**L’examen du langage oral**

L’évaluation du langage est longue et complexe, car le langage résulte de l’intégration de différents sous-systèmes linguistiques qui devront être examinés séparément. Différents niveaux d’analyse peuvent ainsi être distingués selon que l’on s’intéresse au niveau du son (phonologie), du mot (lexique), de l’énoncé (morphosyntaxe), du récit (discours) ou à l’utilisation du langage (pragmatique). Examinons le récit d’un enfant qui présente des troubles langagiers. Une suite de cinq images (situation extraite de la batterie langagière N-EEL (Chevrie-Muller & Plaza, 2001) lui est proposée.

**2. Démarche évaluative**

**2.1. Contenu :**Les récentes recommandations internationales du projet CATALISE (Bishop et al., 2017 ; Bishop et al., 2016) clarifient la démarche diagnostique à appliquer pour l’évaluation du langage. L’évaluation du langage oral devrait comprendre une évaluation du niveau phonologique, du niveau lexico-sémantique, du niveau morphosyntaxique et du niveau discursif en testant les versants expressifs et réceptifs au sein de chaque niveau. Il est aussi essentiel de tenir compte des capacités communicatives du patient en évaluant les dimensions pragmatiques du langage. Enfin, des mesures d’apprentissage et de mémoire verbale sont utiles pour compléter l’évaluation (de nombreuses études ont, en effet, montré les difficultés des enfants avec trouble développemental du langage à retenir des séquences verbales pendant une courte période, notamment, Archibald & Gathercole, 2006).

Différentes sources d’informations doivent être combinées pour évaluer le langage : anamnèse, questionnaire, observation directe de l’enfant ou recours à des tests standardisés. La comparaison entre le langage spontané et le langage induit recueillis dans des situations plus standardisées est une source d’informations précieuses. On le voit, il paraît donc difficile de réaliser une évaluation rapide, mais complète du langage, a fortiori si l’examinateur ne dispose pas de connaissances linguistiques solides.

**2.2. Objectifs :** Une évaluation peut avoir trois objectifs principaux : participer au diagnostic, donner des indications relatives à la prise en charge ou évaluer l’efficacité de la prise en charge (voir notamment Youngstrom et al., 2017). Or un test ne peut remplir adéquatement ces trois fonctions. Il est donc important de s’interroger sur la pertinence du choix de l’outil en fonction de l’objectif fixé. Pour une évaluation diagnostique en première ligne, on visera des épreuves présentant un bon pouvoir discriminant, c’est-à-dire un bon niveau de sensibilité et de spécificité afin de garantir la détection d’un trouble chez les enfants qui le présentent et d’exclure la présence d’un trouble chez les enfants qui n’en ont pas. L’idéal serait de disposer d’outils comportant deux étalonnages : celui d’une population tout-venant ainsi que celui de la population pathologique qu’il vise à diagnostiquer.

Ce bilan de première ligne comportera ainsi un ensemble d’épreuves visant les différents niveaux langagiers (phonologie, lexique, morphosyntaxe, discours, pragmatique) dans chacun des deux versants (compréhension et production). En proposant une sélection d’items discriminants, ces épreuves de première ligne visent à informer rapidement sur l’adéquation entre le score obtenu et ce qui est attendu étant donné l’âge de l’enfant. Il sera important de choisir un outil qui possède une bonne validité théorique (c’est-à-dire qu’il repose sur un modèle théorique pertinent), une bonne fidélité interjuges (c’est-à-dire que deux évaluateurs obtiendraient les mêmes résultats suite à l’administration de cet outil) ainsi qu’une bonne fidélité test-retest (c’est-à-dire que le score obtenu est stable dans le temps). Dans le cadre du diagnostic, il est également important d’évaluer la qualité des normes; si la distribution de l’échantillon d’étalonnage n’est pas gaussienne, il est plus pertinent de disposer des normes en percentiles pour y comparer les performances de notre patient.

Des analyses linguistiques détaillées des erreurs seront également réalisées dans les différents niveaux langagiers altérés. En phonologie, on analysera l’intelligibilité via le pourcentage de consonnes correctes, les processus phonologiques simplificateurs, la stabilité des erreurs, ainsi que les répertoires phonétique et syllabique. Pour le niveau lexical, on analysera les types d’erreurs : substitutions phonologiques ou sémantiques, utilisation de termes génériques, de circonlocutions ou de définitions, lenteur, accroissement des performances suite à une ébauche ou un indice. En morphosyntaxe, on fera le relevé des structures syntaxiques et morphologiques acquises, en voie d’acquisition (stimulables) ou non acquises (et non stimulables). Au niveau discursif, on analysera en détail la macrostructure (la présence du cadre, d’un événement déclencheur, d’une réponse interne, d’un but, d’une action et des conséquences) et la microstructure (la cohésion, mais également la complexité lexicale et syntaxique dans le cadre d’un récit spontané). L’objectif de ce bilan plus approfondi consiste à cibler précisément l’origine des troubles de l’enfant en faisant l’inventaire de ses ressources et de ses faiblesses de façon à pouvoir élaborer un plan thérapeutique détaillé avec des objectifs précis et hiérarchisés.

**2.3. Informations complémentaires :**Avant de présenter les outils disponibles pour ces évaluations, arrêtons-nous rapidement sur quelques informations spécifiques à relever lors de l’anamnèse d’un examen du langage oral. Dès que la plainte concerne le langage oral, il est essentiel de faire vérifier l’audition de l’enfant par un examen médical approprié comportant notamment une audiométrie tonale. Parallèlement, dans l’histoire médicale de l’enfant, on est attentif à relever d’éventuels épisodes de pertes auditives préalables (par exemple à la suite d’otites à répétition) qui pourraient avoir influencé son développement langagier. On cherchera également les facteurs de risque de trouble développemental du langage, soit les caractéristiques prénatales, périnatales, néonatales, de l’enfant, de ses parents ou de sa famille qui peuvent être associées avec des troubles du langage. Dans une méta-analyse récente des facteurs de risque liés aux troubles langagiers, Rudolph (2017) identifie onze facteurs significatifs, sept sont des facteurs biologiques ou médicaux (les antécédents familiaux de troubles, le sexe biologique, la prématurité, la présence d’une condition néonatale, d’un événement lié à la grossesse ou d’un événement périnatal, l’APGAR à 5 minutes) et quatre concernaient des variables environnementales (l’ordre de naissance, le niveau d’éducation maternel, la consommation d’alcool ou le fait de fumer pendant la grossesse). Tous les facteurs de risque n’ont pas le même poids pour la décision clinique. Ainsi, seuls deux facteurs biologiques (le fait d’être un garçon et d’avoir un score d’APGAR faible à 5 minutes) et un facteur environnemental (le niveau d’éducation maternel) atteignent le seuil clinique qui permet d’identifier, parmi les enfants qui parlent plus tardivement, ceux qui développeront un trouble développemental du langage.

Dans les antécédents personnels, une attention toute particulière est portée au développement langagier et communicatif de l’enfant depuis ses premiers mois : a-t-il babillé ? Quand est apparu le pointage ? Ces informations doivent nous permettre d’avoir une idée plus précise quant à l’évolution de ses difficultés langagières. En effet, la variable « évolution » du développement langagier a une fonction importante dans le diagnostic et le pronostic des troubles langagiers sévères. Rentrent dans la catégorie des parleurs tardifs les enfants qui produisent moins de huit mots à 18 mois et/ou qui produisent moins de cinquante mots, et ne combinent pas les mots à 24 mois. On sera particulièrement inquiet pour un enfant qui ne produit pas de mots à 18 mois, qui produit moins de trente mots à 24 mois et/ou qui ne combine pas les mots à 36 mois. On doit en outre vérifier que la plainte ne correspond pas à une régression langagière marquée. Si tel est le cas, il est important de demander un examen neuropédiatrique afin d’exclure des diagnostics plus lourds. Il faut s’enquérir ensuite du milieu linguistique dans lequel baigne l’enfant afin de ne pas ignorer une éventuelle situation de bilinguisme dont il faudra tenir compte, le cas échéant, pour l’évaluation. La récolte d’informations concernant la sphère affective, les capacités de contact et de communication, verbale ou non, permet d’être vigilant quant à la présence d’éventuelles difficultés pragmatiques ou de troubles envahissants du développement. Enfin, les informations concernant la sphère orobuccolinguofaciale (respiration buccale, difficulté à s’alimenter, etc.) sont prises en considération pour des raisons évidentes. Nous en profitons pour préciser que l’écart entre les performances verbales et non verbales n’est plus reconnu comme un critère pertinent de diagnostic de trouble développemental du langage .