

1: Le modèle de Crosson décrit les relations qui existent entre les centres corticaux antérieurs (programmation de l'encodage), les centres postérieurs (qui donnent un sens à chaque unité langagière) et les centres sous-corticaux (contrôle de la cohérence de l'action des zones précédentes). Ces trois zones sont situées dans l'hémisphère cérébral gauche.

Bien qu'il n'y ait pas d'entente sur la définition des différents types de dysphasie, les spécialistes classent ses symptômes en trois grandes catégories. La première catégorie est la dysphasie expressive. Comme son nom l'indique, elle se caractérise par des troubles de l'expression. Les altérations se situent au niveau de l'encodage du langage et affectent l'élaboration ainsi que la production du discours. La seconde catégorie est la dysphasie réceptive: le déficit du codage phonologique entraîne une mauvaise compréhension de l'enfant. Enfin, la troisième catégorie regroupe les deux précédentes: c'est la dysphasie mixte. Elle touche à la fois l'expression et la compréhension du langage.

Les différentes classifications proposées tentent de rendre compte de la diversité clinique des dysphasies. Mais cette pathologie peut parfois être confondue avec d'autres troubles.

### 3. Ne pas confondre..

#### • DYSPHASIE OU RETARD DE LANGAGE ?

On parle de « retard simple de langage » uniquement quand il s'agit d'un décalage entre l'élaboration du langage et la chronologie normale de l'acquisition, en dehors de tout retard mental. C'est un trouble fonctionnel, c'est-à-dire qu'il ne touche pas la structure même du langage. Il est donc réversible.

Chez un enfant normal, l'apparition du langage se fait entre douze et dix-huit mois. Dans le cas d'un retard de langage, les premiers mots sont plus tardifs (ils apparaissent souvent après deux ans) et les mécanismes du développement langagier sont plus lents à se mettre en place. Mais ce retard est généralement comblé avant l'âge de six ans. Le trouble phonologique se caractérise par une simplification des énoncés, due à un lexique réduit. Par exemple, pour désigner tous les animaux à deux pattes pouvant voler, l'enfant utilisera les mots « oiseau » ou « canard » ou encore tout ce qui est comestible est désigné par « à manger »<sup>1</sup>. La syntaxe est maladroite à cause d'un trouble au niveau syntaxique. Néanmoins, il y a une atteinte homogène entre la phonologie, le lexique et la syntaxe.

La dysphasie au contraire est un trouble durable et structurel qui nécessite une prise en charge intensive. La structure même du langage est affectée. L'enfant est atteint de déviance au niveau phonologique: il tend vers une complexification des énoncés. Ce trouble est provoqué par une paraphasie<sup>2</sup> sémantique et phonologique. De plus, une déviance au niveau syntaxique entraîne un manque du mot permanent, dyssyntaxie et aggramatisme. Dans certains cas, l'expression spontanée est pauvre. A cinq ans, un enfant dysphasique n'organise pas correctement sa parole et son langage, il est inintelligible et éprouve des difficultés pour comprendre les consignes.

#### • DYSPHASIE OU APHASIE ?

L'aphasie de l'enfant est un trouble qui se rapproche de celui de la dysphasie dans la mesure où il concerne l'expression du langage oral et écrit. Il est vrai que l'enfant aphasique présente les mêmes syndromes que l'enfant dysphasique. On note entre autres le manque du mot, une réduction de l'expression, des troubles de l'articulation, de l'expression etc...

Cependant, la différence majeure entre l'aphasie et la dysphasie est que l'aphasie caractérise un trouble acquis du langage. En effet, avant de perdre -totalement ou partiellement- la faculté de communiquer, l'enfant avait déjà acquis un « certain » niveau de compréhension et d'expression langagière. Cette pathologie fait suite le plus souvent à un traumatisme crânien ou à une lésion cérébrale.

Ainsi, un enfant dysphasique naît dysphasique, tandis qu'un enfant aphasique devient aphasique.

1: Farriaux, J.P., Rapoport, D. (1995). *Troubles de l'apprentissage scolaire*. Progrès en pédiatrie: Erreur Perimes Doin

2: inversion de syllabes ou de mots, qui ne sont pas employés dans leur véritable sens

## • DYSPHASIE OU AUTISME ?

Beaucoup de praticiens pensent que l'absence de parole dans les premières années de l'enfant est un facteur d'autisme. C'est pourquoi, il est important de faire la différence entre autisme et dysphasie.

L'autisme désigne un Trouble Envahissant du Développement (TED). Il se caractérise notamment par **une altération au niveau des relations sociales**. L'enfant a des difficultés voire même refuse d'établir un contact, il s'isole, ne regarde peu ou pas en face etc... De plus, le trouble **de la communication** entraîne une altération du langage non-verbal. La syntaxe verbale peut aussi être atteinte: l'enfant rencontre des problèmes pour construire des phrases correctes. Comme dans certains cas de dysphasie, il ne comprend pas l'humour, les conversations abstraites ou tout autre situation où le sens des mots varie selon le contexte. Enfin, il souffre de **troubles du comportement**: il balance son corps, bat des mains. Il peut se mettre à pleurer ou rire dans un lieu inapproprié sans raison apparente et il peut être parfois difficile de le calmer.

Les autistes vivent dans leur monde et ne parlent pas. Ils n'utilisent pas le canal non-verbal, c'est à dire toutes les mimiques, les gestes pouvant aider à la compréhension ou à l'expression<sup>1</sup>. Au contraire, les dysphasiques solliciteront beaucoup plus le mode non-verbal pour se faire comprendre ou s'exprimer. En effet, ils cherchent à se faire comprendre de la personne en face d'eux, ils cherchent à établir un contact. De plus, ils réagissent aux personnes qui ne leur sont pas -ou peu- familières. Enfin, les dysphasiques jouent avec les autres enfants ou avec les adultes, ce qui n'est pas le cas de l'enfant autiste (il reste isolé). Cependant, l'enfant dysphasique peut, à long terme, présenter des troubles autistiques s'il se sent constamment incompris.

Mais confondre la dysphasie avec d'autres pathologies du langage n'est pas le seul problème posé.

### 4. Problèmes cliniques et théoriques

La définition par exclusion d'une dysphasie est très contestée. Bien que ce soit soit un trouble spécifique du langage, d'autres troubles peuvent lui être associés.

On observe souvent un trouble de la perception auditive qui entraîne des difficultés dans le traitement du signal sonore. Cette altération peut être provoquée par des otites. Pourtant sans gravité apparente, elles peuvent toutefois entraîner des complications au niveau du développement verbal de l'enfant. En effet, le liquide présent dans l'oreille « *provoque une surdité de transmission qui, à terme, peut avoir un retentissement négatif sur la communication et le développement de l'enfant.* »<sup>2</sup>. Le conduit auditif encombré, les sons ne parviennent pas correctement au cerveau: la stimulation verbale n'est pas optimale et les sons se trouvent déformés voire inaudibles.

Sur le plan psychomoteur, des difficultés praxiques peuvent se manifester. Entre autres, un trouble dyspraxique<sup>3</sup> pouvant s'exprimer au niveau des membres. L'enfant a des difficultés à réaliser des mouvements rapides des doigts ou reproduire des séquences de gestes<sup>4</sup>. De même, les difficultés d'ordre phonologique, sémantique et syntaxique entraîneraient des troubles de l'écriture. Les conséquences à long termes sont notamment des troubles de la lecture.

Des troubles de l'abstraction peuvent également accompagner la dysphasie: l'enfant ne comprend pas les notions abstraites (humour, implicites...). Il a besoin de mots concrets pour s'exprimer ou décrire une situation. De plus, des troubles de la séquentialisation<sup>5</sup> entraîne fréquemment un trouble de la perception du temps: l'enfant a du mal à respecter un ordre chronologique. La perception spatiale peut aussi être altérée.

1: Il s'agit par exemple de montrer du doigt, d'utiliser les expressions faciales pour exprimer la joie, la peur etc...

2: selon les Docteurs Jean-Michel Klein et Julien Briffod.« Consulté le 06 avril 2013 »

source: <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/troubles-ori/articles/15709-otite-sereuse.htm>

3: trouble de la programmation et de l'exécution des gestes, affectant la réalisation d'activités.

4: source: [http://blog.ove.asso.fr/orthos\\_surdite/files/2010/06/soares-boucaud.pdf](http://blog.ove.asso.fr/orthos_surdite/files/2010/06/soares-boucaud.pdf) « Consulté le 06 avril 2013 »

5: séquences de phonèmes dans les mots, les mots dans une phrase etc...

D'autre part, l'intégration familiale scolaire et sociale de l'enfant est entravée. L'enfant, ne parvenant pas à s'exprimer comme il le souhaite, peut développer des troubles affectifs et des troubles du comportement (hyper ou hypoactivité par exemple). Il peut souffrir également de troubles de l'attention et de la concentration.

Ainsi, nous avons une première approche de la complexité de la dysphasie. Même s'il n'y a pas de consensus sur les différents types de dysphasies, établir une classification permet d'identifier un profil pathologique chez l'enfant. Elle permet de déterminer plus précisément le type de rééducation nécessaire. Cependant, il est exceptionnel que le trouble dysphasique soit isolé. Mais ces troubles associés peuvent varier d'un enfant à l'autre. De plus, la dysphasie peut être confondue avec d'autres troubles du langage. Cela peut avoir de graves répercussions sur l'enfant, car les traitements diffèrent d'une pathologie à l'autre. Il convient donc de préciser quelle est l'origine de la dysphasie pour tenter de l'expliquer.





## II. ÉTIOLOGIE DE LA DYSPHASIE

Le nombre d'études neurobiologiques effectuées sur des enfants affectés par des TSDL ainsi que les résultats obtenus sont encore trop insignifiants pour définir la cause neurobiologique comme étant la principale source de ces troubles. Cela est dû à la disparité des groupes étudiés et aux divers aspects des TSDL.

Un examen post-mortem du cerveau d'une jeune fille de sept ans (touchée par un trouble sévère du langage oral) a révélé des difformités au niveau du cortex frontal gauche et une symétrie des plans temporale (structures asymétriques chez les sujets normaux)<sup>1</sup>. Ces anomalies ont aussi été observées chez des sujets adultes dyslexiques, qui présentaient les mêmes troubles étant enfants. Peut-on en déduire que la dysphasie évoluerait en dyslexie au fil du temps?

Cette symétrie a été confirmée par des études d'imagerie anatomique: les IRM fonctionnelles montraient notamment – chez les enfants atteints de dysphasie expressive – une complication dans l'activation de l'hémisphère gauche pendant une tâche précise. Toutefois, la fiabilité de ces résultats reste minimale: ce type d'étude ne comporte qu'un nombre restreint de cas, d'autant plus que les bilans d'imagerie divisent les spécialistes.

Au niveau génétique, l'hypothèse d'une concentration intrafamiliale de troubles langagiers n'est pas à exclure: de nombreux parents d'enfants ayant des difficultés langagières présentent eux-mêmes des difficultés<sup>2</sup>. Mais cela n'expliquerait que 20 à 30 % des cas de dysphasie.

On a élaboré la théorie d'un déterminisme génétique des troubles sérieux du langage. Bien que plusieurs emplacements aient été identifiés sur les chromosomes, aucun gène précis n'a été retenu. Ceci dit, on répertorie minimum six régions chromosomiques qui entraînent des troubles de l'apprentissage verbal. Les nombreuses études génétiques sur des patients autistes et dysphasiques favoriseraient la piste d'une parenté génétique entre ces troubles du développement, mais ces postulats demeurent incertifiés.

En ce qui concerne les études en audiologie sur les TSDL, elles reposent sur l'enregistrement des potentiels auditifs lors de stimulations verbales et non verbales. Une partie des résultats démontre un retard de maturation ou une gêne dans le traitement sensoriel et acoustique.

Ces constats rejoignent des données comportementales qui relatent des problèmes de distinction perceptive chez les enfants dysphasiques. Toutefois, la disparité clinique des groupes étudiés donne souvent des résultats contradictoires: les anomalies observées se retrouvent principalement chez les enfants atteints de trouble réceptif. Selon des spécialistes, les enfants dysphasiques auraient du mal à traiter les indices temporels au niveau verbal et non verbal: leurs performances sont moindres lorsque leur sont présentés des stimuli auditifs de courte durée et des stimuli présentés de façon rapide. Les résultats s'améliorent si le temps de présentation des stimuli est augmenté. Le trouble proviendrait d'un déficit du traitement temporel auditif: il gênerait l'élaboration des prototypes phonétiques de la langue maternelle de l'enfant, ce qui aurait des effets néfastes sur les plans expressif et réceptif du langage.

Suite à ces observations, on a présenté des signaux de parole dont la durée a été allongée. A terme, les enfants montrent de nettes améliorations, qui correspondraient à plusieurs années de développement linguistique. Mais ces résultats ont une fois de plus été contestés: les critères choisis pour l'évaluation ne seraient pas assez précis.

Ainsi, l'origine de la dysphasie fait encore l'objet de nombreuses recherches et continue à interroger les chercheurs. Aucun consensus scientifique sur la genèse de ce trouble n'a été trouvé.

Malgré les avancées en neurosciences, le nombre insuffisant de preuves ne permet pas de faire de l'origine neurobiologique la source première de la dysphasie. En revanche, il semblerait que l'origine génétique soit la cause la plus concrète de cette pathologie -bien qu'elle ne soit pas confirmée-. Quant aux recherches en audiologie, elles ne concernent que certains enfants dysphasiques. Mais alors comment diagnostiquer une dysphasie?

1: phénomène observé par Cohen, et al. (1989) et Jernigan et al. (1991)

2: Rice et coll. (1998)

### III. DIAGNOSTIC D'UNE DYSPHASIE

Il est difficile de poser le diagnostic d'une dysphasie avant l'âge de cinq ans. Il faut attendre que l'enfant soit en âge d'avoir un vocabulaire et un langage construit, organisé. Selon Christophe-Loïc Gérard<sup>1</sup>, pour diagnostiquer une dysphasie il faut appliquer à l'enfant « une procédure systématique d'évaluation »<sup>2</sup>. Celle-ci s'établit en trois phases.

#### A\_ Confirmer le caractère significatif du déficit verbal

Le langage de l'enfant doit être examiné au niveau phonologique, lexical, morpho-syntaxique ou encore pragmatique et sémantique.

- Pour les enfants de moins de trois ans: on combine l'observation directe de l'enfant avec les informations fournies par la mère. L'entretien avec les parents de l'enfant dysphasique a pour but de mieux comprendre son environnement familial, affectif et social. Il révèle notamment l'investissement du langage dans l'entourage (bilinguisme ou troubles du langage chez les parents par exemple). La présence de l'enfant permet au médecin spécialiste d'observer ses capacités d'interaction et d'adaptation (gestes, mimiques...), mais aussi la qualité de son langage et le degré de compréhension. Selon les cas, l'approche ne sera pas la même.

- Pour les enfants de 4 ans et plus: on examine précisément les capacités expressives et réceptives.

#### B\_ Le diagnostic différentiel.

Pour diagnostiquer un trouble du langage oral, en particulier une dysphasie, il est important d'écarter l'idée d'une surdité, d'une malformation de l'appareil phonatoire, d'une déficience mentale, d'un retard simple de langage ou autre pathologie. Cela constitue un diagnostic par élimination. Pour cela:

- des contrôles ORL et audiométriques doivent être réalisés au plus vite et renouvelés fréquemment, afin d'éviter que des éléments de surdité de transmission n'aggravent les troubles du langage.

- Un examen neurologique peut aussi être effectué pour éliminer -entre autres- l'hypothèse d'une pathologie cérébrale congénitale.

- la dysphasie n'est pas un retard de langage, ni une aphasie, ni de l'autisme.

Le diagnostic par élimination ne suffit pas à poser un diagnostic complet. Il faut donc chercher des signes dit « positifs » de la dysphasie.

1: médecin responsable d'une unité spécialisée dans les troubles du langage et des apprentissages de l'enfant à l'hôpital Robert Debré à Paris et professeur de neuropsychologie de l'enfant

2: Gérard, C-L. (1993). *L'enfant dysphasique*. Questions de personne: De Boeck.

## C\_ Les signes positifs de la dysphasie.

Il faut avant tout que les deux premières étapes aient été réalisées de manière rigoureuse. Autrement, les signes positifs perdraient toute valeur spécifique. Deux types de signes positifs sont décrits:

### 1. les marqueurs de déviance

Ils caractérisent l'ensemble des traits qui témoignent de l'altération des structures cérébrales responsables de la manipulation du code verbal. Ces réalisations sont la marque d'un dysfonctionnement linguistique et non d'un simple retard. La présence de trois de ces marqueurs suffit pour confirmer le diagnostic de la dysphasie:

- TROUBLE DE L'EVOCATION LEXICALE: manque du mot
- TROUBLE DE L'ENCODAGE SYNTAXIQUE: Incapacité à utiliser les flexions verbales. *Ex:* « hier, papa part » ou « mon ami ai un chien »
- TROUBLE DE LA COMPRÉHENSION
- TROUBLE DE L'INFORMATIVITÉ : l'enfant ne peut pas transférer une information par le seul canal verbal (utilisation de gestes)
- HYPOSPONTANEITE VERBALE: tendance à l'économie dans les phrases, fluence verbale réduite.
- DISSOCIATION AUTOMATICO-VOLONTAIRE: impossibilité de produire des mouvements qui sont possibles spontanément

### 2. Les dissociations intralinguistiques <sup>1</sup>

Elles caractérisent la préservation ou au contraire, l'atteinte (chez un même sujet) des trois principaux secteurs linguistiques: phonologie, syntaxe et lexicale, indépendamment les uns des autres. On note par exemple l'utilisation de mot phrase ou l'absence de connecteurs logiques dans le discours.

Parallèlement, le CENOP insiste sur un point important: *«le diagnostic de TSDLO exige une évaluation approfondie de l'ensemble des sphères cognitives de l'enfant afin de valider la présence d'un trouble spécifique ou encore de d'autres déficits pouvant engendrer les difficultés observées dans la sphère du langage »*<sup>2</sup>. C'est pourquoi, le contrôle du potentiel intellectuel, du raisonnement, de la mémoire et bien sûr du langage est essentiel dans le diagnostic d'une dysphasie par les neuropsychologues.

La démarche diagnostique s'appuie donc sur un bilan pluridisciplinaire: neuropédiatres, orthophonistes ou encore neuropsychologues doivent ensemble évaluer les potentiels de l'enfant afin de poser le diagnostic. Chaque spécialiste fait le bilan des compétences de l'enfant: il détermine ainsi le domaine et l'étendue des difficultés éprouvées. Le but étant d'avoir des regards croisés pour considérer au mieux l'enfant dans sa globalité. Comment l'enfant peut-il être pris en charge une fois le diagnostic établi?

1: Soares-Boucaud et al., 2009

2: source: <http://www.cenopfl.com/troubles-apprentissage/dysphasie.asp> « Consulté le 06 avril 2013 »

## IV. PRISE EN CHARGE

### 1. La prise en charge

Une fois le bilan établi, l'équipe pluridisciplinaire doit aménager un programme de rééducation pour l'enfant. Mais attention, le suivi médical doit être adapté à chaque enfant, suivant le type de trouble du langage. Les spécialistes recommandent de commencer cette rééducation très tôt, lorsque la plasticité du cerveau est maximale.

La prise en charge nécessite une rééducation orthophonique prolongée. Mise en place vers l'âge de trois ans, elle est ciblée sur les difficultés actuelles de l'enfant et doit être réorganisée régulièrement par de nouveaux bilans. Elle a pour but de favoriser la communication verbale et non verbale de l'enfant. Parallèlement, un ergothérapeute veille au bon développement de l'enfant, pour l'aider à accepter son handicap. Un psychologue peut également suivre l'enfant.

Mais le plus important, c'est l'ensemble **enfant/parent** qui est au centre de l'intervention, et pas uniquement l'enfant et son langage. C'est ce qui constitue la guidance parentale<sup>1</sup>. En effet, le rôle des parents est essentiel: ils doivent maintenir un échange efficace et riche avec l'enfant. Ils permettent aussi de prolonger la « rééducation » à la maison.

#### Quelle attitude adopter face à un enfant dysphasique?

Ces attitudes peuvent être adoptées aussi bien à la maison qu'à l'école:

- Il faut attirer l'attention de l'enfant
  - Le nommer
  - S'assurer d'un contact visuel et physique (lui toucher l'épaule etc...)
  - Accompagner le message de mimiques, gestes
- Adapter le message en fonction de la compréhension de l'enfant
  - Simplifier au maximum la formulation du message
  - Donner peu d'informations à traiter
  - Utiliser un vocabulaire simple, connu de l'enfant
  - Utiliser des couleurs, des images...

Cette organisation permet à l'enfant de mieux mémoriser et donc mieux apprendre. Par exemple, pour la phrase « la dame achète un livre », l'enfant utilisera trois images: une femme + des billets ou des pièces + un livre

- Reformuler le message
  - A l'aide de gestes ou de dessins
  - Ralentir le débit verbal

En effet, comme le montrent les études en audiologie effectuées sur des enfants TSDL, les enfants ont du mal à comprendre des signaux de courte durée et effectués de façon rapide. C'est pour cela qu'il faut leur parler lentement et distinctement, sans hésiter à répéter les informations.

- S'assurer de la compréhension de l'enfant
  - en le faisant répéter ou compléter son énoncé avec des gestes
  - l'inciter à illustrer son message.

1: parents et spécialistes (médecins, orthophonistes, psychologues...) doivent faire régulièrement le point sur le développement de l'enfant. Tous les deux mois environ.

En classe, il est important d'instaurer une routine. L'instituteur doit prévoir des activités de courte durée, éviter la réorganisation de la classe<sup>1</sup>, placer l'enfant devant, loin des fenêtres et des portes (pour favoriser sa concentration)... De plus, il est indispensable de laisser du temps à l'enfant pour qu'il assimile tout ce qu'il aura entendu, analysé et compris afin qu'il le mette en pratique le mieux possible.

Ainsi, il est primordial de stimuler le canal visuel et gestuel pour une meilleure acquisition et compréhension de la langue. Cela favorise également une meilleure construction du lexique et une meilleure mémorisation. Pour cela, plusieurs méthodes ont été développées et adaptées aux personnes dysphasiques.

## 2. Quelques méthodes

### ♣ Le MAKATON (Walker, 1973)

Il vise à répondre aux besoins d'enfants et d'adultes souffrant de troubles d'apprentissage et de la communication. C'est un Programme d'Aide à la Communication et au Langage, composé d'un vocabulaire fonctionnel qui allie parole, Langue des Signes et/ou pictogrammes.

L'ensemble des concepts est illustré par les signes et les images. Ils donnent une représentation visuelle du langage, qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Les échanges sont favorisés grâce à la pluralité des concepts. L'enfant accède facilement à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler une demande ou un refus, décrire ou commenter une image, exprimer un sentiment etc...

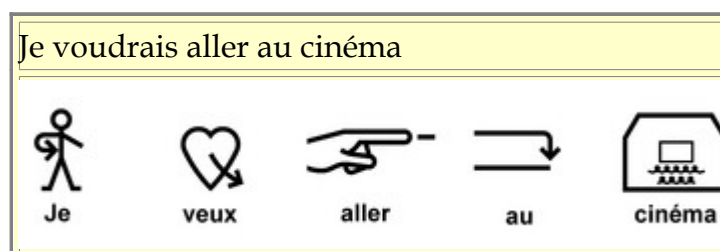
Le Makaton concerne aussi bien les personnes dysphasiques que leur entourage. Ainsi parents, orthophonistes, éducateurs... peuvent utiliser le même mode de communication.

Les recherches ont montré que l'utilisation des signes favorise et stimule le développement de l'expression orale. Cependant, le Langage des Signes ne perd pas de vue l'importance du langage oral. Il ne doit pas remplacer la parole, mais l'accompagner. Les principaux objectifs de ce programme sont donc la structuration du langage écrit et oral, l'amélioration de la compréhension, favoriser les échanges. Tout cela mènera, à terme, à une intégration scolaire et sociale.

Quelques exemples de la méthode du Makaton:



source: <http://www.makaton.fr/article/les-signes-et-les-pictogrammes.html>



Source: <http://www.isaac-fr.org/index.php/outils-de-communication-alternative/60-pictogrammes/46-makaton>

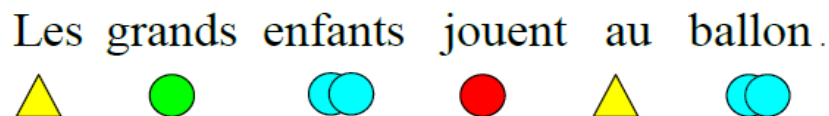
1: les enfants dysphasiques ont du mal à se situer dans l'espace-temps. Il faut donc respecter un plan de classe précis.

## ♣ La Méthode des jetons

Cette méthode a été proposée en 1994 par Brigitte de Becque et Stéphane Blot<sup>1</sup>. L'enfant visualise des phénomènes syntaxiques afin d'améliorer son discours.

Le principe de la méthode est simple. Les mots, les notions catégorielles et les principales règles de fonctionnement de la langue sont symbolisées par des jetons de couleur. L'enfant peut commencer par poser un jeton à chaque fois qu'il prononce une syllabe<sup>2</sup>. Progressivement, les jetons prennent des formes et des couleurs selon leur rôle dans la phrase (exemple: triangle jaune pour un déterminant, rond bleu pour le nom commun, rond rouge pour le verbe etc...)

Les grands enfants jouent au ballon.



source: <http://www.ashemine.fr/pj/apportTheo/tsl.pdf>

On commence par des phrases simples (sujet – verbe - complément.) ensuite, on réalise un travail de catégorisation en classes grammaticales.

## ♣ La méthode de BOREL-MAISONNY

C'est une méthode qui allie phonétique et gestuelle. L'enfant apprend chaque phonème et le geste qui lui correspond. Lors de l'apprentissage, il lit ce qu'il y a d'écrit au tableau en s'aidant du geste. Ensuite, la lecture des courts textes se fait avec ou sans la main.

D'autres méthodes peuvent être utilisées, comme le Langage Parlé Complété (LPC), la lecture en couleur etc...

### 3. Quelle peut être l'évolution des troubles dysphasiques chez l'enfant?

Il est difficile de faire un pronostic sur la rapidité et les progrès que fera un enfant dysphasique. L'évolution diffère selon le type de dysphasie. Mais surtout, elle va dépendre de la prise en charge orthophonique, de l'environnement familial de l'enfant ou encore de sa solidité psychologique.

- L'évolution de la dysphasie phonologico-syntaxique

L'enfant dysphasique reste inintelligible jusqu'à sept/huit ans environ. L'apprentissage du langage écrit peut l'aider à produire des discours oraux. Ceci dit, l'expression écrite reste limitée. A l'âge adulte, la syntaxe est simple et les difficultés orthographiques persistent. De plus, ils ont toujours des problèmes pour comprendre les notions abstraites ou l'humour.

- L'évolution de la dysphasie de production phonologique

Dans ce cas précis, l'enfant a conscience de ses troubles. Au niveau verbal, on note de réels progrès dans l'échange oral et écrit, notamment une amélioration de la phonologie. En revanche, il met toujours du temps à trouver ses mots. Il comprend mieux les notions abstraites. Au niveau de l'écrit, les troubles de l'écriture sont plus ou moins importants.

- L'évolution de la dysphasie sémantique-pragmatique

Ici, l'enfant continue à utiliser des formes plaquées.

1: Programme conçu par un orthophoniste et un enseignant.

2: Cela constitue une aide essentielle pour la segmentation.

- L'évolution de la dysphasie réceptive (agnosie verbale)

L'enfant va apprendre à utiliser des compensations: le maintien d'un code gestuel et visuel est nécessaire. Il y a toujours un déficit au niveau du vocabulaire. L'écriture reste longtemps non-fonctionnelle.

- L'évolution de la dysphasie lexico-sémantique (ou mnésique)

L'enfant arrive à lire mais il présente des difficultés de mémorisation. De plus, le manque du mot persiste.

Dans une autre perspective, Laurent Danon-Boileau propose une classification plus large des évolutions<sup>1</sup>. En effet, il distingue le trouble associé du trouble purement langagier.

- L'évolution du trouble purement langagier

L'enfant peut présenter des difficultés à corriger spontanément son langage. Chez certains enfants, la récupération du « premier langage » s'effectue après un an de traitement. En comparaison avec l'enfant normal, cette même période correspond à l'explosion du vocabulaire<sup>2</sup>. Néanmoins, il note un retard dans la capacité à diversifier les conduites linguistiques (poser ou répondre aux questions, entamer une conversation etc...). La récupération d'un langage normal est clairement facilitée par l'acquisition du langage écrit. De plus, si l'enfant accepte de s'exprimer en dépit de ses troubles, l'amélioration ne peut être que plus rapide.

- L'évolution du trouble associé

Une évolution favorable peut être envisagée si l'enfant est plus ou moins « souple » dans le registre de l'échange. S'il est en mesure d'organiser des jeux d'alternances où il peut prendre tous les rôles, et s'il révèle une tolérance à l'écart (modification dans les jeux etc...), l'amélioration sera visible. La récupération de la communication préverbale peut se faire rapidement (au bout d'un an de traitement) sans qu'il y ait de " décrochage " trop marqué de la parole dans l'interaction.

Pour Pinkel (2001), l'incompétence linguistique ne peut pas disparaître. On développe des compensations cérébrales: on donne une valeur fonctionnelle au langage mais on n'efface pas forcément les déficits. C'est ce qu'il appelle la « récupération illusoire ».

### Quelques chiffres:

Bishop et al. ou encore Chevrie-Muller (2007) estiment à 40% le taux d'enfants TSDL âgés de quatre ans qui ont vu leur langage se normaliser à cinq ans et demi. Cette amélioration s'est faite avec ou sans traitement médico-pédagogique. A huit ans et demi, ils avaient acquis un niveau d'écriture normal. Ensuite, 25% des enfants présentant des troubles persistants du langage à cinq ans auront des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. Ceci constitue un facteur de risques dans l'apprentissage de la lecture et de l'évolution en milieu scolaire.

1: source: [http://www.coridys.asso.fr/pages/base\\_doc/txt\\_boileau/txt.html](http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_boileau/txt.html) « Consulté le 06 avril 2013 »

2: autour de un an et demi

## CONCLUSION

Ainsi, la dysphasie n'est pas une pathologie anodine. Sa complexité fait qu'elle nécessite une vigilance particulière et un suivi intensif.

Malgré les avancées scientifiques, il n'y a pas encore de consensus sur les différents types de dysphasie ni sur ses origines. Le nombre insuffisant de preuves ne permet pas de confirmer une quelconque hypothèse. De plus, nous avons vu qu'une simple définition par exclusion ne suffit pas pour diagnostiquer une dysphasie. Il est exceptionnel que ce soit un trouble isolé et il faut s'appuyer sur un bilan pluridisciplinaire afin de considérer au mieux l'enfant dans sa globalité. Cependant, il ne faut pas généraliser le phénomène car le bilan varie d'un enfant à l'autre, selon le type de dysphasie. De ce fait, les méthodes de rééducation ne sont pas les mêmes selon le trouble. Il faut être encore plus vigilant puisque la dysphasie peut être confondue avec d'autres troubles du langage. Cela peut avoir de graves répercussions sur l'enfant, car les traitements diffèrent d'une pathologie à l'autre. Cette complexité entraîne une prise en charge adaptée à chaque enfant: elle porte sur tous les domaines d'apprentissages et non sur un seul en particulier. Voilà pourquoi il est nécessaire de consulter une équipe pluridisciplinaire. Le rôle des parents et de l'entourage de l'enfant est essentiel à sa rééducation: ils permettent de maintenir un échange riche et efficace avec l'enfant. Mais alors, comment peut-on poser les limites d'une pathologie aussi hétérogène?





## GLOSSAIRE

**Aggrammatisme:** L'aggrammatisme est un trouble de l'expression orale caractérisé surtout par la réduction du nombre de structures syntaxiques et par la simplification des structures syntaxiques encore disponibles (pas de mots outils, verbes non conjugués etc...).

Source: <http://www.phonetique.ulaval.ca/lexique/aggrammatisme.html>

**Dyssyntaxie:** trouble du maniement de la syntaxe caractérisé par des productions linguistiques anormales.

Source: <http://www.vulgaris-medical.com>

**Guidance parentale:** Principe qui vise à aider les parents dont les enfants sont atteints de troubles du langage. Elle a pour but de mieux les outiller et les conseiller dans l'attitude à adopter face à leur enfant.

**Paraphasie:** Trouble du langage dans lequel le sujet inverse des syllabes ou des mots, qui ne sont pas employés dans leur véritable sens.

Source: <http://dictionnaire.doctissimo.fr>

**Plasticité du cerveau:** Capacité qu'a le cerveau à remodeler les branchements entre ses neurones par formation ou disparition de synapses. C'est la base du processus de mémoire et d'apprentissage. Elle intervient également parfois pour compenser les effets de lésions cérébrales en aménageant de nouveaux réseaux.

Source: <http://plasticite-cerebrale.tripod.com/plasticitecerebrale.htm>

**Premier langage:** premiers mots qu'apprend un enfant.

**Surdité de transmission:** elle est due à un problème de fonctionnement de l'oreille externe ou moyenne qui n'achemine plus les sons jusqu'à l'oreille interne.

Source: <http://appareil-auditif.comprendrechoisir.com/comprendre/surdite-de-transmission>

**Trouble acquis de la parole:** consécutif à un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral après l'âge de deux ans, quand un certain niveau de compréhension et d'expression

est acquis.

**Trouble fonctionnel du langage:** trouble qui ne touche pas à la structure même du langage. Il est donc réversible

**Trouble spécifique du langage:** troubles dans lesquels les modalités normales du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Source: <http://clap.chu-nancy.fr>

**Trouble structurel du langage:** trouble touchant la structure du langage. Il conduit à une déviance de l'utilisation du code langagier



## BIBLIOGRAPHIE

### • Ouvrages et revues

Danion-Grillat, A., Bursztejn, C. (2011). *Psychiatrie de l'enfant*. Psychiatrie: Médecines Sciences Publications

Farriaux, J.P., Rapoport, D. (1995). *Troubles de l'apprentissage scolaire*. Progrès en pédiatrie: Erreur Perimes Doin

[[http://books.google.fr/books?id=3pKnxGqRbegC&pg=PA24&lpg=PA24&dq=retard+de+langage+exemples&source=bl&ots=cXhxyknYm1&sig=dx2y-14lMU8aTwZ-D\\_W9NpS1sw&hl=fr&sa=X&ei=NuVSUboVfob80QWdzYCQBg&sqi=2&ved=0CFAQ6AEwBg#v=onepage&q=retard%20de%20langage%20exemples&f=false](http://books.google.fr/books?id=3pKnxGqRbegC&pg=PA24&lpg=PA24&dq=retard+de+langage+exemples&source=bl&ots=cXhxyknYm1&sig=dx2y-14lMU8aTwZ-D_W9NpS1sw&hl=fr&sa=X&ei=NuVSUboVfob80QWdzYCQBg&sqi=2&ved=0CFAQ6AEwBg#v=onepage&q=retard%20de%20langage%20exemples&f=false)]

Gérard, C-L. (1993). *L'enfant dysphasique*. Questions de personne: De Boeck.

[[http://books.google.fr/books?id=n3MoEaeroKIC&pg=PA42&lpg=PA42&dq=signes+positifs+de+la+dysphasie&source=bl&ots=YctkffbEEq&sig=pHR\\_YsXM\\_EwF\\_S8Lkm0ZUvIn19s&hl=fr&sa=X&ei=H2c\\_UbvKGSzZPOX3gMgK&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=signes%20positifs%20de%20la%20dysphasie&f=false](http://books.google.fr/books?id=n3MoEaeroKIC&pg=PA42&lpg=PA42&dq=signes+positifs+de+la+dysphasie&source=bl&ots=YctkffbEEq&sig=pHR_YsXM_EwF_S8Lkm0ZUvIn19s&hl=fr&sa=X&ei=H2c_UbvKGSzZPOX3gMgK&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=signes%20positifs%20de%20la%20dysphasie&f=false)]

Pierart, B. (2004). *Les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ?* In Les dysphasies de l'enfant: approche francophone (Ed. P.U.F). *Enfance* 1/2004 (Vol. 56), p. 5-19.

### • Articles, Mémoires et Thèses

Busuttil – Desaubliaux, M., Quibel, S. (2006/2007). *Dysphasie ou retard: pas si simple!...* Mémoire pour le Diplôme Universitaire: Approche neurologique, linguistique et cognitive des troubles d'apprentissage. 37 pages. « Consulté le 27 février 2013 »

Couteret. (2004). *Colloque troubles du langage*. Récupéré le 3 avril 2013. [<http://www.ashemine.fr/pj/apportTheo/tsl.pdf>]

Danon-Boileau, L. (date non communiquée). *La dysphasie: nature et diversité du symptôme; modalités de prise en charge et évaluation*. « Récupéré le 16 mars 2013 ».  
[[http://www.coridys.asso.fr/pages/base\\_doc/txt\\_boileau/txt.html](http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_boileau/txt.html)]

Dumont, C. (2012). *Influence de l'entrée dans le langage écrit sur le développement du langage oral chez les enfants dysphasiques*. Mémoire de recherches: Psychologie. Orléans, 63 pages. [[http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/86/94/PDF/Memoire\\_M2\\_MEEFA\\_Claire\\_Dumont.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/86/94/PDF/Memoire_M2_MEEFA_Claire_Dumont.pdf)]

Floris, E., Launay, A-L. (2012). *Sans queue ni tête Création d'un matériel de rééducation visant à affiner la compréhension des expressions métaphoriques et l'implicite auprès d'enfants dysphasiques de plus de 8 ans*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Lille, 121 pages. « consulté le 28 février 2013 »

Soares-Boucaud, I.; Labruyère, N.; Jery, S.; Georgieff, N. (2009). « *Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage* », pp. 3-4.  
[[http://blog.ove.asso.fr/orthos\\_surdite/files/2010/06/soares-boucaud.pdf](http://blog.ove.asso.fr/orthos_surdite/files/2010/06/soares-boucaud.pdf)] consulté le 25 janvier 2013

Nom non communiqué, (date non communiquée). *Classification spécifiques des TSL*. « consulté le 6 mars 2013. [[http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.zourou\\_f&part=230697](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.zourou_f&part=230697)]

- Internet

Allodocteur. (2011). *Mieux dépister la dysphasie*. « récupéré le 6 mars 2013 »  
[<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-mieux-depister-la-dysphasie-790.asp?1=1>]

Association Avenir Dysphasie. (date non communiquée). Makaton. « récupéré le 20 mars 2013 »  
[<http://www.makaton.fr/>]

Association avenir dysphasie Auvergne. (date non communiquée). *Les dysphasies*. « récupéré le 8 mars 2013 »  
[[http://www.terredetrails.fr/\\_aada/la\\_dysphasie\\_synthese.pdf](http://www.terredetrails.fr/_aada/la_dysphasie_synthese.pdf)]

Avenir Dysphasie Rhône. (2007). *Quelques compléments sur certaines méthodes*. Récupéré le 03 avril 2013  
[<http://sylviecastaing.chez.com/dysphmetodes.pdf>]

Cénop. (date non communiquée). *En savoir plus sur... la dysphasie*. Récupéré le 25 mars 2013.  
[[http://www.cenopfl.com/troubles-apprentissage/dysphasie/motif\\_consultation\\_dysphasique.html](http://www.cenopfl.com/troubles-apprentissage/dysphasie/motif_consultation_dysphasique.html)]

Centre Jacques Cartier. (2011). *La dysphasie*. « récupéré le 25 février 2013 »  
[<http://www.jacquescartier22.com/pdf-dysphasie.pdf>]

Guide à destination des parents. (date non communiquée). *Mon enfant est... Dysphasique?* « récupéré le 25 février 2013 »  
[[http://www.logoclinique.ulg.ac.be/upload/Brochure-Dysphasie-%C3%A0-destination-des-parents\\_M%C3%A9lanie-Gu%C3%A9n%C3%A9baud.pdf](http://www.logoclinique.ulg.ac.be/upload/Brochure-Dysphasie-%C3%A0-destination-des-parents_M%C3%A9lanie-Gu%C3%A9n%C3%A9baud.pdf)]

IEN ASH. (date non communiquée). *A propos de la dysphasie*. « récupéré le 05 mars 2013 »  
[<http://www.lepontet.ien.84.ac-aix-marseille.fr/spip/IMG/pdf/Adaptation-pedagogique-eleve-dysphasique.pdf>]

Intégrascal. (date non communiquée). *Classification des dysphasie selon I. Rapin et S. Allen*. « récupéré le 25 février 2013 »  
[<http://www.integrascal.fr/documents/Classifications%20des%20dysphasies.pdf>]

Site du ministère de la Santé. (2007). *Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant*. « Récupéré le 10 mars 2013 ».  
[[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette\\_troubles.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles.pdf)]

Vernier, P. (date non communiquée). *La dysphasie*. « récupéré le 10 mars 2013 »  
[<http://ortho.pascaline.dufournier.perso.neuf.fr/La%20dysphasie.pdf>]

