

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2008

N° 125

THESE  
pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de PSYCHIATRIE)

par

**Alexandre Cailleau**

Né le 28 août 1980 à Cholet

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2008

---

**TROUBLES DU LANGAGE  
ET DES APPRENTISSAGES DE L'ENFANT :  
DU TROUBLE SPECIFIQUE AU TROUBLE COMPLEXE.**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yvan HALIMI

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>10</b>
<b><u>Première partie</u> : Analyse du concept de trouble spécifique des apprentissages</b>	<b>13</b>
<b>I. Historique</b>	<b>13</b>
<b>A. De 1800 à 1920 : le courant organiciste en Europe</b>	<b>13</b>
<b>B. De 1920 à 1960 : l'influence américaine</b>	<b>14</b>
<b>C. Entre 1960 et 1975 : la période d'émergence du concept</b>	<b>16</b>
<b>D. Evolution des définitions</b>	<b>17</b>
<b>1. 1975-1985 : La période de consolidation</b>	<b>17</b>
<b>2. 1985-2000 : La période des remises en question</b>	<b>18</b>
<b>E. L'émergence de la neuropsychologie infantile</b>	<b>20</b>
<b>II. Les troubles des apprentissages dans les classifications actuelles</b>	<b>24</b>
<b>A. La CIM-10</b>	<b>24</b>
<b>B. Le DSM-IV</b>	<b>25</b>
<b>C. La CFTMEA R-2000</b>	<b>27</b>
<b>III. Epidémiologie</b>	<b>28</b>
<b>A. Prévalence</b>	<b>28</b>
<b>B. Sex-ratio</b>	<b>30</b>
<b>IV. Limites du concept de trouble spécifique des apprentissages</b>	<b>30</b>
<b>A. Etude critique des définitions et classifications</b>	<b>30</b>
<b>1. Quelques réflexions sur les classifications</b>	<b>30</b>
<b>2. Le critère de discordance</b>	<b>32</b>
<b>3. Le critère d'exclusion</b>	<b>33</b>
<b>4. Le critère de « trouble intrinsèque »</b>	<b>34</b>
<b>5. Le postulat d'hétérogénéité</b>	<b>35</b>
<b>B. Interrogations actuelles autour de la validité du concept</b>	<b>36</b>
<b>1. La question de la prévalence</b>	<b>36</b>
<b>2. La question de la comorbidité</b>	<b>37</b>
<b>3. La question de la spécificité</b>	<b>40</b>

<b><u>Deuxième partie</u> : Des enfants complexes à la croisée de cultures différentes</b>	<b>43</b>
<b>I. A propos des facteurs constitutionnels des troubles du langage et des apprentissages</b>	<b>43</b>
<b>A. Apports récents de la génétique</b>	<b>43</b>
1. La dyslexie	44
2. La dysorthographe	47
3. Les troubles du langage oral	47
4. La dyscalculie	48
<b>B. Approche neurologique</b>	<b>48</b>
1. Les troubles du langage écrit	49
2. Les troubles du langage oral	56
3. Les dyspraxies	57
4. Les dyscalculies	58
<b>C. Classifications neuropsychologiques</b>	<b>59</b>
1. Les troubles du langage écrit	59
2. Les troubles du langage oral	61
3. Les dyspraxies	63
4. Les dyscalculies	64
<b>II. Pour apprendre, il faut pouvoir penser</b>	<b>66</b>
<b>A. Les préalables pour apprendre</b>	<b>66</b>
1. Naissance de la pensée : apports psychanalytiques	66
2. Le langage, un instrument de pensée et de communication	83
<b>B. Les entraves aux apprentissages</b>	<b>101</b>
1. Les troubles psychopathologiques « classiques »	101
2. Les troubles des interactions précoces	103
3. Les carences affectives, éducatives et sociales	104
4. Les atteintes organiques	104
5. Troubles d'apprentissage d'origine neurodéveloppementale	104
6. Mise en lien avec la théorie des contenants de pensée	105
<b>III. L'intelligence : un concept surdéterminé</b>	<b>107</b>
<b>A. Approche historique du concept d'intelligence</b>	<b>107</b>
1. Du behaviorisme au constructivisme	107
2. Critiques du constructivisme piagétien	109
3. Perspectives actuelles	110

<b>B. Enjeux de l'évaluation de l'intelligence</b>	<b>112</b>
1. Pourquoi évaluer l'intelligence ?	112
2. Les différents modèles de l'intelligence	114
3. Les troubles de l'intelligence	117
4. Les outils d'évaluation	118
<b>C. Intrications entre le développement affectif et cognitif de l'enfant</b>	<b>119</b>
1. Développement conjoint de l'intelligence et de l'affectivité	120
2. Retentissement des troubles d'apprentissage sur le développement psychique global	121
<b>IV. Autres perspectives : l'école, les parents, données sociologiques</b>	<b>126</b>
<b>A. L'école face aux difficultés d'apprentissage</b>	<b>126</b>
1. Liens entre apprentissage et pédagogie	126
2. Le rôle de l'école face aux difficultés d'apprentissage	131
3. La peur d'apprendre et la médiation culturelle	133
<b>B. Implications des parents</b>	<b>136</b>
1. Racines du militantisme parental	136
2. Besoins des usagers et rôle des associations	137
3. Le débat autour de la notion de handicap cognitif	138
<b>C. Données sociologiques</b>	<b>142</b>
<b><u>Troisième partie</u> : Un projet visant à intégrer la complémentarité des approches : la création d'un centre de référence régional multisite</b>	<b>147</b>
<b>I. Du trouble spécifique au trouble complexe</b>	<b>147</b>
A. Enfant « dys-fonctionnant » ou enfant complexe ?	147
B. Dépasser les clivages entre organogénèse et psychogénèse	149
<b>II. Le projet de création d'un centre de référence régional multisite</b>	<b>152</b>
A. Les centres de référence pour les troubles d'apprentissage	152
B. Critiques des textes ministériels	154
C. Vers la création d'un centre de référence multisite au niveau régional	156
D. Les différents intervenants et leur rôle	157
1. Le dépistage	157
2. Le diagnostic pluridisciplinaire	158
3. Principes de prise en charge	166

<b>III. Cas cliniques</b>	<b>167</b>
<b>A. Fonctionnement du CESTI</b>	<b>167</b>
<b>1. Le bilan psycho-affectif</b>	<b>168</b>
<b>2. Le bilan cognitivo-langagier</b>	<b>169</b>
<b>3. Le projet de soins</b>	<b>169</b>
<b>B. Maël</b>	<b>170</b>
<b>C. Lucie</b>	<b>175</b>
<b>D. Sébastien</b>	<b>180</b>
<b>Conclusion</b>	<b>186</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>188</b>
<b>Annexes</b>	<b>199</b>
<b>Glossaire</b>	<b>212</b>

## INTRODUCTION

Dans une société où le spectre du chômage se fait de plus en plus présent, la performance scolaire prend toute son importance. Or, l'échec scolaire concerne un enfant sur cinq à l'entrée en 6<sup>ème</sup>, d'après un rapport ministériel de 2003<sup>1</sup>. C'est un phénomène complexe et multidéterminé, impliquant différentes dimensions plus ou moins intriquées : environnementales, socio-culturelles, pédagogiques, psychologiques, médicales. Derrière l'échec scolaire apparaît l'hypothèse d'un dysfonctionnement des fonctions mentales ou trouble cognitif : ce qui relevait d'un problème pédagogique semble se compliquer alors d'un problème médical. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique comme le titrait une revue de 1999 : *Les troubles de l'apprentissage de l'enfant. Un problème de santé publique ?*<sup>2</sup>, préoccupant d'ailleurs les politiques, eux-mêmes à l'initiative de la circulaire de 2001<sup>3</sup>, relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit, proposant la création de centres référents pour le diagnostic et la prise en charge de ces enfants.

Devant l'angoisse croissante des parents face aux difficultés scolaires de leurs enfants, le recours aux cours particuliers se développe. En 2003, *Le Monde* y consacre d'ailleurs un article où il évoque *Le marché de l'angoisse parentale*<sup>4</sup>, angoisse reposant sur la crainte du chômage omniprésente. L'échec scolaire et les difficultés d'apprentissage dépassent alors le cadre du problème de santé publique pour devenir un problème sociétal.

Le champ médical est lui aussi interpellé, voire convoqué, dans ses dimensions épistémologiques, et ses contributions diagnostiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques. Dès lors, quelle est la juste place du médecin, face à une sollicitation croissante des dispositifs de soins et de prévention ?

Avec l'intérêt porté à la question des troubles d'apprentissage de l'enfant s'est développé, dans les années 1980, le concept de trouble spécifique des apprentissages (TSA).

---

<sup>1</sup> Gossot B., Dubreuil P. Les élèves en difficultés à l'entrée au collège : rapport de la commission « élèves en difficultés ». Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Paris, 2003.

<sup>2</sup> Vaivre-Douret L., Tursz A. Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant. *Un problème de santé publique ? Actualité et dossier en santé publique*, mars 1999 ; 26 : 25.

<sup>3</sup> Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. Circulaire n°dhos/01/2001/209, 4 mai 2001.

<sup>4</sup> *Le Monde*. Cours particuliers : le marché de l'angoisse parentale. 11 mars 2003.

Les travaux neuropsychologiques ont une place importante dans le développement de cette entité clinique et ont largement inspiré les circulaires ministérielles. Pourtant, ces enfants souffrant de troubles d'apprentissage, s'ils intéressent neuropédiatres et neuropsychologues, concernent aussi les pédopsychiatres. Dès lors, ce spécialiste a besoin de points de repères épidémiologiques, théorico-cliniques, thérapeutiques et de bilans spécialisés pour évaluer la situation, et envisager le trouble cognitif dans une perspective intégrant les sphères intellectuelle et psychoaffective. Une connaissance des travaux neuropédiatriques est également indispensable. Ce sont ces points de repères que nous nous proposons d'explicitier dans ce travail.

A travers une perspective historique des troubles des apprentissages, nous resituerons tout d'abord la construction progressive de cette entité clinique et nous aborderons sous un angle critique le concept de trouble spécifique des apprentissages.

Nous nous intéresserons ensuite à ces enfants complexes, se trouvant à la croisée de cultures bien différentes, qu'elles soient médicales, psychologiques, ou encore pédagogiques. Ainsi aborderons-nous les éventuels facteurs constitutionnels des troubles des apprentissages, à travers les données génétiques, neurologiques et neuropsychologiques sur le sujet. Dans une perspective psychologique et cognitive, nous insisterons sur la naissance de la pensée et sur l'émergence du langage, pour ensuite évoquer les entraves aux apprentissages. De plus, s'intéresser aux troubles d'apprentissage implique une clarification du concept d'intelligence et des enjeux de son évaluation. Nous verrons également que la question des troubles des apprentissages s'enrichit et se complexifie de données pédagogiques, sociologiques, et que les associations de parents sont très actives.

Dans une troisième partie, nous proposerons alors le terme de trouble complexe du langage et des apprentissages, permettant d'appréhender l'enfant dans sa globalité et ses multiples dimensions. Il sera alors question de mettre en dialectique cette complexité, sur un plan organisationnel, avec le projet d'un centre de référence régional multisite, inscrit dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) des Pays de Loire. Enfin, trois cas cliniques, issus d'un service de pédopsychiatrie, illustreront la complexité des enfants souffrant de troubles du langage et des apprentissages, la richesse d'une triple évaluation pédopsychiatrique, psychoaffective et cognitive, ainsi que les orientations thérapeutiques possibles. A la fin de chaque chapitre important, des encadrés de synthèse ponctueront notre travail.

Compte tenu de l'ampleur du sujet, nous avons choisi de n'aborder ni la problématique de l'hyperactivité de l'enfant, ni celle des enfants intellectuellement précoces.

## Première partie

# Analyse du concept de Trouble spécifique des apprentissages.

## I. Historique

### A. De 1800 à 1920 : le courant organiciste en Europe

L'intérêt pour les troubles des apprentissages semble trouver son origine en Europe, au début du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Ainsi, le médecin allemand Gall serait considéré comme le premier, en 1802, à avoir exploré les relations entre les lésions cérébrales et les troubles mentaux<sup>5</sup>.

En France, autour de 1860, Broca illustre la période « localisationniste » et développe l'idée que le langage réside dans l'hémisphère gauche.

Les premiers textes scientifiques concernant les troubles des apprentissages datent de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. En 1896, le médecin anglais W. Pringle Morgan publie un cas de « cécité verbale congénitale » chez un enfant de 14 ans. Il s'agit, pour lui, d'une anomalie essentielle rendant le sujet inapte à lire, concept parallèle à celui de surdité verbale congénitale pour expliquer le trouble du langage oral<sup>6</sup>. En France, Hinshelwood, travaillant sur la cécité verbale congénitale, avance l'idée que les troubles de la lecture concernent en majorité les garçons et qu'il existe, potentiellement, un héritage familial dans ce trouble<sup>5</sup>.

La vision de ces troubles est alors purement organiciste.

---

<sup>5</sup> Hallahan D.P., Mercer C.D. Learning disabilities : Historical perspectives. In : R. Bradley, L. Danielson, and D.P. Hallahan (Eds). Identification in learning disabilities : Research to practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2002, p. 1-67.

<sup>6</sup> Diatkine R. Les troubles de la parole et du langage. In : Lebovici S., Diatkine R., Soulé S. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, PUF, 2004, p. 1599-1634.

<sup>5</sup> Ibid.

## **B. De 1920 à 1960 : l'influence américaine**

A partir des années 1920, des cliniciens et chercheurs américains commencent à porter un intérêt aux travaux européens sur les relations cerveau-comportement, et les enfants ou les adultes avec des difficultés d'apprentissage.

Samuel Orton se concentre particulièrement sur les troubles de la lecture. S'inspirant des travaux de Hinshelwood, il s'en démarque néanmoins en avançant des prévalences du trouble plus élevées, de l'ordre de 10%<sup>7</sup>, et l'idée d'une implication de plusieurs régions cérébrales dans l'activité de lecture. Il travaille également sur les modalités de rééducation du trouble en utilisant les différentes modalités sensorielles (visuelles, auditives, kinesthésiques) nécessaires à la lecture.

On peut également citer Marion Monroe<sup>5</sup> qui se fait connaître en introduisant la notion de discordance (« discrepancy ») entre la réussite effective du patient et la réussite attendue pour identifier les troubles de la lecture. Elle utilise également des tests pour identifier les enfants souffrant de troubles de la lecture.

De son côté, Strauss<sup>8</sup> remarque que les enfants cérébrolésés souffrent de troubles ressemblant aux troubles des apprentissages. Par analogie, ces derniers pourraient être expliqués, en l'absence de signe neurologique patent, par un « Minimal Brain Dysfunction » (dysfonctionnement cérébral mineur) : ce sont des dysfonctionnements neurologiques minimes difficiles à déceler. En l'absence d'imagerie performante, des tests neuropsychologiques sont alors conçus, par extension des batteries de tests pour les adultes, afin d'étayer cette thèse. Les utilisateurs de ces batteries émettent alors des hypothèses sur la localisation d'un dysfonctionnement cérébral associé au trouble des apprentissages étudié, mais le caractère analogique, antiscientifique de ce raisonnement entraîne de nombreuses critiques. D'ailleurs, selon Gérard, les écoles psychiatriques ont abandonné le concept de « Minimal Brain Dysfunction ». <sup>6</sup>

---

<sup>7</sup> Orton S.T. A neurological explanation of the reading disability. The Educational Record, 20 (Supp. N°12), 1939, p. 58-68. Cité par Hallahan (5).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>8</sup> Strauss A.A., Lehtinen L.E. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York, Grune et Stratton, 1947. Cité par GERARD C.L. (6).

<sup>6</sup> Gérard C.L. La contribution de la neuropsychologie. Ibid., p. 115-125.

Après la seconde guerre mondiale, les concepts de dyslexie et dysorthographe se développent, notamment dans les pays anglo-saxons et scandinaves. En France, des travaux sur la dyslexie émergent ; citons ceux de Borel-Maisonny notamment.

On assiste alors, avec Alfred Strauss notamment, à l'émergence du courant instrumental. Celui-ci considère l'ensemble des troubles d'apprentissage comme un tout. La portée de ses idées influence encore le champ de la recherche. Pour lui, ces troubles constituent un modèle médical, ils sont associés ou causés par des dysfonctions neurologiques, l'échec scolaire est lié à des déficits dans les processus psychologiques de l'apprentissage et il existe un décalage entre le quotient intellectuel et le rendement scolaire. A l'époque, une association forte entre l'orientation spatiale et le rendement scolaire, considérée comme une relation causale, influencera les pratiques de rééducation. Se développent alors de nombreux instruments d'évaluation et d'exercices afin de rééduquer les élèves présentant ces difficultés. Strauss et d'autres chercheurs sont à la base du courant instrumental anglo-saxon.

Ce courant, en filiation directe avec le courant organiciste, s'intéresse aux manifestations instrumentales des dysfonctionnements neurologiques. Les troubles instrumentaux sont des troubles perceptivo-moteurs ou de langage liés à un dysfonctionnement des processus neurologiques de base. Le courant instrumental se traduit par l'élaboration de tests afin de mettre en évidence les facteurs responsables des troubles.

En France, ce courant est représenté par Ajuriaguerra<sup>9</sup> et son équipe, qui s'intéressent aux troubles d'apprentissage de la lecture, aux dysphasies, à propos desquelles ils décrivent différents profils, mais aussi aux troubles psychomoteurs. Leurs travaux portent également sur les troubles de l'écriture, et permettent la mise en évidence de la spécificité d'une organisation pathologique de l'enfant par rapport à l'activité d'écriture. Selon l'approche de la psychologie développementale d'Ajuriaguerra, l'enfant crée son propre projet, à partir de son potentiel biologique, et avec l'aide de l'environnement.

---

<sup>9</sup> Ajuriaguerra J. De. Manuel de psychiatrie de l'enfant (1974). 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 1980.

### C. Entre 1960 et 1975 : la période d'émergence du concept

Durant cette période, les troubles des apprentissages deviennent une entité mieux définie. Parallèlement, il apparaît nécessaire de développer une intervention pédagogique rééducative pour ces élèves souffrant de difficultés d'apprentissage.

C'est Kirk<sup>10</sup>, psychologue américain, qui, le premier, utilise le terme « troubles des apprentissages » (learning disabilities) en 1963 et en propose une définition. Pour lui, ils sont caractérisés par « des problèmes de développement du langage oral et de la lecture ainsi que par un déficit des compétences de communication, nécessaires à l'interaction sociale, ces troubles ne pouvant être attribués à un handicap sensoriel ou à un retard mental »<sup>11</sup>. Ce concept large permet de réunir les différents courants de recherche (organiciste, instrumental, pédagogique...) au sein d'une même dénomination. On s'intéresse plus ici aux caractéristiques de ces enfants qu'à l'étiologie du trouble.

De manière contemporaine, se forme aux Etats-Unis l'Association pour les enfants avec des troubles des apprentissages, connue de nos jours comme l'Association américaine des troubles des apprentissages, organisation de parents très influente aux Etats-Unis.

En 1965, Bateman, étudiante de Kirk, modifie la définition en réintroduisant la notion de discordance, développée par Monroe<sup>5</sup>.

Pendant cette période se sont développés des programmes éducatifs pour les enfants ayant des troubles des apprentissages. La majorité de ces programmes repose sur l'idée que ces enfants souffrent de troubles psychologiques ou visuo-perceptifs.

---

<sup>10</sup> Kirk S.A. Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child 1963 ; 1: 1-23. Cité par INSERM (11).

<sup>11</sup> INSERM. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Paris, INSERM, 2007, p. 159.

<sup>5</sup> Ibid.

## D. Evolution des définitions

### 1. 1975-1985 : La période de consolidation

Depuis la définition formulée par Kirk, pionnier du concept de « troubles d'apprentissage », plusieurs définitions ont été proposées. On en retient généralement une dizaine comme étant les plus représentatives, avec un degré d'accord variable entre chercheurs.

En 1975, les Etats-Unis adoptent la loi 94-142 : *Education for all Handicapped Children Act*. Les troubles des apprentissages acquièrent alors un statut officiel, ce qui permet le financement des recherches sur le sujet.

En 1977, l'U.S. Office of Education (USOE) propose la définition suivante :  
« un trouble spécifique de l'apprentissage signifie un trouble dans un ou plusieurs des processus psychologiques de base utilisés dans la compréhension ou l'utilisation du langage, parlé ou écrit, qui peut se manifester lui-même par une capacité imparfaite à écouter, penser, parler, lire, écrire, épeler ou faire des calculs mathématiques. Ce terme inclut les handicaps perceptifs, les lésions cérébrales, des dysfonctions cérébrales minimales, la dyslexie et la dysphasie. Il n'inclut pas les enfants qui ont des problèmes résultant à la base de troubles visuels, auditifs ou moteurs, de retard mental, de troubles émotionnels ou encore de désavantages environnementaux, culturels ou économiques ». <sup>5</sup>

Cette définition, développée par le gouvernement fédéral, a été largement contestée, car elle n'insiste pas sur l'hétérogénéité des troubles des apprentissages, leur persistance, et le fait qu'ils puissent toucher les adultes. De plus, elle ne spécifie pas les dysfonctionnements dans le traitement de l'information et n'évoque pas le fait que les personnes handicapées puissent avoir des troubles d'apprentissage ajoutés à leur handicap.

Citons la définition américaine du National Joint Committee on Learning disabilities (NJCLD), formulée en 1981: « les troubles des apprentissages sont un terme générique qui se réfère à un groupe hétérogène de troubles manifestés par des difficultés significatives dans

---

<sup>5</sup> Ibid.

*l'acquisition et l'utilisation du langage, parlé ou écrit, de la lecture, de l'écriture, du raisonnement ou des capacités en mathématiques. Ces troubles sont intrinsèques à l'individu et on présume qu'ils sont dus à une dysfonction du système nerveux central. Même si un trouble de l'apprentissage peut survenir de manière concomitante à d'autres handicaps ou des influences de l'environnement, ce n'est pas le résultat direct de ces conditions ou influences. »<sup>5</sup>*

On peut noter dans cette définition l'exclusion du terme « processus psychologiques » intégré à la définition de l'USOE. En revanche, le NJCLD insiste sur la dysfonction du système nerveux central comme cause du trouble.

## **2. 1985-2000 : la période des remises en question**

Pendant cette période, le concept a été à la fois consolidé et mis à mal. Hallahan explique que le nombre d'étudiants identifiés comme souffrant d'un trouble des apprentissages a doublé entre 1976 et 1999<sup>5</sup>, ce qui pose la question de diagnostics par excès de ce trouble. Parallèlement les définitions ont été consolidées.

En 1987, le NJCLD révisé en effet sa définition : *« les troubles des apprentissages sont un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé [...] Ces troubles peuvent se manifester par des retards dans le développement, des difficultés au niveau de la concentration, de la mémoire, du raisonnement, des difficultés au niveau de la coordination, de la communication, de la lecture, de l'écriture, de l'épellation, du calcul et par des difficultés touchant la sociabilité et la maturité affective. »<sup>2</sup>*

En 1989, Rutter<sup>12</sup> définit ces troubles comme suit : *« les troubles développementaux des apprentissages sont un ensemble de difficultés des apprentissages qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap physique, ni à des conditions adverses de l'environnement. Ces difficultés sont inattendues compte tenu des autres aspects du*

---

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Ibid, p. 25.

<sup>12</sup> Rutter M. Child psychiatric disorders in ICD-10. J Child Psychol Psychiatry 1989 ; 30 : 499-513.

*développement, elles apparaissent très tôt dans la vie et interfèrent avec le développement normal. Elles persistent souvent jusqu'à l'âge adulte ».*

L'auteur pose alors les jalons des définitions proposées par la suite, en introduisant, en effet, les critères suivants :

→ *critère de « discordance »* (discrepancy) caractérisé par le décalage entre les difficultés aux épreuves liées au trouble en question et les bons résultats à d'autres épreuves cognitives (notamment à l'évaluation du quotient intellectuel (QI)).

→ *critère d'exclusion* : la définition exclut en effet un retard global, un handicap sensoriel, un environnement défavorable (pédagogie inadaptée, niveau socioculturel insuffisant, diversité linguistique) et des troubles mentaux avérés.

→ le trouble est dû à *des troubles intrinsèques* de l'enfant, impliquant l'origine neurobiologique des troubles.

A partir des années 1990, les recherches portent plus précisément sur les causes biologiques des troubles des apprentissages, à partir d'études postmortem de cerveaux de sujets dyslexiques et non dyslexiques, et la neuroimagerie. On s'intéresse également à l'hérédité de ces troubles. Des travaux se développent sur la conscience phonémique ou discrimination des phonèmes.

A la fin du XXème siècle, la littérature spécialisée sur le sujet conteste le critère de discordance et s'étonne de la surreprésentation de certaines ethnies dans les troubles des apprentissages<sup>5</sup>.

Les définitions des troubles des apprentissages se sont donc enrichies des influences de courants de pensées différents. D'autre part, il s'avère que les troubles des apprentissages sont devenus un problème de santé publique, notamment aux USA.

---

<sup>5</sup> Ibid.

## E. L'émergence de la neuropsychologie infantile

Il nous semble utile d'inclure dans cet historique quelques éléments concernant la neuropsychologie, discipline s'intéressant particulièrement aux troubles du développement.

A partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, la neuropsychologie s'individualise comme une branche de la neurologie adulte. Broca<sup>13</sup> illustre la période « localisationniste », en cherchant à situer les grandes fonctions dans le cerveau de l'adulte. Le cerveau n'apparaît alors plus comme une masse homogène, constituée d'un tissu unique fait de neurones identiques, mais certaines zones du cerveau abritent des fonctions : le langage réside dans l'hémisphère gauche, la vision est traitée dans les lobes occipitaux. L'idée est alors de dresser une cartographie des principales fonctions cérébrales. La neuropsychologie repose alors sur le paradigme de la *modularité* du fonctionnement cérébral (une lésion focalisée entraîne des troubles spécifiques, en fonction de la localisation cérébrale de la lésion), et le repérage des grandes régions et domaines cognitifs correspondants.

A partir des années 1960, on considère le cerveau comme un organe de traitement des informations ; la psychologie et la neuropsychologie deviennent cognitives. Les recherches sont alors centrées sur les processus utilisés dans chaque fonction mentale.

Mazeau<sup>14</sup> définit donc la neuropsychologie comme « l'étude, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des conséquences des lésions, dysfonctionnements ou atypies du fonctionnement cérébral et des symptômes qui en résultent. Par ce biais, la neuropsychologie participe aussi à la compréhension du fonctionnement cérébral, cherchant à comprendre et à décrire – en termes de processus – les relations entre les différentes fonctions mentales et le substratum cérébral. »

Jusqu'en 1970-1980, la neuropsychologie est alors limitée aux conséquences des lésions cérébrales acquises chez les adultes.

Le terme *cognitif* est dérivé du verbe latin *cognoscere*, signifiant *prendre connaissance, apprendre*. Il est utilisé dès les années 1960, mais prend un développement important dans les

---

<sup>13</sup> Broca P. Ecrits sur l'aphasie (1861-1869). L'Harmattan, 2004.

<sup>14</sup> Mazeau M. Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Masson, 2006, p. XIV-XXVII.

années 1980-1990. Selon Mazeau<sup>15</sup>, les « fonctions cognitives sont celles qui nous permettent de *prendre connaissance* (de nous-mêmes, de l'autre, de notre environnement) » : ce sont les fonctions attentionnelles, les fonctions mnésiques impliquées dans les différents types de mémoires, le langage oral et le langage écrit, le fonctionnement visuo-spatial et les praxies, enfin la capacité de raisonner et de résoudre des problèmes. L'auteur explique que ce terme a été employé de manière extensive, par les psychiatres, par les neurologues, mais aussi par les pouvoirs publics et les services administratifs. Les psychiatres renomment ainsi les fonctions mentales dans leur ensemble. Pour les neurologues, il s'agit d'une conception nouvelle des facultés cérébrales, la révolution cognitiviste ayant permis de considérer « le cerveau comme un organe de traitement de l'information et les fonctions cognitives comme les systèmes, les structures et les processus par lesquels nous acquerrons, gérons et traitons l'information. »<sup>15</sup> Pour différencier ces deux usages, certains neurologues ont préféré parler de troubles neuro-cognitifs voire de troubles neuro-développementaux. Les pouvoirs publics s'emparent alors de ce terme, ils peuvent ainsi, d'une part, désigner la déficience mentale avec une moindre connotation négative et favoriser l'intégration scolaire de ces enfants, et d'autre part, cela leur permet d'intégrer des enfants avec des pathologies inconnues sans création de nouvelles structures.

Le terme « trouble spécifique des apprentissages » apparaît en France, dans les années 1980-1990, dans les milieux de la petite enfance. Ces enfants, souffrant de TSA, étaient auparavant confondus avec la population des déficients mentaux. La naissance de ce concept est favorisée par l'émergence de la neuropsychologie infantile<sup>15</sup>, à partir des années 1970-1975. Cette branche médicale et clinique des neurosciences est issue de l'évolution des neurosciences cognitives, de la mise en évidence de compétences précoces chez les nouveaux-nés, et des progrès de l'imagerie cérébrale, fonctionnelle en particulier. Ces apports ont entraîné une nouvelle conception du développement intellectuel de l'enfant, étroite alchimie entre l'inné et l'acquis. L'idée est qu'il existe une spécialisation cérébrale chez les bébés, sous-tendant des fonctions mentales particulières, reposant sur des réseaux neuronaux immatures. L'évolution de ces réseaux dépend de la double influence de la maturation et de facteurs génétiques d'une part, et des interactions avec l'environnement, tant matériel que

---

<sup>15</sup> Mazeau M. Troubles cognitifs, déficience mentale, troubles spécifiques des apprentissages : un mot peut en cacher un autre. *Contraste* (publication de L'ANECAMSP) avril 2005 ; 22.

<sup>15</sup> Ibid., p. 1.

<sup>15</sup> Ibid.

psychoaffectif d'autre part. Mazeau<sup>14</sup> compare le cerveau de l'enfant à un canevas, porteur d'un dessin virtuel (facteurs innés) qui, pour devenir effectif, nécessitera d'être « brodé », actualisé, jour après jour (facteurs acquis).

Pour la neuropsychologie infantile, le cerveau a un fonctionnement modulaire, c'est-à-dire qu'à des fonctions cognitives différentes correspondent des réseaux neuronaux différents. En conséquence, dans certains cas, c'est parfois spécifiquement un module qui dysfonctionne, les autres étant intacts : on parle alors de *trouble spécifique* se traduisant par un trouble spécifique des apprentissages. La symptomatologie résultant de ces atteintes électives correspondra aux divers « dys » : dysphasie, dyslexie, dyscalculie, dyspraxie... Pour Mazeau<sup>15</sup>, il s'agit d'opposer les enfants atteints d'un trouble cognitif spécifique à ceux porteurs d'un déficit mental, afin d'adopter des stratégies thérapeutiques différentes.

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

C'est dans l'Europe du XIXème siècle que naît l'intérêt pour les troubles des apprentissages, marqué initialement par le courant organiciste. Après la seconde guerre mondiale apparaît le concept de « dysfonctionnement cérébral mineur » ou « minimal brain dysfunction » ; le courant instrumental se développe alors, soutenu en France par Ajuriaguerra, et aux Etats-Unis par Alfred Strauss.

A partir des années 1960, le concept de trouble des apprentissages devient une entité mieux définie. Le terme « troubles des apprentissages » est utilisé pour la première fois en 1963 par le psychologue américain Kirk. Remaniée à plusieurs reprises, sa définition repose actuellement sur un critère de discordance, un critère d'exclusion, et un critère de « trouble intrinsèque ». Depuis les années 1980, cette entité a été consolidée, tout en étant contestée par certains auteurs.

La neuropsychologie infantile est une discipline récente qui s'est particulièrement intéressée à la question des troubles spécifiques des apprentissages (TSA). Par opposition aux troubles cognitifs globaux (déficit intellectuel, retard mental global), le trouble cognitif spécifique correspond à une pathologie élective de tel ou tel domaine de la cognition et respectant les autres. Les TSA se définissent alors comme les symptômes résultant de ces troubles et se manifestant essentiellement à l'école.

## II. Les troubles des apprentissages dans les classifications actuelles

### A. La CIM-10

La Classification Internationale des Maladies<sup>16</sup> de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) contient un chapitre « *troubles du développement psychologique* » à l'intérieur duquel sont définies plusieurs sous-catégories :

- « *les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage* » (F80),
- « *les troubles spécifiques des acquisitions scolaires* » (F81),
- « *les troubles spécifiques du développement moteur* » (F82), incluant la dyspraxie de développement,
- et « *les troubles spécifiques mixtes du développement* » (F83), lorsqu'il existe des perturbations répondant aux critères d'au moins deux des catégories F80, F81 ou F82.

L'item F80 regroupe le « *trouble de l'acquisition du langage (de type expressif)* », incluant la dysphasie de développement, de type expressif et « *le trouble de l'acquisition du langage (de type réceptif)* » incluant la dysphasie de développement, de type réceptif. Il inclut également le « *trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation* », qui est un « trouble spécifique du développement dans lequel l'utilisation des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental mais avec un niveau linguistique normal ».<sup>16</sup> D'autres troubles sont mentionnés dans cette catégorie : « *aphasie acquise avec épilepsie* », « *autres troubles du développement de la parole et du langage* ».

L'item F81 comprend le « *trouble spécifique de la lecture* », le « *trouble spécifique de l'orthographe* », le « *trouble spécifique de l'arithmétique* », le « *trouble mixte des acquisitions scolaires* » et enfin les « *autres troubles des acquisitions scolaires* » incluant le trouble de l'acquisition de l'expression écrite.

---

<sup>16</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, dixième révision, (CIM-10). Masson, 1992.

<sup>16</sup> Ibid.

Le rapport INSERM de 2007<sup>11</sup>, dégage les critères diagnostiques communs aux troubles spécifiques des acquisitions scolaires :

- « la note obtenue aux épreuves, administrées individuellement, se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et du quotient intellectuel (QI)
- Le trouble interfère de façon significative avec les performances scolaires ou les activités de la vie courante
- Le trouble ne résulte pas directement d'un déficit sensoriel
- La scolarisation s'effectue dans les normes habituelles
- Le QI est supérieur ou égal à 70 », critères répondant à la définition de Rutter (1989).

Ces critères sont applicables également aux « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage ».

## **B. Le DSM-IV**

Les auteurs du DSM-IV<sup>17</sup> définissent, dans la partie « troubles diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance, ou l'adolescence » :

→ les « *troubles des apprentissages (auparavant troubles des acquisitions scolaires)* » regroupant :

- les « *trouble de la lecture* », « *trouble du calcul* », « *trouble de l'expression écrite* », « *trouble des apprentissages non spécifié* » ;

Les caractéristiques communes des troubles spécifiques des apprentissages sont les suivantes<sup>11</sup> :

- « Performances à des tests standardisés (en lecture, calcul ou expression écrite), passés de façon individuelle, nettement au-dessous du niveau attendu par rapport à l'âge, aux

---

<sup>11</sup> Ibid., p.160.

<sup>17</sup> American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision, DSM-IV-TR*. Washington DC, 2000, p. 49-66.

<sup>11</sup> Ibid., p. 161.

autres performances scolaires et à l'intelligence de l'enfant. « Nettement au-dessous » se définit par une discordance de plus de 2 écarts-types entre les performances à ces tests et le QI (dans certains cas une différence moins importante est suffisante, 1 ou 1,5 écarts-types)

- Ces problèmes d'apprentissage doivent interférer de manière significative avec la réussite scolaire ou avec les activités de la vie courante liées à la lecture, le calcul ou l'écriture
- Si un déficit sensoriel est présent, les difficultés d'apprentissage doivent être supérieures à celles habituellement associées à ce déficit ».

Les auteurs définissent deux autres catégories :

→ les « *troubles des habiletés motrices* » contenant le « *trouble de l'acquisition de la coordination* » ;

→ les « *troubles de la communication* », avec le « *trouble du langage de type expressif* », et « *le trouble du langage de type mixte réceptif-expressif* ». Il faut noter que les auteurs regroupent dans ces deux sous-catégories des troubles acquis ou dits développementaux. Les troubles acquis, survenant après une période de développement normal, sont la conséquence d'une maladie neurologique ou d'une affection médicale.

Le « *trouble phonologique* » est également décrit (auparavant Trouble de l'acquisition de l'articulation), cette catégorie regroupant des troubles associés à des pathologies de la sphère ORL ou neurologiques, ou encore des retards mentaux, mais également des troubles phonologiques d'origine inconnue ou incertaine, dits fonctionnels ou développementaux. Enfin, le « *bégaiement* » est décrit dans cette catégorie.

Compte tenu de l'étendue de notre sujet, nous avons fait le choix de ne pas aborder les troubles acquis et le bégaiement.

### C. La CFTMEA R-2000

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)<sup>18</sup> individualise la catégorie nosographique intitulée « *troubles du développement et des fonctions instrumentales* » regroupant :

- « *les troubles de la parole et du langage* »,
- « *les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires* »
- et « *les troubles psychomoteurs* ».

Les « *troubles de la parole et du langage* » sont définis comme des « troubles dans lesquels l'acquisition du langage est perturbée ou retardée dès les premiers stades du développement, en l'absence d'anomalies neurologiques, d'anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, d'atteinte sensorielle, de retard mental global. Les troubles du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement. » Cette première sous-catégorie comprend notamment « *les troubles isolés de l'articulation* » (zozotement, zézaïement...), et « *les troubles du développement du langage* » incluant le retard de parole, le retard (simple) de langage et la dysphasie.

Les « *troubles cognitifs et des acquisitions scolaires* » sont des « troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise. » Cette deuxième sous-catégorie inclut « *les troubles lexicographiques* » (*dyslexie isolée, trouble de l'orthographe sans trouble de la lecture, autres troubles lexicographiques*), « *les troubles spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)* », « *les troubles du raisonnement (dysharmonies cognitives)* », « *les troubles de l'attention sans hyperkinésie* », « *les autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires* » et « *les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés* ».

---

<sup>18</sup> Mises R., Quemada N. Nouvelle classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA R-2000. Paris, CTNERHI, PUF, 2002.

Les « *troubles psychomoteurs* » incluent le « *retard psychomoteur (troubles spécifiques du développement moteur)* » et les « *autres troubles psychomoteurs* », avec notamment les troubles dyspraxiques, « c'est-à-dire de l'organisation gestuelle en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation du schéma corporel et de la représentation spatiale »<sup>18</sup>.

Les auteurs insistent sur la perspective descriptive, sans référence étio-pathogénique adoptée pour la classification.

Nous excluons le trouble hyperactivité du champ de ce travail, considérant que cette entité clinique soulève, à elle seule, des questions complexes pouvant faire l'objet d'un travail spécifique.

### **III. Epidémiologie**

#### **A. Prévalence**

Pour les auteurs du DSM-IV<sup>17</sup>, la prévalence des troubles des apprentissages est comprise entre 2 et 10%, selon les modalités d'évaluation et les définitions choisies. Les auteurs précisent que beaucoup d'études s'intéressent à la prévalence des troubles des apprentissages sans différencier les différentes sous-catégories. Néanmoins, selon le DSM-IV, la prévalence du trouble de la lecture est estimée à 4% des enfants d'âge scolaire ; celle du trouble du calcul à 1% des enfants d'âge scolaire ; le trouble de l'expression écrite serait rare, lorsqu'il n'est pas associé à d'autres troubles des apprentissages. Quant à la prévalence du trouble de l'acquisition de la coordination, elle pourrait atteindre 6% des enfants âgés de 5 à 11 ans. En ce qui concerne le trouble développemental du langage de type expressif, le DSM-IV avance le chiffre de 3 à 5% des enfants, la forme mixte réceptif-expressif pouvant atteindre 3% des enfants d'âge scolaire, mais cette classification associe troubles acquis et troubles développementaux. En France, on distingue dans les troubles spécifiques du langage oral, les retards de langage, où le langage se développe avec délai mais en suivant les étapes habituelles et se normalisant avant ou autour de 6 ans, et les dysphasies de développement,

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Ibid., p.55.

trouble du développement du langage oral, sévère, spécifique, structurel, durable perdurant au-delà de 6 ans, pour lesquelles Billard avance une prévalence rare de 0,5 à 1% des enfants<sup>19</sup>.

Dans le rapport Ringard<sup>20</sup>, rédigé en 2000, au sujet de la prise en charge des dyslexies et dysphasies en France, on peut lire que « environ 1% des enfants présente des difficultés sévères du langage oral et environ 4 à 5% présentent des grandes difficultés du langage écrit (notamment en lecture) dont moins de 1% sont des ‘non-lecteurs’ ».

Le guide édité par l’Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé (INPES)<sup>21</sup> en juin 2004, traitant plus spécifiquement des troubles du langage, fait état d’une prévalence de trouble spécifique du développement du langage de 4 à 6% des enfants d’une classe d’âge, parmi lesquels 1% est atteint de troubles sévères (dysphasies de développement). Selon l’auteur, cela correspondrait concrètement à au moins un enfant par classe atteint de troubles plus ou moins sévères.

De son côté le rapport INSERM<sup>11</sup> avance des chiffres concernant seulement la dyslexie, en précisant que, dans les études épidémiologiques, les critères et les seuils peuvent varier d’un auteur à l’autre d’où la variabilité des chiffres. Les auteurs expliquent que, compte tenu de l’arbitraire de choix des seuils, il est impossible de donner des taux « objectifs » de prévalence d’un trouble spécifique de la lecture bien dissocié des difficultés scolaires d’origine diverse. Ils estiment néanmoins, d’après les études méthodologiquement les plus rigoureuses, que 3 à 5% des enfants souffriraient de dyslexie, ce qui correspond à un enfant par classe.

Concernant la dyscalculie, l’étude de Gross-Tsur et al.<sup>22</sup> de 1996, a considéré comme dyscalculique tout enfant dont le score en mathématiques présentait un retard de deux ans, sans déficit intellectuel, trouble psychopathologique ou carence pédagogique associés. La prévalence retrouvée était de 6,5%.

---

<sup>19</sup> Billard C. Un centre de référence sur les troubles de l’apprentissage du langage chez l’enfant (dysphasies et dyslexies de développement). *Psychologie et éducation* 2001 ; 47 : 43-58.

<sup>20</sup> Ringard J.C. A propos de l’enfant dysphasique, l’enfant dyslexique. Février 2000.

<sup>21</sup> Delahaie M. L’évolution du langage chez l’enfant. De la difficulté au trouble. INPES, juin 2004, p.9.

<sup>11</sup> Ibid., p. 175-190.

<sup>22</sup> Gross-Tsur V., Manor O. Shalev R.S. Developmental dyscalculia : prevalence and demographic features. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1996; 38 : 25-33.

La prévalence des TSA paraît donc difficile à mesurer, du fait des difficultés de définition et des désaccords entre les auteurs.

## **B. Sex-ratio**

En ce qui concerne la dyslexie, Catheline<sup>23</sup>, reprenant la CIM-10 et le DSM-IV, retient un sex ratio de 3 à 4 garçons pour une fille.

Les difficultés spécifiques en mathématiques concerneraient également les deux sexes selon une étude de Gross-Tsur et al.<sup>22</sup> de 1996.

Les troubles de l'acquisition de la coordination touchent plutôt les garçons avec un sex ratio variant de 2/1 à 7/1 selon les études<sup>24</sup>.

La dysphasie, quant à elle, atteint les garçons dans 2/3 des cas<sup>24</sup>.

## **IV. Limites du concept de trouble spécifique des apprentissages**

### **A. Etude critique des définitions et classifications**

Au terme des descriptions des deux classifications internationales de référence et de la nouvelle classification française pédopsychiatrique, nous pouvons formuler différents constats et analyser chacun des trois critères fondamentaux de la définition des TSA, auxquels nous ajoutons le postulat d'hétérogénéité.

#### **1. Quelques réflexions sur les classifications**

Si le DSM-IV et la CIM-10 ont des parties communes, ils ne se superposent pas pour autant. Par exemple, dans la CIM-10, on trouve la catégorie « trouble spécifique de

---

<sup>23</sup> Catheline N. Psychopathologie de la scolarité. 2<sup>ème</sup> édition, Masson, 2007, p. 57-117.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Albaret J.M. Les troubles de l'acquisition de la coordination. In : Billard C., Touzin M. Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances (Livret 5 : Fonctions non verbales). Paris, Signes Editions, 2004, p. 45-48.

<sup>24</sup> Billard C. Les dysphasies de développement. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 65-76.

l'orthographe » qui n'apparaît pas dans le DSM-IV, où il est question de « trouble de l'expression écrite », ne recouvrant pas le même champ.

Concernant les troubles du langage oral, le DSM-IV n'inscrit pas les formes acquises et les formes développementales dans des catégories différentes. Les auteurs ne mentionnent pas non plus la notion de troubles spécifiques et secondaires, mais la notion de spécificité des troubles est mise en évidence par le critère suivant présent dans les sous-catégories décrites : « S'il existe un retard mental, un déficit moteur intéressant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions »<sup>24</sup>. La CIM-10, elle, identifie clairement les troubles spécifiques du développement du langage, dans des catégories spécifiques (*trouble de l'acquisition du langage*), en excluant les troubles acquis. Ces deux classifications sont proches de la littérature internationale, pour qui les *Troubles spécifiques du langage oral (Specific Language Impairment)* sont des troubles du développement du langage oral non secondaires à une autre pathologie. Le DSM-IV et la CIM-10 ne tiennent pas compte du degré de gravité, ni du caractère déviant ou non déviant du langage. Selon Billard, de nombreux auteurs dénoncent les insuffisances de ces classifications en raison de la différence importante sur le plan de la prise en charge et du pronostic. En France, on divise les troubles spécifiques du développement du langage en deux grandes pathologies : le retard simple de langage, où le développement du langage est retardé mais normal et les dysphasies de développement, plus rares, où les troubles sont structurels.<sup>24</sup>

Le DSM-IV, classification postérieure à la CIM-10, n'utilise par le terme « spécifique » mais la définition des troubles contient les trois critères des TSA précédemment définis. Ceci n'est probablement pas sans lien avec les débats actuels sur la notion de « spécificité ».

La CFTMEA se démarque des classifications internationales de différentes manières. Elle inclut les troubles du raisonnement (dysharmonies cognitives) dans la catégorie troubles cognitifs et des acquisitions scolaires, qu'elle définit comme « des perturbations plus ou moins localisées de la pensée et du raisonnement, compatibles avec une efficacité intellectuelle satisfaisante, voire élevée, telle qu'elle peut être appréciée par les tests de niveau

---

<sup>24</sup> Billard C. La classification des troubles du langage oral. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 48-56.

<sup>24</sup> Billard C. La classification des troubles du langage oral. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 48-56.

intellectuel, mais entraînant des difficultés ou un échec dans certains apprentissages, certaines activités scolaires ou non... »<sup>18</sup>. Ce concept fait écho à la description faite par Gibello du tableau clinique de dysharmonie cognitive pathologique<sup>25</sup>, se définissant par l'existence de multiples décalages au sein même de l'organisation de la pensée logique. Il n'y a pas de correspondance avec la CIM-10 ou le DSM-IV, en effet, on parle ici de raisonnement, de pensée et non pas d'une fonction cognitive spécifique comme la lecture ou le calcul.

En ce qui concerne « les troubles de la parole et du langage », la CFTMEA fait apparaître dans des catégories individualisées le retard de parole, le retard de langage et les troubles de l'articulation, ce qui n'est pas le cas dans les autres classifications qui regroupent troubles articulatoires et retard de parole sous une même catégorie.

Une autre originalité de la CFTMEA consiste à faire apparaître les troubles de l'attention sans hyperkinésie dans la catégorie « troubles cognitifs et des acquisitions scolaires ». L'hyperkinésie avec troubles de l'attention, apparaît, elle, dans le chapitre : « troubles des conduites et des comportements ».

## **2. Le critère de discordance**

Le critère de discordance, c'est-à-dire le décalage entre la note obtenue aux épreuves liées au trouble et le niveau intellectuel de l'enfant est critiqué. L'utilisation de l'épreuve de quotient intellectuel pour mettre en évidence un écart est contestée par certains auteurs. En effet, cela repose sur le postulat contestable que le QI est un bon prédicteur de l'habileté à apprendre.

Ce concept de discordance suppose des différences dans les caractéristiques cognitives des troubles entre individus discordants et individus chez lesquels le QI et les difficultés d'apprentissage ne divergent pas. Ce critère est actuellement controversé par un certain nombre d'auteurs, comme Rispens, qui estime que cet élément clé de discordance reste

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Gibello B. L'enfant à l'intelligence troublée. Collection Paidos, Le Centurion, Paris, 1989, p. 80-92.

fragile et permet artificiellement d'unifier le concept de « trouble spécifique du développement »<sup>26</sup>.

De son côté, Shaywitz<sup>27</sup> a montré, dans une étude longitudinale, la fragilité du concept de discordance, qui ne distingue pas validement les lecteurs avec ou sans trouble. Il propose de considérer les troubles de la lecture comme une partie d'un continuum incluant aussi la lecture « normale ».

Le rapport INSERM<sup>11</sup> évoque le problème constitué par le seuil, défini arbitrairement, à partir duquel on définit le trouble ; selon que l'on choisit un écart-type au-dessous de la moyenne ou deux écarts-types (cas de la CIM-10), on trouve respectivement, dans une distribution normale, 16% d'individus sous le seuil ou 2,5 %. A ce sujet, les critères des deux classifications internationales divergent. Dans la CIM-10, la note obtenue aux épreuves se situe à *au moins deux écarts-types* en-dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et du QI. Pour le DSM-IV, les performances à des tests standardisés doivent être *nettement en-dessous* du niveau attendu par rapport à l'âge, aux autres performances scolaires et à l'intelligence de l'enfant. « Nettement en-dessous » se définit par une discordance de plus de 2 écarts-types entre les performances à ces tests et le QI (dans certains cas, une différence moins importante est suffisante, 1 ou 1,5 écarts-types). Ces différences mettent bien en évidence l'arbitraire de ces choix de seuil.

Il apparaît que la discordance, concept central des classifications internationales, est très contestée. Elle ne permet pas de dégager spécifiquement une catégorie d'enfants.

### **3. Le critère d'exclusion**

Dans la majorité des définitions des troubles des apprentissages, il y a des items d'exclusion établissant ce qu'ils ne sont pas. Ces conditions concernent l'absence de retard mental, d'un handicap sensoriel, d'un environnement défavorable et de troubles mentaux avérés.

---

<sup>26</sup> Rispens J., Van Yperen T.A. How specific are « specific developmental disorders » ? The relevance of the concept of specific developmental disorders for the classification of childhood developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 : 351-363.

<sup>27</sup> Shaywitz S.E., Escobar M.D. et al. Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine* 1992 ; 326 : 145-150.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 167.

La question se pose de la validité d'une définition fondée sur l'absence de certaines caractéristiques.

Pour Brunet<sup>28</sup>, on ne réussit pas concrètement à identifier des différences notables en comparant la compétence en lecture d'élèves identifiés comme dyslexiques à celle de mauvais lecteurs, non identifiés comme dyslexiques, parce qu'ils présentent une lenteur intellectuelle. De même, on constate peu de différences entre les élèves présentant des difficultés d'apprentissage et les élèves culturellement défavorisés. Ces critères d'exclusion sont donc contestés. Le critère de milieu socio-culturel défavorable est particulièrement controversé. Si un enfant issu d'un milieu défavorisé a des difficultés d'apprentissage, elles seront d'emblée associées à son milieu. S'il est issu d'un milieu favorisé, l'enfant aura plus probablement un diagnostic de « trouble spécifique des apprentissages ». De plus, cela revient à considérer ces facteurs socio-environnementaux comme sans influence sur le développement cognitif de ces enfants, ce qui semble erroné. Enfin, il semble difficile de définir objectivement ce qu'est un « environnement défavorable » ou encore une « pédagogie inadaptée ».

Le risque de ces critères d'exclusion est que cette catégorie « trouble des apprentissages » regroupe des enfants ayant en commun des difficultés de cause inconnue : si on ne sait pas ce qu'ils sont, au moins sait-on ce qu'ils ne sont pas.

#### **4. Le critère de « trouble intrinsèque »**

La CIM-10 évoque directement que « les troubles spécifiques des acquisitions scolaires pourraient être dus à une altération du traitement cognitif des informations, attribuable, en grande partie, à un dysfonctionnement biologique...l'étiologie des troubles spécifiques des acquisitions scolaires n'est pas encore connue mais on présume la primauté de facteurs biologiques, interférant avec des facteurs non biologiques...»<sup>16</sup>

---

<sup>28</sup> Brunet J.P. Pour une définition des difficultés d'apprentissage : du caractère déclaratif à la modalité opérationnelle. UQAM, Montréal, 2001.

Consultable sur [http://www.adaptationscolaire.org/themes/fs\\_themes.htm](http://www.adaptationscolaire.org/themes/fs_themes.htm).

<sup>16</sup> Ibid., p. 215-216.

Le DSM-IV précise, pour expliquer le trouble, l'existence possible d'anomalies sous-jacentes des processus cognitifs (par exemple, des déficits de la perception visuelle, des processus linguistiques, de l'attention ou de la mémoire). Il ne s'avance pas sur des facteurs causaux, à la différence de la CIM-10.

Pour certains auteurs, comme Adelman<sup>29</sup>, il est impossible de déterminer avec certitude quel facteur primaire est à l'origine du TSA. Le diagnostic ne suffirait pas à expliquer une dysfonction sous-jacente.

Misès<sup>30</sup> prône l'étude des troubles des fonctions instrumentales dans une perspective globale, sans rentrer dans des clivages entre organogénèse et psychogénèse. Les avancées scientifiques contemporaines vont d'ailleurs dans ce sens. En effet, Kandel<sup>31</sup> soutient que les composantes neurobiologiques et relationnelles interagissent étroitement, ce qui permet d'avoir un cadre de lecture encore plus complexe des troubles des apprentissages, et de la psychiatrie en général. Nous y reviendrons dans la troisième partie de ce travail.

## **5. Le postulat d'hétérogénéité**

La définition même des TSA regroupe des entités cliniques différentes. Or, ils ne sont pas un seul trouble mais un groupe de troubles, et il n'existe pas de preuves que leurs causes soient les mêmes.

Ce caractère général du concept est contesté par des auteurs, comme Stanovich<sup>32</sup>, qui propose l'abandon du terme générique de « troubles des apprentissages », au profit d'efforts sur la définition et la recherche sur les types spécifiques de troubles.

Lyon<sup>33</sup> rappelle que les troubles des apprentissages incluent sept catégories de difficultés : capacités réceptive et expressive du langage, capacités de lecture, compréhension

---

<sup>29</sup> Adelman H.S. Learning disabilities : The next 25 years. *Journal of Learning Disabilities* 1992; 1: 17-22.

<sup>30</sup> Misès R. Troubles instrumentaux et psychopathologie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2004 ; 52 : 353-355.

<sup>31</sup> Kandel E. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie : la biologie et le futur de la psychanalyse. *L'Evolution psychiatrique* 2002 ; 78(1) : 12-82.

<sup>32</sup> Stanovich K.E. The construct validity of discrepancy definitions of reading disability. In : *Better understanding learning disabilities : New views on research and their implications for education and public policies*. G.R. Lyon, D.B. Gray, J.F. Kavanagh, and N.A. Krasnegor, eds Baltimore : Paul H. Brookes, 1993, p. 273-307. Cité par Lyon (33).

écrite, expression écrite, calcul et raisonnement mathématiques. Selon lui, étant donné la complexité et l'hétérogénéité de chacun de ces troubles, attendre une définition claire qui les regroupe sous une même entité semble irréaliste. Il explique que la première étape pour donner des estimations de prévalence pour les troubles des apprentissages devrait être d'établir des critères diagnostiques pour chacun des sept troubles spécifiques. Des progrès auraient été faits en ce sens dans le domaine de la dyslexie.

Chacun des critères fondateurs de la définition des troubles des apprentissages peut donc être contesté. Allant dans le même sens, les auteurs du rapport INSERM<sup>11</sup> notent que, malgré des progrès récents, les définitions des troubles des apprentissages montrent certaines limites, de même que les critères diagnostiques des classifications. Celles-ci sont donc peu utilisées en pratique par les chercheurs et les cliniciens, qui utilisent leurs propres classifications.

## **B. Interrogations actuelles autour de la validité du concept**

### **1. La question de la prévalence**

Entre 1977 et 1993, la prévalence des troubles des apprentissages a augmenté de manière importante : de moins de 2%, on est passé à 5% environ<sup>33</sup>. Ces chiffres sont actuellement sujets à discussion, devant le manque d'un consensus sur la définition et sur l'existence de critères diagnostiques objectifs<sup>34</sup>. Pour certains, ce chiffre est excessif et repose sur des erreurs diagnostiques. Cela interroge la validité et la fiabilité du diagnostic selon Lyon. Il analyse les raisons d'une telle augmentation de prévalence et attribue une partie de l'augmentation à une meilleure recherche, reposant sur des échantillons plus larges et des études épidémiologiques longitudinales. Ces études ont surtout porté sur le trouble du langage écrit. Lyon explique également que les chiffres sont dus directement à la définition utilisée. Il prend l'exemple du trouble du langage écrit et d'une définition plus large utilisée dans une

---

<sup>33</sup> Lyon G.R. Learning disabilities. *The Future of Children*, Special education for students with disabilities Spring 1996 ; 6(1) : 54-76.

<sup>11</sup> Ibid., p. 166-167.

<sup>33</sup> Ibid., p. 58.

<sup>34</sup> Lyon G.R. Toward a definition of dyslexia. *Annals of dyslexia* 1995 ; 45 : 3-27. Cité par Lyon (33).

étude récente<sup>34</sup>. La prévalence de ce trouble est alors passée de moins de 5% en 1976 à environ 17% en 1994.

Lyon et ses collègues reprochent à la définition des TSA sa faiblesse et regrettent notamment le critère de discordance fondé sur le QI ainsi que les critères d'exclusion qui, selon eux, minimisent le développement de critères d'inclusion clairs<sup>35</sup>. Selon eux, une définition fondée sur des critères d'exclusion ne fournit pas suffisamment de clarté conceptuelle, parce que cela suggère que les troubles des apprentissages constituent la « condition inconnue » restante après l'exclusion de toutes les autres conditions connues. Lyon avance que les prévalences des TSA ont été artificiellement augmentées par les critères d'exclusion et de discordance de leur définition, parallèlement à un manque d'interventions, notamment au niveau pédagogique, pour prendre en charge ces enfants.

## **2. La question de la comorbidité**

Le DSM-IV<sup>17</sup> avance que 10 à 25% des individus ayant « un Trouble des conduites, un Trouble oppositionnel avec provocation, un Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, un Trouble dépressif majeur, ou un Trouble dysthymique ont également un Trouble des apprentissages ».

Dans une revue de la littérature, les auteurs du rapport INSERM<sup>11</sup> insistent sur la comorbidité des troubles des apprentissages avec les troubles comportementaux ou émotionnels. Ils citent notamment une synthèse de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry<sup>36</sup> faisant état d'une comorbidité avec les troubles psychopathologiques de l'axe I du DSM-IV chez 50% des enfants. Il s'agit principalement d'une humeur dépressive ou d'une anxiété. Les auteurs ajoutent que, dans cette population, l'anxiété de performance, les difficultés de relations avec les pairs, les relations familiales conflictuelles et

---

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Lyon G.R., Fletcher J.M. et al. Rethinking learning disabilities. In : Rethinking special education for a new century. C.E. Finn, A.J. Rotherham and C.R. Hokanson (Eds) Washington, D.C. : Thomas B. Fordham Foundation and the Progressive Policy Institute, 2001. Cité par Lyon G.R. G.Reid Lyon's views on Rethinking learning disabilities : an introduction. LDA Newsletter 2003 ; 1.

<sup>17</sup> Ibid., p.55.

<sup>11</sup> Ibid., p. 367-378.

<sup>36</sup> American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders. J Am Child Adolesc Psychiatry 1998 ; 37 : 10. Cité par INSERM (11).

la faible estime de soi sont fréquemment rencontrées, sans pour autant remplir les critères de l'axe I du DSM-IV.

Une littérature abondante fait état de la comorbidité entre troubles des apprentissages et trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Si un enfant présente une dyslexie, ou un TDAH, le risque qu'il soit porteur de l'autre trouble se situe entre 25 et 40%<sup>37</sup>.

L'association forte entre le TDAH et les TSA conduit à plusieurs hypothèses de causalité : la première consiste à dire que le TDAH conduit à l'échec scolaire, que l'on invoque un facteur psychopathologique ou un facteur cognitif à l'origine du trouble du comportement ; la deuxième fait de l'échec scolaire la cause d'une hyperactivité ; enfin, une troisième hypothèse suggère une origine commune aux deux troubles<sup>11</sup>. La tendance actuelle est en faveur d'une origine constitutionnelle à la comorbidité entre les deux troubles ; des travaux récents de génétique moléculaire montreraient l'association entre TDAH et dyslexie, et certains sites sur le chromosome 14 ou encore les chromosomes 16 p et 17 q.

Si la comorbidité associe troubles internalisés ou externalisés et TSA, elle concerne également les troubles des apprentissages entre eux.

Habib<sup>38</sup> évoque la notion de « constellation dyslexie » pour rendre compte de l'importante comorbidité des troubles entre eux. En effet, il explique que la dyslexie a des liens étroits avec les troubles du langage oral, les troubles de l'attention et les capacités de concentration, les troubles du calcul et des capacités de raisonnement arithmétique (association dans près de la moitié des cas), les troubles des aptitudes visuo-spatiales et visuo-perceptives et enfin les troubles de la motricité et de la coordination ainsi que les troubles du repérage temporel.

L'inventaire des diagnostics portés dans une consultation de troubles d'apprentissage au CHU de Marseille montre sur 209 enfants : 177 diagnostics de dyslexie, 55 cas de

---

<sup>37</sup> Willcutt E.G., Pennington B.F. Comorbidity of Reading disability and Attention Deficit/Hyperactivity disorder : Differences by gender and subtype. *J Learn Disabil* 2000 ; 33 : 179-191. Cité par INSERM (11).

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 367-378.

<sup>38</sup> Habib M. Bases neurobiologiques de la dyslexie. In : Metz-Lutz M.N. et al. Développement cognitif et troubles des apprentissages : évaluer, comprendre, rééduquer et prendre en charge. Solal, 2004, p. 219-244.

dysorthographe, 84 cas de troubles du langage oral dont 26 cas de dysphasie, 48 cas de dyscalculie, 37 cas de dysgraphie, 32 cas de TDAH, 19 cas de dyspraxie et 45 cas de dyschronie (difficultés dans le repérage temporel)<sup>39</sup>. Dans le cas de la dyslexie, les auteurs du rapport INSERM avancent 10% seulement de cas isolés.<sup>11</sup>

Des études sont en cours, pour mesurer la fréquence de l'association entre précocité et troubles des apprentissages<sup>11</sup>.

La comorbidité entre les différents troubles fait formuler l'hypothèse d'un facteur commun pour expliquer leur co-occurrence, facteur qui pourrait permettre d'approcher les mécanismes physiopathologiques<sup>11</sup>.

Cette comorbidité particulièrement importante interroge à différents niveaux. En effet, on peut se demander ce qu'il advient du concept de trouble *spécifique* des apprentissages, concernant une fonction cognitive, lorsque plusieurs fonctions cognitives dysfonctionnent chez un même enfant.

Le concept de comorbidité est en relation directe avec le mode de classification anglo-saxon, catégoriel du DSM-IV et questionne la validité diagnostique du concept de TSA. La question s'est posée dans les mêmes termes avec le concept de TDAH. Pour Kendell et Jablensky<sup>40</sup>, « les deux critères fondamentaux de validité d'une entité morbide dans un système catégoriel sont :

- la possibilité d'établir des frontières claires entre normal et pathologique ;
- et le fait que la population correspondant à ce diagnostic ne recoupe pas la population décrite par d'autres entités... »<sup>41</sup>

Or, la première condition a été fragilisée par Shaywitz<sup>27</sup>, qui a montré la difficulté à différencier les dyslexiques et les autres dans son étude, mettant notamment en évidence la

---

<sup>39</sup> Habib M. La dyslexie à livre ouvert. Résodys, Marseille, 2003. Cité par INSERM (11).

<sup>11</sup> Ibid., p. 346.

<sup>11</sup> Ibid., p. 361.

<sup>11</sup> Ibid., p. 341.

<sup>40</sup> Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003 ; 160 : 4-12. Cité par Bursztejn et Golse (41).

<sup>41</sup> Bursztejn C., Golse B. L'hyperactivité avec troubles de l'attention : questions cliniques et épistémologiques. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006 ; 24 : 29-37.

fragilité du critère de discordance. Les comorbidités importantes, à la fois avec des troubles psychiatriques ou d'autres troubles des apprentissages, ne permettent pas de remplir la seconde condition.

Georgieff<sup>11</sup>, dans sa note de lecture à la fin du rapport INSERM, critique cette notion de comorbidité entre TSA et troubles psychopathologiques. Il explique que, dans cette perspective catégorielle, la relation entre ces deux troubles ne peut être que causale et linéaire, à la différence d'une perspective dimensionnelle, qui pourrait éclairer la dimension psychopathologique de tout trouble des apprentissages. Pour lui, la tendance est à vouloir subordonner la psychopathologie au fonctionnement cognitif pour contester l'hypothèse inverse et tout aussi réductrice d'une subordination des troubles des apprentissages aux facteurs psychologiques.

### **3. La question de la spécificité**

Cette question intéresse particulièrement le pédopsychiatre, pour qui, comme le rappelle Georgieff<sup>11</sup>, le problème des troubles des apprentissages se pose, le plus souvent, dans un contexte psychopathologique et psychiatrique avéré, et non sous la forme d'un « trouble spécifique » : association avec les troubles envahissants du développement, états limites, dysharmonies, troubles névrotiques...

Misès et Quemada<sup>42</sup> ont réalisé une enquête épidémiologique, à l'échelon national, tentant de faire la part des choses entre les troubles des apprentissages et des pathologies psychiatriques. Les auteurs ont recruté 8599 enfants et adolescents âgés de 6 à 15 ans, dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, entrant dans la catégorie « troubles des fonctions instrumentales et des apprentissages » de la CFTMEA. L'étude permet de distinguer deux groupes : d'un côté les formes où les troubles des fonctions instrumentales constituent un ensemble syndromique bien délimité, de l'autre, des formes où les troubles des apprentissages peuvent constituer le motif principal de consultation mais apparaissent liés à des perturbations d'ensemble. Dans cette étude, la deuxième forme correspond aux deux tiers des cas. Il faut

---

<sup>27</sup> *ibid.*

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 811-816.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 811-816.

<sup>42</sup> Misès R., Quemada N. Les troubles des apprentissages à la pré-adolescence. Une étude épidémiologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1998 ; 46 (5-6) : 279-284.

néanmoins noter le biais de recrutement dans les secteurs de psychiatrie. Les auteurs notent l'importance des perturbations névrotiques mais aussi des pathologies de la personnalité de type limite, où troubles du raisonnement et déficit de l'attention sont particulièrement présents.

Les troubles des apprentissages nécessitent donc une particulière évaluation psychologique avant de conclure à leur spécificité, qui, dans l'étude, ne constitue pas la majorité des cas.

Dans un exposé sur la dyslexie, Catheline explique que pour les tenants de la théorie interactive bio-psycho-sociale il existe probablement 1 à 2 % d'enfants réellement dyslexiques, c'est-à-dire présentant des difficultés maturatives neurophysiologiques, mais la grande majorité des enfants restants (12 à 13 %) ne serait pas dans ce cas-là, les auteurs invoquant des méthodes pédagogiques inappropriées notamment, sur lesquelles nous reviendrons.

Berger<sup>43</sup>, de son côté, met en garde devant le risque d'affirmer, de manière idéologique, que les troubles spécifiques des apprentissages sont une expression symbolique d'une difficulté psychologique intra-psychique. Lui et son équipe ont admis en hôpital de jour certains enfants atteints de troubles des apprentissages dont ils ne comprenaient pas l'origine, sans trouver plus de matériel psychodynamique.

---

<sup>43</sup> Berger M. Les troubles du développement cognitif. Dunod, 2006, p.191-223.

**Les classifications internationales, CIM-10 et DSM-IV, et la CFTMEA, classification française, se veulent athéoriques et descriptives. Elles montrent certaines limites et sont souvent ignorées par les cliniciens et les chercheurs utilisant d'autres classifications.**

**La prévalence des troubles d'apprentissages serait comprise entre 2 et 10%.**

**La définition des TSA repose sur un critère de discordance, un critère d'exclusion et un critère de « trouble intrinsèque ». Un certain nombre d'auteurs contestent chacun de ces trois critères, ce qui fragilise le concept. De la même manière, l'augmentation de prévalence importante des troubles des apprentissages, la comorbidité des troubles des apprentissages entre eux ou avec d'autres troubles psychopathologiques, ou encore la notion même de spécificité interrogent la validité du concept.**

## **CONCLUSION**

Bien que les troubles des apprentissages intéressent depuis de nombreuses années les scientifiques en Europe et outre-atlantique, le concept de trouble spécifique des apprentissages s'avère relativement récent. Les débats à son sujet tournent majoritairement autour des critères de définition, qui ne sont que des postulats, ayant néanmoins le mérite de permettre une réflexion sur ce problème de santé publique. Les classifications internationales elles-mêmes s'avèrent d'un intérêt limité en recherche et en clinique. Comme dans le cas de l'hyperactivité, les questions d'augmentation importante de prévalence et de comorbidité interrogent la validité du diagnostic.

Dès lors, il paraît utile de s'intéresser à la grande complexité de l'enfant souffrant de troubles des apprentissages. En effet, ces enfants intéressent différents spécialistes d'horizons différents, mais tous animés par le souhait d'améliorer leur prise en charge.

## **Deuxième partie :**

### **Des enfants complexes à la croisée de cultures différentes**

Devant la complexité des troubles des apprentissages, différents regards se croisent. Les points de vue neurologique, psychologique, notamment les apports de la psychanalyse, ainsi que le regard de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive enrichissent la problématique des troubles des apprentissages. De plus, cette question implique de fait l'école, les parents, voire la société dans son ensemble.

Malgré des divergences de points de vue, tous ces professionnels sont préoccupés par un même enfant. Il paraît alors utile de disposer de points de repère dans des champs théoriques et cliniques différents afin d'appréhender au mieux la problématique des troubles des apprentissages.

#### **I. A propos des facteurs constitutionnels des troubles du langage et des apprentissages**

L'apprentissage correspond à l'acquisition de connaissances et l'assimilation d'informations provenant du monde extérieur. La neurologie et la neuropsychologie, disciplines s'intéressant au cerveau et aux troubles associés, sont impliquées de fait dans ces processus. C'est pourquoi nous aborderons, dans cette partie, les travaux de génétique, les études d'imageries cérébrales, et les principales hypothèses étiologiques envisagées pour les troubles des apprentissages, pour terminer par quelques données neuropsychologiques. Cela permet de dégager quelques points de repères indispensables pour le pédopsychiatre, dans l'appréhension des troubles des apprentissages.

#### **A. Apports récents de la génétique**

La question des troubles des apprentissages et de la génétique intéresse particulièrement les chercheurs, qui s'appuient sur les données d'épidémiologie génétique (études familiales et études de jumeaux) et sur les progrès de la biologie moléculaire. Leurs

travaux portent particulièrement sur la dyslexie. Les travaux concernant les autres troubles des apprentissages sont beaucoup moins avancés.

## **1. La dyslexie**

### **a. Etudes familiales**

En 1950, Hallgren<sup>44</sup> est le premier qui suggère une origine familiale aux troubles spécifiques de la lecture. Il suppose une transmission autosomique dominante.

En 1976, Finucci et al.<sup>45</sup> concluent à une origine familiale du trouble dont la transmission génétique apparaît hétérogène.

Une importante étude familiale réalisée par DeFries et al.<sup>46</sup>, en 1973, s'intéresse au suivi longitudinal des habiletés de lecture et des aptitudes cognitives de 125 enfants dyslexiques, de leurs parents et fratrie, en les comparant à celles de 125 enfants normo-lecteurs et de leur famille au premier degré. Les résultats montrent des capacités de lecture des apparentés des enfants dyslexiques significativement plus faibles que les apparentés du groupe contrôle. L'augmentation du risque relatif d'avoir le trouble chez les apparentés de premier degré (parents, frère, sœur) de sujets atteints, comparativement aux apparentés de sujets sains, est un indice d'une composante familiale, mais ne permet pas d'évaluer la participation génétique par rapport aux facteurs environnementaux. Ce sont les études de jumeaux qui sont véritablement informatives à ce sujet.

### **b. Etudes de jumeaux**

Ces études ont pour but d'établir la part de la contribution génétique et celle de l'environnement, pour différents traits ou maladies, en comparant les taux de concordance, correspondant au rapport entre le nombre de paires de jumeaux où les deux sont atteints, et le nombre total de paires de jumeaux. Elles s'intéressent à la concordance des pathologies chez

---

<sup>44</sup> Hallgren B. Specific dyslexia : a clinical and genetic study. Acta Psychiatr Neurol Scand 1950 ; 65 (Supl.) : 1-287. Cité par INSERM (11).

<sup>45</sup> Finucci J.M., Guthrie J.T. et al. The genetics of specific reading disability. Annals of Human Genetic 1976 ; 40 : 1-23. Cité par Hommet et al. (49).

<sup>46</sup> Defries J.C. et al. Familial nature of reading disability. British Journal of Psychiatry 1978 ; 132 : 361-367. Cité par Hommet et al. (49).

les jumeaux monozygotes et dizygotes. Lorsqu'un jumeau monozygote est dyslexique, la probabilité que l'autre le soit est de 70% alors qu'elle n'est plus que de 45% pour les dizygotes<sup>47</sup>. L'hypothèse est que les jumeaux monozygotes partagent entre eux les mêmes facteurs environnementaux que les jumeaux dizygotes ; la différence de concordance s'expliquerait donc par la similarité génétique à 100% des monozygotes.

Néanmoins, on ne peut pas conclure pour autant à une relation causale directe, puisqu'on peut formuler l'hypothèse qu'une modification environnementale de deux vrais jumeaux, pendant le développement intra-utérin, ou en période périnatale, pourrait entraîner un effet identique après la naissance, par une réponse similaire à une modification de l'environnement.

Grigorenko<sup>48</sup> insiste sur le rôle considérable de l'environnement partagé (facteurs d'environnement familial) dans l'étiologie des différences individuelles en lecture et de la dyslexie développementale.

La dyslexie apparaîtrait comme un trait génétique hétérogène et complexe ne suivant pas les lois classiques de la génétique mendélienne<sup>49</sup>.

### **c. Etudes de liaison**

Les analyses de liaison génétique ont pour but de rechercher les régions chromosomiques liées à la dyslexie : ces régions chromosomiques seraient transmises par les parents significativement plus souvent aux enfants avec troubles qu'aux enfants sans trouble. Les différentes études retrouvent des loci multiples impliqués sur les chromosomes 1, 2, 3, 6, 15 et 18<sup>11</sup>, mais il faut rester prudent, compte tenu des résultats différents selon les études.

Des recherches sont également en cours concernant l'identification de gènes candidats potentiellement associés à une susceptibilité génétique à la dyslexie. A ce jour quatre gènes candidats ont été identifiés ; pour mémoire, ce sont les gènes DYX1C1, KIAA0319, DCDC2

---

<sup>47</sup> Stromsworld K. The heritability of language : A review and metaanalysis of twin, adoption and linkage studies. *Language* 2001 ; 77 : 647-723. Cité par INSERM (11).

<sup>48</sup> Grigorenko E. Genetic bases of developmental dyslexia : a capsule review of heritability estimates. *Enfance* 2004 ; 3 : 273-288.

<sup>49</sup> Hommet C. et al. La dyslexie développementale : apports récents de la génétique et de la neuro-imagerie. In : Hommet C. et al. *Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement*. Solal, 2005, p. 73-101.

<sup>11</sup> Inserm. Facteurs génétique. *Ibid.*, p. 497-512.

et ROBO1<sup>11</sup>, mais les études restent contradictoires. Ces gènes, dont certains allèles augmenteraient le risque de dyslexie, seraient impliqués dans la migration des neurones au cours du développement cérébral.

#### **d. Remarques**

La corrélation entre génotype et phénotype est extrêmement complexe. Ainsi faut-il garder à l'esprit que les études génétiques se font malgré l'absence de consensus sur la définition et sur l'origine de la dyslexie, d'où des critères d'inclusion variables et des résultats à analyser avec prudence.

Les auteurs du rapport INSERM<sup>11</sup> mettent en garde devant l'hétérogénéité qui se cache derrière les généralités évoquées :

- au niveau des causes primaires : dans certains cas, la cause pourrait résider dans des facteurs non génétiques, par exemple d'autres facteurs biologiques entraînant des anomalies cérébrales à la naissance ;

- au niveau des causes génétiques : dans des cas rares, une mutation d'un gène unique pourrait suffire à provoquer la dyslexie, mais, dans la plupart des cas, les sujets dyslexiques seraient porteurs d'allèles de susceptibilité, non suffisants à eux seuls pour que la dyslexie se développe. C'est la combinaison d'allèles défavorables de susceptibilité et les interactions avec des facteurs non génétiques qui augmenteraient le risque. C'est la logique des maladies génétiques complexes ;

- au niveau des causes non biologiques : un grand nombre de facteurs environnementaux (biochimiques, traumatiques, linguistiques, socio-culturels, pédagogiques...) peuvent moduler l'expression des facteurs génétiques.

Les recherches génétiques ne doivent pas faire oublier la complexité clinique de ces enfants.

---

<sup>11</sup> Inserm. Facteurs génétiques. Ibid., p. 497-512.

<sup>11</sup> Inserm. Facteurs génétiques. Ibid., p. 497-512.

## **2. La dysorthographe**

Les études génétiques concernant la dysorthographe ne l'ont pas vraiment distinguée de la dyslexie. A ce jour, aucune étude n'a recherché des facteurs génétiques pouvant distinguer dyslexie et dysorthographe.

## **3. Les troubles du langage oral**

### **a. Etudes familiales**

Des études d'agrégation familiale montrent que le risque de trouble spécifique du développement du langage est deux à quatre fois plus élevé chez les apparentés de sujets atteints relativement aux apparentés de sujets contrôles<sup>50</sup>.

### **b. Etudes de jumeaux**

Philippe<sup>51</sup> rapporte que les études de jumeaux montrent un taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozygotes par rapport aux dizygotes, ce qui indiquerait l'existence de facteurs génétiques dans ces troubles<sup>52</sup>.

### **c. Etudes génétiques**

Pour Philippe<sup>51</sup>, la recherche des gènes impliqués dans les troubles spécifiques du développement du langage nécessite l'identification sans ambiguïté des sujets atteints d'une famille. Or, cela est d'autant plus complexe que la définition de ces troubles repose sur des critères d'exclusion, leur donnant leur caractère spécifique, et que cette définition ne précise pas si ces troubles sont à considérer comme des entités cliniques discrètes (perspective catégorielle) ou s'ils constituent l'extrémité inférieure de la variabilité normale de ces fonctions cognitives (perspective dimensionnelle). Dans ce dernier cas, la distinction entre

---

<sup>50</sup> Stromsworld K. Genetics of spoken language disorders. Hum. Biol. 1998 ; 70(2) : 297-324. Cité par Philippe (51).

<sup>51</sup> Philippe A. Facteurs génétiques dans les troubles spécifiques du développement du langage. In : Auche-Lemagny C., Bachelier M. et al. Dysphasie(s) : aspects scientifiques, pédagogiques et vie quotidienne. A.N.A.E. mars 2004 ; vol. 16, n°76-77 : 34-37.

<sup>52</sup> Bishop D.V.M. et al. Genetic basis of specific language impairment : Evidence from a twin study. Dev. Med. Child Neurol. 1995 ; 37 : 56-71. Cité par Philippe (51).

<sup>51</sup> Philippe A. Facteurs génétiques dans les troubles spécifiques du développement du langage. Ibid., p. 34-37.

sujets atteints et non-atteints se fera par des critères de seuil arbitraires, ayant une faible validité étiologique. Enfin, il explique la nécessité de prendre en compte l'évolution de certaines caractéristiques cliniques chez un même sujet avec l'âge, du fait du caractère développemental de ces troubles. Cela rend difficile l'évaluation diagnostique à l'âge adulte. Ces limites amènent à utiliser des stratégies pour améliorer la validité étiologique des critères d'inclusion des sujets dans les recherches génétiques. Les études actuelles considèrent les troubles du langage comme une variable quantitative.

Selon Philippe<sup>51</sup>, les analyses étudiant le mode de transmission d'une génération à l'autre ne permettent pas de favoriser un modèle avec un gène majeur ou un modèle polygénique.

Les études actuelles de recherche de gènes en cause dans les TDSL ne sont pas concordantes.

#### **4. La dyscalculie**

La recherche dans ce domaine est récente et beaucoup moins avancée que les travaux concernant le champ de la dyslexie. La dyscalculie serait due, au moins en partie, à des facteurs génétiques, dans des proportions semblables à ce qui est observé pour la dyslexie<sup>11</sup>. Une grande attention doit être portée aux critères d'inclusion de ce trouble utilisés dans les études.

#### **B. Approche neurologique**

Avant d'aborder l'approche neurologique des troubles du langage et des apprentissages, quelques généralités sur le fonctionnement cérébral normal doivent être rappelées.

Les travaux en neuropsychologie ont pu déterminer une spécialisation hémisphérique cérébrale. En effet, l'hémisphère gauche serait responsable d'activités liées à la compréhension, et à la production langagières, alors que l'hémisphère droit est plutôt chargé de l'analyse des stimuli non verbaux (musique, voix, visage, émotions, organisation spatiale). De plus, l'hémisphère gauche traiterait l'information de manière analytique et séquentielle, tandis que l'hémisphère droit en effectue une analyse globale. Des débats existent toujours

---

<sup>51</sup> Philippe A. Facteurs génétiques dans les troubles spécifiques du développement du langage. Ibid., p. 34-37.

<sup>11</sup> Inserm. Dyscalculie et troubles de l'apprentissage de l'arithmétique. Ibid., p. 291-342.

autour du caractère inné ou acquis de cette spécialisation hémisphérique. D'autres travaux ont mis en évidence les grandes capacités de réorganisation ou de plasticité cérébrale de l'enfant.<sup>49</sup> Des travaux scientifiques en neurosciences, en neurobiologie se sont particulièrement intéressés à la dyslexie, en cherchant à mettre en évidence des anomalies morphologiques cérébrales, ou encore des anomalies à l'imagerie fonctionnelle cérébrale. Les travaux concernant les autres troubles d'apprentissages sont moins nombreux. Des hypothèses peuvent néanmoins être formulées sur l'origine neurologique ou cognitive de ces troubles.

## **1. Les troubles du langage écrit**

### **a. Les études anatomo-pathologiques ou morphologiques**

En 1979, Galaburda<sup>53</sup> a posé les jalons de l'approche neurologique de la dyslexie en découvrant des anomalies cérébrales microscopiques, à partir de l'analyse de quelques cerveaux de sujets ayant présenté une probable dyslexie.

Au niveau microscopique, des malformations (ectopies neuronales et dysplasies) ont été retrouvées dans les régions périsylviennes gauches et dans le ganglion géniculé latéral (réduction de la taille des neurones magnocellulaires)<sup>11</sup>. Ces anomalies ont suggéré aux auteurs l'existence d'un trouble de la migration et de la maturation neuronale. Ces travaux ont encouragé la recherche sur les bases neurologiques de la dyslexie. Galaburda a aussi noté une perte de l'asymétrie habituellement observée au niveau du planum temporale, en effet, le planum gauche a généralement une surface plus étendue chez les droitiers. Mais les données morphologiques de l'imagerie ne sont pas toujours concordantes avec cette observation<sup>54</sup>.

En 2000, Galaburda<sup>55</sup> et son équipe ont travaillé à partir d'un modèle de souris pour montrer des anomalies de la connectivité secondaires à des ectopies neuronales. Parallèlement, des études morphométriques chez les dyslexiques ont montré des anomalies de l'architecture cérébrale<sup>56</sup>. Mais les études sont discordantes, probablement du fait de la taille des effectifs,

---

<sup>49</sup> Rosa C., Lassonde M. Spécialisation hémisphérique, développement et plasticité. Ibid., p. 11-35.

<sup>53</sup> Galaburda A.M. et al. Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia : a case study. *Ann Neurol.* 1979 ; 6 : 94-100. Cité par INSERM (11).

<sup>11</sup> Inserm. Apport de l'imagerie cérébrale. Ibid., p. 479-495.

<sup>54</sup> Mancini J., Livet M.O. Dyslexies: quelques aspects fondamentaux. In : Cheminal R., Echenne B. Dyslexie(s)-Textes fondamentaux. A.N.A.E. mai 2001 ; vol. 13, tome 2/3, n°62/63 : 80-82.

<sup>55</sup> Jenner A.R., Galaburda A.M. et al. Connectivity of ectopic neurons in the molecular layer of the somatosensory cortex in autoimmune mice. *Cerebral Cortex* 2000 ; 10 : 1005-1013. Cité par Hommet et al. (49).

<sup>56</sup> Habib M. The neurological basis of developmental dyslexia : an overview and working hypothesis. *Brain* 2000 ; 123 : 2373-2399. Cité par Hommet et al. (49).

de l'hétérogénéité phénotypique, de la présence de comorbidités, ou des analyses a priori limitées à des régions d'intérêt<sup>49</sup>.

Des méthodes récentes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) suggèrent une réduction du volume de la substance grise dans le cortex temporal gauche grâce à la Voxel-Based Morphometry (VBM). Cette méthode d'analyse statistique de la densité du signal IRM dans tout le volume cérébral est plus fiable lorsqu'elle peut s'appuyer sur d'autres sources d'informations, comme une analyse focalisée dans une région montrant des anomalies fonctionnelles chez les mêmes sujets, ou l'établissement de corrélations entre données VBM et données comportementales<sup>11</sup>. Il faut donc interpréter ces résultats avec prudence.

Des études sont également réalisées avec l'aide de l'imagerie de diffusion : les chercheurs ont trouvé une diminution du score d'anisotropie – l'anisotropie est la qualité d'un milieu dont les propriétés varient suivant la direction – au niveau des fibres de la substance blanche des régions temporo-pariétales gauches. Ces anomalies semblaient corrélées avec le score de lecture : une plus grande anisotropie, traduisant peut-être une moins bonne organisation anatomique, au sein des faisceaux de fibres nerveuses concernés, serait associée à de moins bonnes capacités de lecture. Mais la corrélation de ces anomalies avec les scores de lecture n'a pas été montrée dans des groupes de sujets dyslexiques, et la corrélation retrouvée pourrait être artificielle, du fait de l'inclusion dans ces études de sujets normolecteurs et dyslexiques.

Compte tenu du faible nombre des effectifs inclus dans les recherches et de certaines discordances, les études morphologiques et d'imageries n'apparaissent pas déterminantes dans la mise en évidence d'anomalies standard dans la dyslexie.

## **b. Imagerie fonctionnelle**

L'imagerie fonctionnelle cérébrale vise à caractériser le cerveau en action, dans des conditions expérimentales variées, incluant des tâches de lecture ou de perception phonologique du langage. Suivant les techniques employées, il est possible de retrouver, plus

---

<sup>49</sup> Chaix Y. et al. La dyslexie développementale : apports récents de la génétique et de la neuro-imagerie. *Ibid.*, p. 73-101.

<sup>11</sup> Inserm. Apport de l'imagerie cérébrale. *Ibid.*, p. 479-495.

ou moins précisément, quelle région du cerveau s'active, et à quel moment de la tâche cognitive.

Les principaux outils de la neuroimagerie fonctionnelle sont l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), la tomographie par émission de positons (TEP), l'électroencéphalographie (EEG), mesurant directement l'activité électrique et notamment les potentiels évoqués, et enfin la magnétoencéphalographie (MEG), mesurant les champs magnétiques induits par l'activité cérébrale.

Les premiers résultats en IRMf seule sont publiés en 1999, cette imagerie sera combinée à la méthode des potentiels évoqués dans un second temps.

Les études chez l'adulte dyslexique sont discordantes. En effet, si, pour certains auteurs, la région frontale inférieure gauche et des régions hémisphériques droites semblent moins actives, d'autres, au contraire, retrouvent une augmentation d'activité, suggérant des mécanismes de compensation du dysfonctionnement des régions postérieures gauches, au niveau du cortex frontal gauche et au niveau des régions droites<sup>49</sup>.

Les études développementales en imagerie fonctionnelle apparaissent en annexe (*Annexe I*). A partir d'une étude de 144 enfants dyslexiques et contrôles, Shaywitz et al.<sup>57</sup> avancent que l'augmentation de l'activation dans les régions frontales et/ou les régions hémisphériques droites compense le dysfonctionnement des régions postérieures gauches.

Les résultats des études suggèrent une déconnexion entre le circuit dorsal ou temporo-pariétal et le circuit ventral ou temporo-occipital, impliqués dans le processus de lecture.

Cependant, il est nécessaire de rester prudent et de ne pas faire de liens trop rapidement. Les différences de fonctionnement observées en imagerie fonctionnelle, entre dyslexiques et bons lecteurs, ne peuvent être considérées comme les causes premières de la dyslexie. En effet, les enfants en difficulté sévère de lecture peuvent simplement utiliser des modalités d'activation cérébrale différentes pendant la lecture, ce qui ne préjuge en rien de la nature du déficit.<sup>21</sup>

---

<sup>49</sup> Chaix Y. et al. La dyslexie développementale : apports récents de la génétique et de la neuro-imagerie. *Ibid.*, p. 73-101.

<sup>57</sup> Shaywitz B.A. et al. Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia. *Biol. Psychiatry* 2002 ; 52 : 101-110. Cité par Hommet et al. (49).

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 79-81.

### c. Hypothèses étiologiques<sup>49</sup>

Avant d'aborder les hypothèses élaborées autour de la dyslexie, quelques notions concernant l'apprentissage de la lecture méritent d'être précisées.

#### - Notions générales sur l'apprentissage de la lecture<sup>14</sup>

Dans les langues alphabétiques, les lettres et les graphèmes traduisent les différents phonèmes de la langue parlée.

La phase de déchiffrage passe par l'apprentissage du code, c'est-à-dire des règles régissant les correspondances graphèmes-phonèmes. L'enfant fusionne alors les sons et syllabes pour produire un mot (*assemblage*). C'est un processus coûteux en attention, en fonctions exécutives et en mémoire de travail.

Progressivement, les mots courants sont stockés en mémoire à long terme sous leur forme orthographique. Le lecteur les récupère alors directement, sans passer par l'assemblage : c'est la lecture par *adressage*. Il s'agit de la stratégie préférentielle du lecteur expert.

Trois stades peuvent être isolés chez l'enfant :

- Le stade logographique (classes maternelles) où l'enfant traite les mots comme des images. Il utilise alors l'environnement dans lequel est inséré le mot écrit pour l'identifier. Progressivement, l'enfant reconnaît des traits caractéristiques du mot (longueur, forme d'une lettre...) sans utiliser les règles de conversions graphèmes/sons.
- Le stade alphabétique (fin de grande section de maternelle/CP) où l'enfant a emmagasiné un grand nombre de lettres, et repère les régularités entre lettres et sons.
- Le stade orthographique (fin de CP/CM2) où les codes phonologiques des mots écrits connus par le sujet sont récupérés instantanément en mémoire. Des mots entiers fréquents avec leurs lettres muettes ou encore les irrégularités orthographiques sont mémorisés.

---

<sup>49</sup> Chaix Y. et al. La dyslexie développementale : apports récents de la génétique et de la neuro-imagerie. Ibid., p. 73-101.

<sup>14</sup> Ibid.

Plusieurs théories, notamment cognitives, ont été avancées sur l'origine de la dyslexie.

- La théorie phonologique

Selon cette hypothèse, la dyslexie est une conséquence d'un trouble du langage oral, caractérisée par des difficultés dans la lecture des mots isolés, et un déficit des processus phonologiques, obstacle à la correspondance des graphèmes avec les phonèmes. Nombre de travaux avancent que les sujets dyslexiques ont des capacités réduites en mémoire verbale à court terme, et des capacités réduites de conscience phonologique, cette dernière correspondant à la capacité à isoler mentalement et à manipuler les unités sonores non signifiantes de la parole (phonèmes, syllabes, rimes).

- La théorie magnocellulaire

Cette théorie est en faveur d'un déficit des processus visuels dépendant de la voie magnocellulaire. Le système magnocellulaire joue un rôle important pour diriger l'attention visuelle, pour le contrôle des mouvements oculaires, et pour la recherche visuelle, trois fonctions liées à la lecture. Les enfants dyslexiques auraient des difficultés à traiter les informations temporelles rapides dans la modalité visuelle ou auditive, à la suite de l'atteinte conjointe des systèmes magnocellulaires visuels et auditifs.

Cette théorie est controversée, du fait de résultats peu reproductibles ou peu spécifiques.

- La théorie cérébelleuse

Cette théorie repose sur l'hypothèse d'un dysfonctionnement du cervelet. Dans la dyslexie, il existerait un défaut d'automatisation des habiletés de lecture et d'écriture. Les enfants dyslexiques auraient parfois des troubles de l'équilibre et de la coordination motrice, mis en évidence en cas de mobilisation de leur attention.

Cette théorie a été critiquée ces dernières années, ses détracteurs relevant l'absence de troubles moteurs chez nombre de dyslexiques.

- La théorie du trouble du traitement temporel<sup>11</sup>

Il y a plus de trente ans, la scientifique américaine Paula Tallal<sup>58</sup> a proposé l'hypothèse de « la théorie du déficit du traitement temporel ». Selon elle, l'enfant souffrant de TSA, et notamment l'enfant dyslexique, rencontre des difficultés avec le temps en général : gestion des aspects temporels liés à la réalisation des actes quotidiens, conscience et/ou perception de la durée d'événements, ou encore discrimination d'événements brefs comme ceux constitutifs de la parole humaine.

Tallal a constitué une épreuve, le *repetition test*, qui mettrait en évidence le déficit du traitement auditif temporel. Ce test a fait l'objet de débats entre les tenants de l'hypothèse temporelle et ses détracteurs.

La théorie temporelle fait l'hypothèse que le déficit se retrouve dans différentes modalités sensorielles ; il s'agirait d'un trouble supra-modal, c'est-à-dire indépendant de la modalité sensorielle.

Faisant suite à une période de contestation de cette théorie, des recherches récentes vont dans le sens d'un déficit de certains aspects très spécifiques du traitement de l'information sensorielle, notamment lorsque deux informations différentes doivent être mises en relation.

---

<sup>11</sup> Inserm. Synthèse, principaux constats, recommandations. Ibid., p. 635-718.

<sup>58</sup> Tallal P., Piercy M. Defects of non-verbal auditory perception in children with developmental aphasia. *Nature* 1973 ; 241 : 468-469. Cité par INSERM (11).

**Les théories concernant l'origine de la dyslexie sont variées, probablement du fait d'une présentation clinique complexe et hétérogène de ce trouble, et du fait de la comorbidité importante de la dyslexie avec d'autres TSA, engendrant de nouvelles hypothèses théoriques. Néanmoins, la théorie du déficit phonologique semble actuellement la moins sujette à caution.**

**Les hypothèses neurobiologiques peuvent se regrouper en deux grandes catégories : celles centrées sur les causes biologiques du déficit phonologique et celles visant à expliquer l'association à des troubles sensori-moteurs. Les premières avancent une atteinte spécifique du développement précoce des aires périsylviennes gauches impliquées dans l'acquisition du langage. Les recherches génétiques sur les gènes ayant un rôle dans la migration neuronale iraient dans ce sens. Les autres hypothèses, représentées par la théorie cérébelleuse ou la théorie du traitement temporel, expliqueraient les troubles comorbides mais ne sont pas suffisamment appuyées par les études. Toutefois, ces théories s'accordent sur l'idée d'un dysfonctionnement du développement d'aires cérébrales normalement impliquées dans la représentation et le traitement des sons de la parole.**

**L'imagerie fonctionnelle a pour but de documenter ces hypothèses mais rappelons qu'elle n'explique pas le trouble mais permet de mettre en évidence le fonctionnement cérébral à un moment donné, pendant une tâche cognitive donnée. Ces hypothèses, aussi intéressantes soient-elles, ne doivent pas faire oublier les autres dimensions du problème (psychoaffectives, pédagogiques, sociologiques...).**

## **2. Les troubles du langage oral<sup>24</sup>**

### **a. Etudes anatomiques**

Les études neuropathologiques de deux cas de dysphasies ont mis en évidence, dans la région périsylvienne, des lésions cérébrales dysplasiques associées à une absence d'asymétrie physiologique du planum temporale<sup>59</sup>. Ces résultats recourent les travaux de Galaburda sur quatre cas de dyslexie dont deux avec troubles du langage oral.

Ces observations sont très peu nombreuses et les arguments en faveur d'une particularité anatomique du cerveau chez les enfants dysphasiques demeurent pauvres.

### **b. Etudes d'imagerie**

#### - Etudes en imagerie par résonance magnétique

Partant de l'hypothèse d'une particularité anatomique du cerveau des enfants dysphasiques, on s'est intéressé, avec l'aide de l'IRM, aux mesures morphométriques pouvant explorer les asymétries anatomiques. Deux études ont confirmé l'absence d'asymétrie cérébrale physiologique mais une étude récente ne confirme pas ces données.

Il semble donc que ce marqueur anatomique ne soit ni nécessaire, puisque certains enfants dysphasiques ont cette asymétrie des planum, ni suffisant, puisque certains enfants au langage normal n'ont pas cette asymétrie. Ce n'est donc pas un critère diagnostique.

#### - Etudes en imagerie fonctionnelle

Ces études sont rares et restent contradictoires. On note néanmoins, dans une étude récente, une absence de supériorité physiologique du débit sanguin hémisphérique gauche par rapport au débit hémisphérique droit dans le groupe d'enfants dysphasiques, à l'inverse de la population d'enfants normaux du même âge. Ceci constituerait un argument en faveur du

---

<sup>24</sup> Billard C. Les bases biologiques des dysphasies. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 77-80.

<sup>59</sup> Cohen M. et al. Neuropathological abnormalities in developmental dysphasia. *Annals of neurology* 1989 ; 25 : 567-570. Cité par Billard (24).

trouble de la spécialisation hémisphérique gauche des fonctions langagières dans la dysphasie. D'autres études, comportementales, suggèrent que, chez les enfants porteurs d'un trouble du développement du langage prédominant sur l'expression, la spécialisation de la production du langage ne serait pas hémisphérique gauche comme chez les enfants normaux, mais bihémisphérique.

On voit donc que l'hypothèse d'un trouble de la maturation cérébrale comme fondement de la dysphasie est à l'origine de diverses études. Ce trouble compromettrait la spécialisation cérébrale correspondant à l'attribution des fonctions langagières au cerveau gauche et des fonctions non-verbales au cerveau droit. Toutefois, les arguments corroborant cette hypothèse sont encore discutés.

### **3. Les dyspraxies**

La dyspraxie demeure méconnue et sa définition, comme ses dysfonctionnements, ne sont pas consensuels.

Selon Mazeau, « les dyspraxies sont des troubles du geste qui affectent l'habileté et la réalisation de certaines activités, en raison d'une anomalie de la gestion même du geste au niveau cérébral. C'est un trouble de la programmation gestuelle qui a des répercussions sévères dans l'ensemble du développement de l'enfant, dans sa vie quotidienne et dans son parcours scolaire du fait de la dysgraphie... »<sup>14</sup>.

Différentes hypothèses étiologiques ont été développées dans le domaine des dyspraxies. Les plus récentes s'intéressent à l'existence de troubles oculomoteurs et du regard. Il existerait en effet un déficit neurovisuel chez ces enfants. Soit les troubles du regard favorisent certaines dyspraxies, le développement de certaines praxies étant en lien avec la maturation de certaines fonctions visuelles et/ou spatiales ; soit les dyspraxies et les troubles du regard résulteraient d'une anomalie commune en amont<sup>14</sup>.

En clinique, il importe de s'intéresser à un éventuel déficit des fonctions neurovisuelles (attention, oculomotricité, repérage spatial, gnosies visuelles conduisant à l'analyse et au

---

<sup>14</sup> Ibid., p. 2.

<sup>14</sup> Ibid., p. 30-31.

décodage des images rétiniennes captées par la fovéa) qui sera évalué par un bilan en orthoptie.

#### 4. Les dyscalculies<sup>24</sup>

Comparativement aux études sur la dyslexie, les études concernant la dyscalculie sont extrêmement réduites.

Actuellement, plusieurs hypothèses étiologiques sont retenues :

##### - L'hypothèse génétique

On a vu que, selon certaines études, la dyscalculie serait due en partie à des facteurs génétiques.

Il faut noter également que certaines pathologies de l'enfant, d'origine génétique, sont caractérisées par des difficultés dans l'apprentissage mathématique. C'est le cas du syndrome X-fragile, du syndrome de Williams et du syndrome de Turner.

##### - l'hypothèse d'un déficit neurobiologique

Selon certains auteurs, les difficultés d'apprentissage en mathématiques auraient pour origine des mécanismes cérébraux immatures ou dysfonctionnels. Ces enfants auraient des performances diminuées dans les tâches psychomotrices complexes, perceptivo-tactiles mais aussi dans les tâches d'organisation visuo-spatiale. Ce profil serait le signe d'une déficience de l'hémisphère droit, et la dyscalculie résulterait de difficultés dans le raisonnement non-verbal et les traitements visuo-spatiaux.

D'autres recherches s'inspirent de l'observation du syndrome de Gerstmann, chez l'adulte cérébrolésé, qui associe une acalculie, une agnosie digitale, une confusion gauche-droite et une dysgraphie. Ces études suggèrent que le cortex pariétal a un rôle fonctionnel important dans la cognition numérique. Par analogie, les auteurs font

---

<sup>24</sup> Pascal M.N. Une introduction générale à la dyscalculie chez l'enfant. Ibid., (Livret 7 : Calcul), p. 54-63.

l'hypothèse que certaines dyscalculies développementales seraient liées à des particularités anatomiques de cette région.

- l'hypothèse d'un déficit cognitif non-numérique

Cette hypothèse cognitive met en avant des faiblesses au niveau de la mémoire de travail. Ces enfants présenteraient une mémoire de travail peu efficace (capacité réduite du stock phonologique, effacement rapide de la trace...) compromettant la capacité à établir, en mémoire à long terme, un réseau de faits arithmétiques.

### **C. Classifications neuropsychologiques**

Les troubles spécifiques des apprentissages, particulièrement visibles à l'école, constituent des symptômes, à ne pas confondre avec les troubles cognitifs dont ils résultent<sup>14</sup>. C'est le bilan neuropsychologique qui permet de mettre en évidence les troubles cognitifs sous-jacents.

Afin de se repérer dans les classifications de ces différents symptômes, il semble utile de disposer de quelques repères.

#### **1. Les troubles du langage écrit<sup>24</sup>**

A partir de l'observation de patients adultes dont le langage écrit s'est détérioré à la suite d'atteintes cérébrales, la neuropsychologie adulte a établi des classifications au sujet des dyslexies de l'enfant. Trois grandes catégories de dyslexie de développement ont alors été mises en évidence. Nous renvoyons le lecteur au glossaire pour les notions de *voie d'assemblage* et de *voie d'adressage*.

##### **a. La dyslexie phonologique**

Dénommée *dyslexie dysphonétique* par Boder<sup>60</sup>, elle se caractérise par un déficit sur la voie d'assemblage et les correspondances grapho-phonémiques. Cette forme de dyslexie est

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Plaza M. Sémiologie et classification des dyslexies. Ibid., (Livret 4 : Langage écrit), p. 56-61.

de loin la plus fréquente (60% des cas). Cliniquement, l'enfant a des difficultés importantes à lire à voix haute les pseudo-mots, et à discriminer des erreurs grapho-phonétiques dans les mots usuels.

### **b. La dyslexie de surface**

Dénommée *dyslexie dyséidétique* par Boder<sup>60</sup>, elle se caractérise par une difficulté à utiliser la stratégie lexicale et un recours systématique à la voie d'assemblage. L'enfant est alors très lent, et ne comprend pas toujours le sens du mot. Il est particulièrement en difficultés devant des mots irréguliers sans correspondance graphèmes/phonèmes.

### **c. La dyslexie périphérique**

Elle correspond à une difficulté dans l'analyse de la forme visuelle du mot, en amont du traitement linguistique et cognitif. L'origine de ce trouble pourrait être un déficit attentionnel sans trouble visuo-perceptif, et un scanning visuel mal structuré.

### **d. Formes mixtes**

Il s'agit de la coexistence de déficits des voies d'assemblage et d'adressage.

### **e. Les dysorthographies<sup>24</sup>**

La classification des dysorthographies est semblable à celle des dyslexies. On distingue deux grandes catégories :

- Les dysorthographies phonologiques sont les plus fréquentes. En transcription, il existe beaucoup d'erreurs non phonologiquement plausibles. Les mots connus sont bien transcrits alors que le stock lexical orthographique est généralement très réduit. On note également de

---

<sup>60</sup> Boder E. Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. *Developmental Medicine Child Neurology* 1970; 15 : 663-687. Cité par Plaza (24).

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Touzin M. Les dysorthographies développementales et leur classification. *Ibid.*, (Livret 4 : Langage écrit), p. 95-99.

nombreuses erreurs de segmentation et des perturbations de l'accès à l'orthographe grammaticale.

- les dysorthographies de surface se manifestent par des difficultés à transcrire les mots plus complexes. Les transcriptions sont généralement plausibles phonologiquement. Ces enfants ne disposant pas de traces orthographiques des mots dans leur mémoire, ils utilisent plutôt la voie d'assemblage pour orthographier.

## **f. Remarques**

Plaza rappelle que les classifications des dyslexies dérivent de la clinique de l'adulte cérébrolésé, sans qu'on évoque pour autant des étiologies cérébrales comparables, pour ces enfants souffrant de trouble du langage écrit.

Selon certains auteurs, la dyslexie de surface serait un simple retard, alors que la dyslexie phonologique serait un trouble spécifique lié à un mécanisme phonologique déviant. Les performances des enfants souffrant d'une dyslexie de surface seraient comparables à celles d'enfants plus jeunes ; ils relèveraient donc du continuum de la normalité<sup>61</sup>.

On peut s'interroger sur les liens entre la dyslexie de surface et un éventuel processus pédagogique ou rééducatif qui aurait entraîné un « accrochage » particulier à la stratégie grapho-phonémique. Plaza interroge le lien entre dyslexie de surface et un déficit de la représentation lexicale orale, entraînant une difficulté à fusionner les enveloppes phonologiques, graphiques, orthographiques et sémantiques du mot.

## **2. Les troubles du langage oral**

Les classifications internationales, CIM-10 et DSM-IV, se rapprochent de la littérature internationale qui regroupe, sous le terme de « troubles spécifiques du langage oral » ou « specific language impairment » (SLI), les troubles du développement du langage non causés par une autre pathologie.

---

<sup>61</sup> Stanovich K., Siegel L. et al. Converging evidence for phonological and surface subtypes of reading disability. *Journal of Educational Psychology* 1997 ; 89(1) : 114-127. Cité par Plaza (24).

En France, on différencie le retard simple de langage, où le langage évolue avec retard, mais suit les étapes normales du développement, et les dysphasies de développement, troubles structurels, où le déficit est sévère, durable et l'évolution du langage déviante. Cette distinction est actuellement considérée comme réductrice, au regard de la diversité de sévérité d'un enfant à l'autre et de la difficulté d'anticiper l'évolution du trouble. Les deux catégories sont plutôt considérées comme un continuum et non comme deux troubles clairement différenciés<sup>24</sup>.

Gérard<sup>62</sup> distingue cinq grands types de syndromes dysphasiques, que nous énonçons succinctement :

- le syndrome phonologique-syntaxique (ou dysphasie phonologique-syntaxique), le plus fréquent. Sur le versant expressif, il est caractérisé par un trouble de la fluence verbale, une articulation altérée, une syntaxe défaillante avec au maximum un agrammatisme. Sur le versant réceptif, la compréhension est diminuée dans de moindres proportions que les troubles expressifs. Ce déficit phonologico-syntaxique confine au mutisme lorsqu'il est majeur.
- le trouble de la production phonologique (ou dysphasie phonologique), en deuxième place en terme de fréquence. Les difficultés y sont majoritairement expressives mais la fluence verbale est normale. Il existe un trouble du contrôle et non de la programmation de la mise en chaîne verbale.
- la dysphasie réceptive, caractérisée par des opérations de décodage déficientes. La compréhension est très altérée. Les difficultés expressives sont présentes mais secondaires par rapport aux troubles de la compréhension.
- la dysphasie mnésique ou lexicale-syntaxique, caractérisée par un manque du mot invalidant. Elle est attribuée à un trouble du système de contrôle sémantique. Le langage est caractérisé par des périphrases et des phrases avortées.
- la dysphasie sémantique-pragmatique, liée à un trouble de la formulation. La parole est fluente et les phrases bien structurées, mais le langage est inadapté au contexte et la

---

<sup>24</sup> Billard C. La classification des troubles du langage oral. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 48-56.

<sup>62</sup> Gérard C.L. L'enfant dysphasique. Paris, De Boeck, 1991, p. 27-36.

compréhension d'énoncés complexes est déficiente. Notons que cette catégorie soulève certaines questions. En effet, les troubles de la pragmatique, c'est-à-dire de l'usage du discours, rapprochent ce trouble du langage des troubles de la communication. Cette catégorie s'inscrit au sein des troubles du langage dits « purs », correspondant à des enfants disposant a priori d'une bonne communication non verbale. Pourtant, la ressemblance entre le discours d'un enfant souffrant du syndrome pragmatique sémantique et le discours d'un enfant psychotique est frappante. Pour Danon-Boileau<sup>63</sup>, cette catégorie demeure problématique et soulève l'existence d'un lien non théorisé entre trouble de la communication et trouble du langage.

Il faut noter que les troubles du développement du langage oral sont prédictifs de troubles de la lecture ultérieurs. En effet, on trouve parmi les enfants souffrant de dysphasies de nombreux enfants ayant des troubles d'apprentissages du langage écrit<sup>24</sup>.

### 3. Les dyspraxies

Mazeau<sup>24</sup> distingue trouble de la motricité et trouble praxique. Dans le premier, l'anomalie est constante et régulière, alors que la performance est fluctuante en cas de trouble praxique. De plus, la dimension spatiale du trouble est toujours au premier plan dans les dyspraxies, où l'organisation spatiale du geste ou de ses différentes composantes est mise en échec.

Selon le type de geste, on distingue plusieurs variétés de dyspraxies :

- la dyspraxie constructive, la plus fréquente. Elle correspond à un trouble de l'arrangement, de l'assemblage des divers éléments constitutifs d'un tout.
- la dyspraxie idéatoire/idéomotrice, caractérisée par un trouble de l'organisation des séquences du geste ou de l'utilisation d'un outil (ciseaux, couteau...).

---

<sup>63</sup> Danon-Boileau L. Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Que sais-je ?, PUF, 2004, p. 33-59.

<sup>24</sup> Billard C. Les dysphasies de développement. Ibid., (Livret 3 : Langage oral), p. 65-76.

<sup>24</sup> Mazeau M. La diversité des dyspraxies. Ibid., (Livret 5 : Fonctions non verbales), p. 56-60.

- la dyspraxie visuo-spatiale, caractérisée par un trouble de l'organisation du regard. Le trouble visuo-spatial est associé au trouble gestuel.

#### 4. Les dyscalculies

Les enfants présentant des difficultés en arithmétique ont des profils cognitifs très hétérogènes et diverses classifications en sous-types ont été proposées. Pour autant, il n'existe pas dans la littérature de classification générale des différents types de troubles de l'apprentissage du calcul. Le faible nombre de publications à ce sujet (à la différence des publications sur la lecture) et l'absence de consensus sur les critères diagnostiques en sont des explications parmi d'autres.

Les auteurs du rapport INSERM<sup>11</sup> citent la classification de Badian<sup>64</sup> en 1983, qui distingue :

- la dyscalculie résultant d'une aphasie avec alexie ou d'une agraphie des nombres,
- la dyscalculie résultant de difficultés visuo-spatiales avec mauvais alignement des nombres,
- l'anarithmie, c'est-à-dire une bonne connaissance des faits numériques associées à une confusion entre les algorithmes de calcul,
- les dyscalculies liées à des troubles attentionnels se traduisant par des oublis lors de l'exécution des algorithmes de calcul et des difficultés à mémoriser les tables. Pour Badian, c'est le sous-type le plus fréquent.
- les dyscalculies combinant ces différentes catégories.

Les différents sous-types décrits sont à la fois caractérisés par la nature des erreurs les plus fréquentes, comme dans l'anarithmie, ou définis par une cause fonctionnelle sous-

---

<sup>11</sup> Inserm. Dyscalculie et troubles de l'apprentissage de l'arithmétique. Ibid., p. 291-342.

<sup>64</sup> Badian N.A. Dyscalculia and nonverbal disorders of learning. In : Progress in learning disabilities. Myklebust H.R. (ed), Vol. 5, Stratton, New York, NY, 1983, p. 235-364. Cité par INSERM (11).

jacente (troubles attentionnels, difficultés spatiales), ou encore décrits comme résultant d'autres troubles (aphasie).

Ce type de classification est hétérogène, et ne repose pas sur une théorie explicative du trouble. L'intérêt en est donc limité.

**A l'instar des recherches sur la dyslexie, des études anatomiques et d'imageries s'intéressent aux troubles du langage oral. L'hypothèse d'un trouble de la maturation cérébrale qui compromettrait la spécialisation cérébrale attire l'attention des chercheurs. Les études concernant la dyspraxie et la dyscalculie sont beaucoup moins nombreuses et moins avancées.**

**Des classifications neuropsychologiques permettent de préciser les différents sous-types de troubles.**

**Les troubles spécifiques des apprentissages constituent des symptômes et ne doivent pas être confondus avec les troubles cognitifs dont ils résultent.**

## CONCLUSION

Les nombreuses données issues de la recherche, notamment en matière de génétique et d'imagerie fonctionnelle, fournissent des éléments pour appréhender les sous-basements physiologiques des troubles du langage et des apprentissages. Les avancées neuropsychologiques et cognitives sont riches et donnent un cadre de lecture intéressant.

Cependant, face à ces avancées, il faut rester prudent et ne pas confondre la question du *comment* (le dysfonctionnement) et celle du *pourquoi* (origine des troubles). Le point de vue neurologique nous semble nécessaire, mais ne peut probablement pas éclairer à lui seul l'appréhension de ces troubles. Dès lors, l'approche pédopsychiatrique peut-elle apporter une contribution utile ?

## **II. Pour apprendre, il faut pouvoir penser.**

Selon le petit Robert, la pensée correspond à « tout ensemble de représentations, d'images dans la conscience ». L'apprentissage implique au préalable de pouvoir « se représenter », de pouvoir symboliser. La psychanalyse s'est particulièrement intéressée à l'émergence de la pensée, à travers différentes théories. La pensée ne peut être envisagée sans le langage, instrument de communication par excellence, qui entretient des liens étroits avec elle. Parfois, des troubles d'origines diverses envahissent le psychisme et viennent entraver l'accès aux apprentissages.

### **A. Les préalables pour apprendre**

#### **1. Naissance de la pensée : apports psychanalytiques**

L'acte d'apprendre constitue une des formes du penser. S'intéresser à l'apprentissage nécessite donc de poser les jalons de la genèse de la pensée. Différents théoriciens ont contribué à cette question.

##### **a. L'origine inconsciente de la pensée**

###### *Du processus primaire au processus secondaire*

Si Freud n'a pas écrit spécifiquement sur la question de l'intelligence et des processus cognitifs, son œuvre est émaillée de réflexions à ce sujet.

En 1900, il s'intéresse au fonctionnement de l'appareil psychique et à son développement dans *L'interprétation des rêves*<sup>65</sup>. Freud suppose que, dans un premier temps, la structure de l'appareil psychique archaïque était celle de l'arc réflexe neurophysiologique. L'appareil psychique tendrait à se débarrasser des quantités d'excitations qu'il subit suivant le principe de constance. Ce modèle archaïque se complexifie du fait des besoins physiologiques corporels et de la façon dont ils sont assurés par la mère ou son substitut. La tension interne de l'enfant suppose l'intervention d'un tiers pour l'abaisser. L'état d'excitation interne

---

<sup>65</sup> Freud S. *L'interprétation des rêves* (1900). PUF, 1967.

supprimé, le bébé ressent alors de la satisfaction. Selon Freud, cette expérience est mémorisée de deux manières : grâce à une mémorisation de perception de la situation d'une part, c'est l'*image mnésique*, et, d'autre part, grâce à la *trace mémorielle* de l'état d'excitation par le besoin. Ce type de satisfaction ressemble plutôt à une activité réflexe ou instinctuelle.

Freud décrit alors le fonctionnement de l'appareil psychique suivant le *processus primaire* : le bébé réinvestit les traces mnésiques d'une expérience antérieure de satisfaction pour obtenir une satisfaction hallucinatoire de son désir. C'est le nourrisson qui, par l'expérience de l'attente, de l'intervalle entre les tétées, imagine le sein pour que le temps paraisse moins long. L'expression « hallucination du sein » désigne cette première expérience imaginaire, ébauche de la vie intérieure. Cette activité se distingue d'une manifestation d'intelligence puisqu'elle empêche toute pensée d'accéder à la conscience. Le fonctionnement primaire de l'appareil psychique ne supprime pas le besoin, mais nécessite le maintien de l'investissement des traces mnésiques, ce qui est coûteux en énergie pulsionnelle.

Peu à peu, cette tentative de satisfaction, au moyen de l'hallucination, est abandonnée. L'appareil mental se représente alors, non plus ce qui est plaisant, mais ce qui est réel, même si cette réalité est déplaisante. L'appareil psychique doit se soumettre au principe de réalité. Freud désigne ainsi le processus secondaire. Il explique que « la pensée n'est que le substitut d'un désir hallucinatoire »<sup>65</sup>. Cette pensée, élaborée dans le processus secondaire, est une pensée intelligente, caractérisée par un but et par la recherche de moyens nécessaires à la réalisation de ce but. Le processus secondaire permet de provoquer l'apparition de la mère, grâce à la mise en œuvre de la motricité, par les mouvements du corps, les vocalises et les cris. Ces processus répondent au caractère spécifique du besoin. Pour Freud, seul le processus primaire entre en jeu initialement ; les manifestations du processus secondaire apparaissent progressivement. Sur un plan topique, le processus primaire relève du domaine de l'Inconscient, alors que le processus secondaire relève de celui du Préconscient-Conscient.

Dans un article de 1911<sup>66</sup>, Freud s'intéresse à certains aspects du développement de l'appareil psychique, concomitants à l'apparition du processus secondaire. Il insiste notamment sur les actes de jugement remplaçant le refoulement mis en jeu dans le processus primaire. Aux décharges excitomotrices du processus primaire se substitue l'action orientée

---

<sup>65</sup> Ibid., p. 482.

<sup>66</sup> Freud S. Formulation sur les deux principes de fonctionnement mental, 1911, trad. J. Laplanche. In : Résultats, idées, problèmes (I). Paris, PUF, 1984.

vers un but. Il explique que, si la pensée est à l'origine inconsciente, elle accède à la conscience par le langage et les représentations de mots. En effet, l'acquisition du langage constitue un stade important. Laplanche et Pontalis définissent la représentation de chose et la représentation de mot comme « deux types de *représentations*, celle, essentiellement visuelle, qui dérive de la chose et celle, essentiellement acoustique, qui dérive du mot [...] la liaison de la représentation de chose à la représentation de mot correspondante caractérisant le système préconscient-conscient à la différence du système inconscient qui ne comprend que la représentation de chose. »<sup>67</sup> Le processus secondaire met alors en jeu, non seulement les représentations de choses dérivées des traces mnésiques, mais aussi les représentations de mots. Compte tenu de l'accès au langage, les activités de pensées deviennent infinies, car elles ne se limitent alors plus aux représentations de choses mémorisées.

En 1925, Freud précise, de nouveau, certaines notions relatives au fonctionnement de l'appareil psychique<sup>68</sup>. Il définit la négation comme un procédé utilisé par le patient, lorsque surgit, au cours de l'analyse, une pensée, un désir, un sentiment que celui-ci réfute. C'est un moyen pour un contenu refoulé d'arriver jusqu'à la conscience, à condition de se faire nier. Freud introduit alors la distinction entre la fonction intellectuelle du jugement et le processus affectif. Le jugement remplace l'appréciation affective plaisant-déplaisant, du fait de la confrontation entre les représentations réelles et mémorisées. Pour Freud, le jugement constitue l'action intellectuelle qui décide du choix de l'action motrice.

Le passage du processus primaire au processus secondaire se fait donc de la manière suivante : le Moi vise à retrouver dans la réalité extérieure l'objet primitivement halluciné, et maintenant devenu représentation-but. Pour retrouver cet objet absent, le Moi doit juger de la vraisemblance de l'objet supposé retrouvé. C'est l'épreuve de réalité, caractérisée par des comparaisons entre souvenirs et perceptions.

#### *Aspects économiques de l'intelligence et des processus cognitifs*

---

<sup>67</sup> Laplanche J., Pontalis J.B. Vocabulaire de la psychanalyse (1967). 4<sup>ème</sup> éd., PUF, 2004.

<sup>68</sup> Freud S. La négation, 1925, trad. J. Laplanche. In : Résultats, idées, problèmes (II). Paris, PUF, 1985, p. 135-139.

Freud relie la pulsion de savoir, ou pulsion épistémophilique, à la sexualité<sup>69</sup>. La pulsion de savoir dériverait d'une érotisation de la pulsion d'emprise, qui, elle-même est une pulsion non sexuelle, ne s'unissant que secondairement à la sexualité, et dont le but est de dominer l'objet par la force. La pulsion de savoir travaille avec l'énergie du plaisir de la vue, ou pulsion scopophilique. Ce plaisir de l'exercice des organes des sens se manifeste très précocement, et semble lié au plaisir de la découverte. Très vite, le désir de savoir est orienté chez les enfants sur les questions sexuelles - *d'où viennent les enfants ?* - et peut même être déclenché par celles-ci<sup>70</sup>. Freud s'est interrogé par la suite sur la question primordiale que se posent les enfants : est-ce celle de l'origine des enfants, celle de la différence des sexes et des relations sexuelles ? La curiosité prend donc sa source dans la quête de l'enfant du contenu à caractère sexuel, excitant l'intelligence et suscitant différentes hypothèses et théories. Puisque la curiosité intellectuelle (pulsion épistémophilique) dérive de la curiosité sexuelle (pulsion scopophilique notamment), l'inhibition de l'une peut avoir des retentissements sur l'autre, ce qui a alimenté différentes réflexions sur l'inhibition intellectuelle.

Freud a donc introduit un certain nombre de notions relatives au développement de la pensée : son origine inconsciente, l'importance du langage dans le développement des formes de pensée matures, ou encore la place primordiale des processus de liaison, la liaison correspondant à « l'opération tendant à limiter le libre écoulement des excitations, à relier les représentations entre elles, à constituer et à maintenir des formes relativement stables »<sup>67</sup>.

## **b. Le symbolisme selon Mélanie Klein**

Mélanie Klein s'est intéressée, elle aussi, aux concepts de pensée et d'intelligence. Dans l'article, *L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi*<sup>71</sup>, elle décrit sa conception des premiers systèmes de représentations du monde extérieur.

Lors d'un stade précoce du développement psychique, débutant par le désir sadique-oral de dévorer le sein de la mère, ou la mère, et s'achevant à l'avènement du premier stade anal, le sadisme agit sur toutes les sources du plaisir libidinal. Le sujet vise alors à s'approprier les contenus du corps de la mère et à la détruire. L'excès de sadisme de l'enfant fait naître

---

<sup>69</sup> Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Folio, 2005.

<sup>70</sup> Freud S. Les théories sexuelles infantiles (1908). In : La vie sexuelle, PUF, 1969.

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>71</sup> Klein M. L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi (1930). In : Essais de Psychanalyse, Payot, 2005, p. 263-278.

l'angoisse. L'enfant se trouve face à deux dangers : le sadisme et l'objet attaqué. En effet, le sadisme permet une libération de l'angoisse et le sujet se sent attaqué par les armes qu'il a utilisées pour détruire l'objet. Par ailleurs, l'objet devient un danger car l'enfant craint des représailles, selon la loi du talion. Le Moi, encore insuffisamment développé, doit alors faire face à une angoisse intense. Celle-ci déclenche le mécanisme de l'identification. Puisque l'enfant désire détruire les organes (pénis, vagin, sein) représentant les objets, il se met à les craindre. Il assimile alors ces organes à d'autres choses, qui deviennent elles-mêmes objets d'angoisse. L'enfant est donc poussé à de nouvelles assimilations symboliques. Klein explique que « le symbolisme n'est donc pas seulement la base de tout fantasme et de toute sublimation ; c'est sur lui que s'édifie la relation du sujet au monde extérieur et à la réalité en général. J'ai indiqué que le sadisme à son point culminant et la tendance épistémophilique apparue en même temps que lui ont pour objet le corps de la mère et ses contenus imaginaires. Les fantasmes sadiques qui concernent l'intérieur du corps maternel constituent la relation première et fondamentale avec le monde extérieur et la réalité »<sup>71</sup>. Klein nous montre donc que la diminution de l'angoisse, devant le corps maternel, permet une meilleure aptitude à comprendre le monde extérieur et à absorber des connaissances. La formation des symboles se fait grâce à l'angoisse. Son intensité ne doit pas être trop forte, afin que son élaboration par le Moi soit possible.

Dans *La contribution à la théorie de l'inhibition intellectuelle*<sup>71</sup>, Klein explique qu'au-delà d'un certain seuil d'angoisse, l'inhibition apparaît et peut entraver l'assimilation symbolique des objets du monde extérieur. Les inhibitions intellectuelles procéderaient du refoulement du désir de posséder la mère. C'est la réduction de la sévérité du Surmoi et du sadisme qui aident au dénouement de ces inhibitions.

En résumé, les objets fantasmés comme intérieurs au corps de la mère (pénis du père, excréments, bébés) sont investis libidinalement et agressivement et forment les premiers symboles. Ceux-ci sont projetés dans le monde extérieur, qui est alors investi par la curiosité de l'enfant. Les premières identifications projectives de la phase schizo-paranoïde, période correspondant aux 3-4 premiers mois de vie où l'angoisse de persécution prédomine, sont donc à l'origine de l'activité de penser et le point de départ du processus de formation des symboles. Mais ces premiers symboles sont ressentis par le Moi comme étant l'objet original

---

<sup>71</sup> Ibid., p. 265.

<sup>71</sup> Klein M. Contribution à la théorie de l'inhibition intellectuelle (1931). Ibid., p. 283-295.

lui-même et non pas un substitut. Le symbole à proprement parler est vécu comme représentant l'objet, et prend naissance à la phase dépressive, lorsque les sentiments dépressifs prédominent et lorsque la séparation d'avec l'objet, l'ambivalence, la culpabilité et la perte peuvent être tolérées. Le symbole a alors pour fonction, non de nier, mais de surmonter la perte.

Les théories kleiniennes mettent particulièrement l'accent sur le fantasme, mais elles n'abordent pas les qualités propres à l'expérience corporelle. D'autres auteurs, comme Winnicott, Bion, ou encore Anzieu, ont pallié ce manque en développant de nouveaux concepts, que nous allons être amené à préciser.

### **c. Le rôle primordial de la relation mère-enfant**

Winnicott développe des conceptions quant à l'organisation du Moi, la connaissance de la réalité extérieure et la genèse des fonctions cognitives.

Il s'est particulièrement intéressé au rôle de l'environnement et notamment au rôle des soins maternels pour le développement de l'enfant. Dans *Le développement affectif primaire*<sup>72</sup>, il aborde les processus primaires de développement : l'intégration, la personnalisation et la réalisation, celle-ci correspondant à l'appréciation du temps et de l'espace, et d'autres caractères propres à la réalité.

L'intégration commence dès le début de la vie, et le Moi s'organise progressivement grâce aux soins maternels. Elle est déterminée par le *holding*, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté<sup>72</sup>, et aussi par toutes les expériences instinctuelles qui se réalisent à travers la vie sensori-motrice. Si l'environnement fait défaut, le Moi reste immature et les expériences instinctuelles favorisent son démembrement. Devant cette angoisse, l'enfant se défend en ayant recours à la désintégration. Pour Winnicott, l'intégration du Moi ne peut se réaliser que si l'enfant vit une relation avec une personne unique, sa mère ou un substitut maternel. Il explique, en effet, que « l'enfant vient au sein dans un état d'excitation et prêt à halluciner quelque chose qui est susceptible d'être attaqué. A ce moment-là, le téton réel apparaît et il peut sentir que c'était cela qu'il hallucinait. Ainsi ses idées s'enrichissent de

---

<sup>72</sup> Winnicott D.W. Le développement affectif primaire (1945). In : De la pédiatrie à la psychanalyse (1958), Science de l'homme Payot, 2005, p. 57-71.

<sup>72</sup> Winnicott D.W. La théorie de la relation parent-nourrisson (1960). Ibid., p. 358-378.

détails réels dus à la vue, au toucher, à l'odorat, et la fois suivante, ce matériel est utilisé dans l'hallucination. C'est ainsi que s'édifie peu à peu sa capacité de faire apparaître ce qui est, en fait, disponible. »<sup>72</sup>

Le nourrisson acquiert progressivement le sentiment d'être réel et d'avoir une identité. Winnicott nomme *self* ce Moi différencié de l'extérieur, ce Moi mature. Il s'établit pendant la période de dépendance relative où l'enfant se différencie progressivement de la mère et se constitue au-delà des cinq premiers mois.

La personnalisation correspond au processus psycho-somatique par lequel le Moi se fonde sur un Moi corporel. Le sentiment que l'on a de sa personne dans son corps s'établit grâce au *handling*, c'est-à-dire la technique des soins corporels ainsi que l'expérience instinctuelle et les expériences paisibles répétées. Se référant à la théorie freudienne sur la sexualité infantile, Winnicott décrit le processus de personnalisation à travers le développement de la vie instinctuelle, qui permet d'accéder à une représentation imaginaire des parties du corps et de leurs fonctions. Parallèlement à l'éveil de la vie instinctuelle se constitue ce que Winnicott nomme une « réalité psychique, interne ou personnelle », au fur et à mesure qu'un intérieur et un extérieur s'établissent, la peau devenant la membrane frontière. Le schéma corporel se constitue ainsi progressivement.

La construction de la cohérence de l'enfant et la représentation du monde extérieur dépendent donc de la qualité de sa relation avec sa mère ainsi que de la continuité des soins maternels. Toute carence à ce niveau est susceptible d'entraîner des troubles de l'appréhension de la réalité, se manifestant, par exemple, par des défauts d'organisation des repères spatio-temporaux et éventuellement, plus tardivement, des troubles instrumentaux.

Pour Winnicott<sup>73</sup>, le développement émotionnel de l'enfant nécessite un environnement caractérisé par : le *holding* (la manière dont l'enfant est porté), le *handling* (la manière dont il est traité, manipulé), et l'*object-presenting* (le mode de présentation de l'objet). Lors des premiers stades du développement, le petit enfant n'est pas séparé de son environnement, mais, progressivement, la mère devient une composante de l'environnement, perçue par l'enfant. A un moment donné, le bébé a la capacité de regarder autour de lui. Winnicott fait alors l'hypothèse que le bébé, en regardant le visage de la mère, se voit lui-même, attribuant au visage maternel un rôle de miroir. Il s'agit du stade de l'identification primaire. En fait, ce que le visage de la mère exprime est directement lié à ce qu'elle voit.

---

<sup>72</sup> Winnicott. D.W. Le développement affectif primaire (1945). Ibid., p. 66-67.

<sup>73</sup> Winnicott D.W. Jeu et réalité. Folio, 2004, p. 203-214.

Lorsque la mère n'est pas en capacité d'assurer cette fonction, le bébé ne se voit pas lui-même et sa propre capacité créative risque alors de s'atrophier.

Selon Winnicott, la qualité de la relation précoce mère-enfant détermine le destin de l'intelligence de l'enfant.

Initialement, l'enfant a une relation primaire à la réalité extérieure, reposant sur l'expérience d'omnipotence et l'illusion qu'il crée lui-même l'objet désiré. Cette zone d'illusion suppose un chevauchement de ce que l'enfant conçoit et de ce que la mère apporte : c'est une zone intermédiaire entre la subjectivité et l'objectivité, nommée *espace transitionnel* par Winnicott. Il s'agit d'une aire du compromis, constituant la plus grande partie du vécu de l'enfant et persistant tout au long de sa vie, qui permet de maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure<sup>73</sup>.

Les phénomènes transitionnels constituent une zone d'expérience intermédiaire entre le fantasme et la réalité objective, entre l'auto-érotisme et la relation objectale. C'est la rencontre d'une création fantasmatique et d'un objet réel qui constitue l'*objet transitionnel*. Ces objets transitionnels ne viennent ni du dedans ni du dehors, mais d'un espace quelque part entre l'enfant et la mère. Ils ont une réalité propre et sont donc un progrès dans le développement, par rapport à l'illusion et à l'hallucination pure. Ces phénomènes s'établissent entre quatre et douze mois et peuvent persister, notamment dans des contextes d'angoisse de séparation ou des problématiques dépressives

Winnicott établit une continuité entre les phénomènes transitionnels et toute la vie culturelle, en particulier l'art et la religion. En effet, la zone intermédiaire, représentée par les phénomènes transitionnels, est nécessaire à l'instauration d'une relation entre l'enfant et le monde et est possible grâce à un entourage suffisamment bon au stade primitif. Mais l'adéquation quasi parfaite de l'environnement créé par la mère aux besoins de l'enfant ne doit pas durer trop longtemps. L'enfant doit disposer de mécanismes cognitifs lui permettant d'assurer lui-même le rôle protecteur de la mère. L'évolution de l'enfant pourrait être compromise par une adaptation prolongée de la mère aux besoins de son enfant.

Le phénomène transitionnel tente donc d'unir et communiquer. Il est un intermédiaire vers le repérage du réel plus que le représentant symbolique de la mère. Il est également la

---

<sup>73</sup> Ibid., p. 27-64.

première manifestation de l'enfant à créer ou à imaginer l'objet, c'est-à-dire à symboliser. Par exemple, le coin de couverture, ou tout objet transitionnel, symbolise un quelconque objet partiel, comme le sein maternel ; c'est en fait tout le maternage qui est symbolisé.

#### **d. Le concept d'appareil à penser les pensées**

Le psychanalyste Wilfred R. Bion<sup>74</sup> a développé une théorie très innovante de la genèse de la pensée. Marqué par la pensée kleinienne, il a également contribué à éclairer la pratique de la théorie freudienne. Il s'est intéressé aux troubles de la pensée, ce qui l'a conduit à construire une théorie sur l'origine et la mise en place des mécanismes de la pensée.

##### *La fonction alpha*

Bion fait l'hypothèse d'une barrière divisant les phénomènes mentaux. Celle-ci fonctionnerait comme une membrane semi-perméable, protégeant les fantasmes et les phénomènes endopsychiques de l'impact de la réalité, et préservant le contact avec la réalité d'un envahissement par les émotions internes. Cette barrière de contact correspond à la prolifération d'éléments nommés *éléments alpha*, formés par les impressions des sens transformées en éléments mnésiques, susceptibles d'être utilisés dans les souvenirs, les rêves et la pensée consciente.

C'est la fonction alpha qui appréhende les données sensorielles et émotionnelles et les transforme en *éléments alpha*. C'est une fonction symbolique primordiale qui permet à la personnalité d'enregistrer, d'élaborer et de communiquer la somme d'expérience qui la caractérise.

Si la fonction alpha est inopérante, les impressions sensorielles et les émotions ne peuvent être transformées : ce sont les *éléments beta*. Ils seront ressentis comme des « choses en soi » au sens Kantien du terme, c'est-à-dire, comme des objets qui ne peuvent être connus de l'homme. Ces éléments beta ne peuvent être utilisés dans les pensées du rêve, ni refoulés, ni utilisés au service de la pensée, mais ils sont évacués grâce à l'identification projective. Bion modélise ainsi le processus normal et pathologique de la pensée. Le traitement des émotions et des sensations dépend de la qualité de la fonction alpha.

---

<sup>74</sup> Bion W.R. Aux sources de l'expérience (1962). 5<sup>ème</sup> éd., PUF, Paris, 2007.

Les troubles de la pensée proviendraient donc d'une fonction alpha défaillante ou insuffisamment développée. Dans ce cas, celle-ci ne parvient pas à produire des éléments alpha, à la place desquels prédominent des éléments beta, entraînant une tendance à l'agir, faute de pouvoir créer des symboles.

### *Relation contenu-contenant*

Selon ce modèle, tiré de l'observation de la relation de la mère avec son nourrisson, le nourrisson projette dans le bon sein-*contenant*, un *contenu* constitué des sensations ou des émotions insupportables, afin de les recevoir désintoxiquées et plus supportables.

### *Développement des pensées*

Bion différencie différentes étapes dans le développement des pensées :

- les protopensées, correspondant à des impressions sensorielles et des émotions très primitives, en lien avec l'expérience concrète de l'absence et du manque. L'objet nécessaire, le sein par exemple, est considéré comme mauvais puisqu'il n'est pas possédé, et l'absence de l'objet se transforme alors en présence hostile. Les protopensées sont donc de mauvais objets dont le nourrisson veut se débarrasser ;

- les préconceptions, correspondant à l'attente, innée, de l'objet de satisfaction du nourrisson ;

- les conceptions, naissant de la rencontre entre l'attente innée du sein (préconception) et l'expérience réelle du sein (réalisation), dans le cas où la mère apaise le bébé par le contact avec son sein. La conception est caractérisée par sa qualité sensori-perceptive et associée à une expérience émotionnelle de satisfaction.

Grâce à sa capacité d'imagination intuitive, que Bion appelle rêverie, la mère accueille les projections-besoins du bébé et le soulage en se comportant comme un « contenant » de ses sentiments de déplaisir. La rêverie constitue un facteur, un élément de la fonction alpha maternelle. La mère a pour fonction d'élaborer ces éléments, que l'enfant projette en elle par le mécanisme d'identification projective, et de les lui renvoyer sous une forme assimilable par son psychisme ;

- la pensée proprement dite. Elle naît de la non-rencontre de la préconception avec le sein réel et de sa combinaison avec une frustration. Elle fait suite aux premières expériences de satisfaction. Il est nécessaire pour cela que le nourrisson ait une capacité suffisante à supporter la frustration ;

- l'appareil à penser les pensées. La capacité à supporter la frustration, facteur inné, associée à une aptitude de la mère à la rêverie, facteur extérieur, permet la mise en place de mécanismes visant à la formation d'*éléments alpha* et de pensées qui sont des représentations de « choses en soi ». Le non-sein devient une pensée ; se développe alors l'appareil à penser. Bion donne une place très importante à la mère dans la formation de l'appareil à penser de son nourrisson.

L'appareil à penser a pour fonction de traiter les pensées préexistantes et se forme progressivement dans l'esprit du bébé grâce à deux mécanismes. Le premier correspond à la relation dynamique entre le contenu projeté et l'objet qui contient (contenant). Le second repose sur la relation dynamique entre les positions schizo-paranoïde et dépressive. Dans la position schizo-paranoïde, les éléments de pensées sont dépourvus de liens entre eux, clivés, dispersés alors que le passage à la position dépressive est une phase du processus de réintégration de cette dissociation. Bion décrit ces mouvements de désintégration et d'intégration comme un mouvement pendulaire entre les deux situations.

### *Le lien C*

La théorie de Bion sur la pensée et le « penser » est aussi une théorie de la connaissance et de l'apprentissage par l'expérience. Selon cet auteur, toute connaissance tire son origine d'expériences primitives d'un caractère émotionnel en rapport avec l'absence de l'objet. C'est la capacité à supporter ou non la frustration, liée à l'expérience que Bion appelle le lien C, qui déterminera, pour chaque personnalité, le développement de la connaissance de soi-même, et, par extension, le développement d'autres connaissances. Le mot *lien* désigne une expérience émotionnelle où deux personnes, ou deux parties d'une personne, sont en interrelation. Bion choisit trois émotions de base : l'amour (A), la haine (H) et la connaissance (C), comme intrinsèques au lien entre deux objets, une expérience émotionnelle ne pouvant être conçue isolément d'une relation. Le signe C (connaissance ou savoir) permet de désigner le lien entre un sujet qui cherche à connaître un objet, et un objet qui se prête à être connu. Il

s'agit d'un lien actif, se référant à une nuance émotionnelle particulière, correspondant à la douleur ou la frustration inhérentes à la connaissance.

Pour Bion<sup>74</sup>, C se manifeste de manière précoce dans la relation entre la mère et le nourrisson, entre le contenant et le contenu. Lorsque le lien C fonctionne, l'expérience est source de bénéfice et de croissance mentale pour la mère et le nourrisson. A contrario, en cas de défaillance du lien C, ce dernier est remplacé par le lien – C (moins C). Il s'agit d'un état émotionnel où tous les facteurs de C sont inversés : ce sont l'envie et l'avidité. La relation contenant-contenu est marquée par le dépouillement et la destruction réciproque. Ce lien associe deux objets de telle façon qu'ils dépendent l'un de l'autre pour en produire un troisième, destructeur pour tous les trois. Lorsque le lien – C est présent, la personnalité est en proie à des émotions persécutrices ; la découverte et la croissance psychique ne sont alors plus possibles pour cette personnalité psychotique.

La capacité à penser du bébé repose donc sur sa tolérance à la frustration, sur un appareil à penser résultant du fonctionnement réussi des deux mécanismes décrits précédemment. Ce développement est celui de la partie non psychotique de la personnalité, cette dernière étant incapable de représentation et de symbolisation.

#### **e. L'expérience corporelle dans l'émergence de la pensée**

Dans la lignée des travaux de Winnicott et de Bion, Anzieu s'est intéressé au lien entre les pensées et l'expérience du corps, en développant le modèle du Moi-peau. Selon Anzieu, le Moi-peau désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »<sup>75</sup>

Comme toute activité psychique, le Moi-peau s'étaie sur une fonction biologique. Anzieu établit ainsi un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi. A l'origine, cet auteur distinguait trois fonctions au Moi-peau : « une fonction d'enveloppe contenant et unifiante du Soi, une fonction de barrière du psychisme, une fonction de filtre des échanges et

---

<sup>74</sup> Ibid., p. 111.

<sup>75</sup> Anzieu D. Le Moi-peau (1985). Dunod, 2001, p. 61.

d'inscription des premières traces, fonction qui rend possible la représentation. »<sup>75</sup> Dix ans plus tard, en 1985, Anzieu attribue huit fonctions au Moi-peau.

A l'image de la fonction de soutènement du squelette et des muscles dévolue à la peau, le Moi-peau a une fonction de *maintenance* du psychisme. La fonction biologique se fait par ce que Winnicott a appelé le *holding*, c'est-à-dire par la façon dont le corps du bébé est soutenu par la mère, alors que la fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel. C'est l'identification primaire à un objet support, contre lequel l'enfant se serre et qui le tient, qui est alors en jeu.

A la fonction de « sac » de la peau correspond la fonction *contenante* du Moi-peau. Cette fonction est principalement exercée par le *handling* maternel. Les soins du corps procurés par la mère, et adaptés aux besoins du bébé, éveillent chez lui la sensation-image de la peau comme sac. L'émergence du Moi-peau comme représentation psychique résulte des jeux entre le corps de la mère et celui de l'enfant, mais aussi des réponses apportées par la mère aux sensations et émotions de son bébé, notamment grâce à la rêverie maternelle.

Comme la peau a une fonction protectrice, le Moi-peau a une fonction de *pare-excitation*. Selon Anzieu, la mère sert d'abord de pare-excitation auxiliaire au bébé, puis, le Moi en croissance de ce dernier prend le relais, en trouvant sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction.

Grâce aux organes des sens tactiles, la peau donne des informations sur le monde extérieur. Le Moi-peau, lui, remplit une fonction d'*inscription des traces* sensorielles tactiles, renforcée par l'environnement maternel, s'il assure son rôle de présentation de l'objet.

L'auteur décrit d'autres fonctions : *l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, et la recharge libidinale.*

Grâce à sa double origine épidermique et proprioceptive, le Moi dispose de la double possibilité d'établir des barrières, devenant des mécanismes de défense psychiques, et de filtrer les échanges (avec le Ça, le Surmoi, et le monde extérieur). Pour Anzieu, « le Moi-peau fonde la possibilité même de la pensée ».<sup>75</sup>

Pour Berger<sup>43</sup>, les contenants de pensée sont « l'intériorisation de l'ensemble des expériences physiques et psychiques qui permettent à un sujet d'acquérir une représentation de lui unifiée spatialement, temporellement, émotionnellement, cognitivement [...] Un

---

<sup>75</sup> Ibid., p. 121.

<sup>75</sup> Ibid., p. 62.

<sup>43</sup> Ibid., p. 77.

contenant de pensée est une représentation inconsciente, celle qu'un sujet a de lui comme enveloppé, unifié, grâce à l'intériorisation d'un certain nombre et d'une certaine qualité d'expériences-limites somato-psychiques dont l'origine se situe à une période pré-symbolique et pré-verbale ». Ces contenants se constituent grâce à différents étayages : un étayage global sur la surface du corps par l'intermédiaire des contacts cutanés et sonores, un étayage antérieur notamment sur le visage de l'autre, grâce aux échanges visuels, et un étayage postérieur avec l'appui de la colonne sur le corps d'autrui. Les représentations des contenants peuvent s'exprimer en partie sous forme de signifiant formel, concept proposé par Anzieu, dans le prolongement de ses travaux sur le Moi-peau. Il les définit comme « les représentations de configurations du corps et des objets dans l'espace ainsi que de leurs mouvements ». <sup>75</sup> Ils sont constitués d'images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques, kinesthésiques, posturales, d'équilibration. Ils sont à la jointure des représentations de choses et de mots.

L'intériorisation progressive du Moi-peau par le sujet lui permet de se représenter comme entouré de manière continue. Mais, cette enveloppe virtuelle peut être altérée, si les modalités de contact ayant permis sa constitution sont inadaptées ; citons par exemple, des stimuli venus du monde externe intrusifs, ou encore des soins présents en quantité, mais sans investissement libidinal en qualité. L'expérience corporelle a donc une place décisive dans l'émergence de la pensée.

#### **f. Le concept d'enveloppe prénarrative**

Stern se démarque du modèle freudien des représentations issues du processus hallucinatoire de réactivation des traces mnésiques de satisfaction. Il amène le concept d'*enveloppe prénarrative*<sup>76</sup>, qu'il situe avant l'émergence du langage, et qu'il considère comme une entité non fragmentable, avec un déroulement temporel, une structure cohérente avec sa signification, son scénario dramatique, sa motivation et ses moments de tension. Ce sont des unités d'expérience subjective, premières formes de la pensée, présentes dès la période prélinguistique, reposant sur des prédispositions innées mais élaborées à partir de la réalité vécue par l'enfant dans son expérience subjective interpersonnelle. Stern, à la

---

<sup>75</sup> Ibid., p. 270.

<sup>76</sup> Stern D.N. L' « enveloppe prénarrative ». Vers une unité fondamentale d'expérience permettant d'explorer la réalité psychique du bébé. In : Ferrari P, Stern D.N. et al. Journal de la psychanalyse de l'enfant : Naissance de la pensée, processus de pensée 1993 ; 14 : 13-65.

différence de la psychanalyse traditionnelle, se situe dans une perspective constructionniste. En effet, il explique que les « fantasmes inconscients » sont créés par les constructions mentales à partir de l'expérience vécue, alors que pour Freud, ces fantasmes sont dérivés des pulsions, et pour les kleiniens, ils sont directement déterminés ou coexistent avec les pulsions. D'après cet auteur, nous continuons de « penser » et de représenter indépendamment des fluctuations dans les degrés de satisfaction des pulsions. Les cerveaux pensent continuellement, et la pensée serait donc une propriété indépendante du cerveau plutôt qu'un processus secondaire dérivé.

### **g. Fonctions de la pensée**

La question de l'origine de la pensée a stimulé de nombreux psychanalystes, les théories des uns enrichissant celles des autres. La place des interactions précoces y est importante et réunit les différents auteurs. Si l'origine de la pensée fascine, elle ne doit pourtant pas faire oublier la question de sa fonction.

Golse<sup>77</sup> propose plusieurs pistes de réflexion, en réponse à cette interrogation. Selon lui, l'aptitude à penser peut être conçue comme *composante du système pare-excitation*. Faisant l'analogie entre les besoins corporels et la pensée, l'auteur explique qu'initialement, le bébé a besoin d'un autre pour penser ses propres perceptions. Faire face seul au monde extérieur serait trop violent pour le bébé. La capacité de penser joue alors son rôle car elle permet la manipulation d'objets internes (images et représentations mentales) plutôt qu'une rencontre directe avec les objets externes. Elle peut être assimilée à un moyen de filtrage. Une partie du système pare-excitation de l'enfant est assurée par l'adulte, se chargeant de la fonction maternante (holding, protection...), et une autre partie est gérée par le bébé lui-même, notamment par l'intermédiaire de la variation de ses états de vigilance et ses capacités d'habituation<sup>78</sup>.

Le travail du penser favorise une certaine continuité de la relation aux objets internes. Ces derniers sont en effet évocables en l'absence de l'objet dans la réalité extérieure. Cette continuité pourrait compenser la discontinuité inévitable de la relation du sujet, ou futur sujet,

---

<sup>77</sup> Golse B. Naissance de la pensée et aléas de son développement. L'information psychiatrique Novembre 2006 ; 82(9) : 713-721.

<sup>78</sup> Brazelton T.B. Echelle d'évaluation du comportement néonatal. Neuropsychiatrie de l'enfance 1983 ; 31 : 61-96.

avec ses objets externes, du fait de l'alternance non maîtrisable des moments de présence et d'absence d'autrui. Le penser aurait donc une fonction de *réparation symbolique* de cette discontinuité.

Enfin, l'exercice de la pensée renforce le sentiment d'exister du sujet et consolide ainsi ses assises narcissiques. Golse évoque ainsi la fonction d'*ancrage narcissique* du penser.

L'acte d'apprendre implique de pouvoir penser. Différents psychanalystes se sont intéressés à l'origine de la pensée. Leurs travaux mettent en évidence l'importance de la qualité des interactions précoces entre la mère et son bébé pour le destin de la pensée.

Pour Freud, la pensée est, à l'origine inconsciente, mais le langage et les représentations de mot lui permettent d'accéder à la conscience. Selon lui, la curiosité intellectuelle ou pulsion épistémophilique dérive de la curiosité sexuelle.

Selon Mélanie Klein, les premières identifications projectives de la phase schizo-paranoïde favorisent l'activité de penser et constituent l'origine de la formation des symboles. Elle donne une place importante à l'angoisse née des fantasmes sadiques que l'enfant éprouve pour sa mère.

La qualité de la relation de l'enfant à sa mère, du holding notamment, est déterminante, comme le souligne Winnicott, pour la constitution du self de l'enfant. Grâce aux phénomènes transitionnels, celui-ci acquiert la capacité de symboliser.

Influencé par Freud et par Klein, Bion a développé une théorie de la pensée et de la connaissance. A l'instar de Winnicott, Bion accorde une place décisive à la mère dans la formation de l'appareil à penser de son nourrisson. La capacité de penser de celui-ci est déterminée par une certaine tolérance à la frustration, et un appareil à penser suffisamment solide. Cet appareil se constitue grâce à la relation dynamique entre les positions paranoïde-schizoïde et dépressive, et grâce à la relation dynamique entre la mère et le nourrisson, marquée par la fonction alpha maternelle métabolisant les sentiments insupportables projetés par l'enfant vers sa mère.

Dans la lignée des travaux de Winnicott et de Bion, Anzieu a développé le concept de Moi-peau, et a insisté sur l'importance du corps dans le développement de la pensée.

Se démarquant de la psychanalyse traditionnelle, Stern développe le concept d'enveloppes pré-narratives, reposant sur des prédispositions innées, élaborées à partir de la réalité vécue par l'enfant dans son expérience subjective interpersonnelle.

La capacité de penser remplit différentes fonctions : elle est une composante du système pare-excitation, agissant comme un filtre avec le monde extérieur. Elle assure également la réparation symbolique de la discontinuité de la relation du sujet avec ses objets externes. Enfin, le penser a une fonction d'ancrage narcissique en renforçant le sentiment d'exister du sujet.

## 2. Le langage, un instrument de pensée et de communication

Le langage n'est pas une fonction cognitive comme les autres. En effet, il transforme la pensée et permet la communication. On peut dégager trois modes successifs de communication adoptés par le bébé<sup>63</sup>. La *communication d'émotions* passe par la mimique et le regard. Elle se stabilise vers 3 mois, dès lors que l'enfant sourit au visage humain (premier organisateur de Spitz). Apparaît ensuite, entre 8 mois et 1 an, la *communication d'intentions*, caractérisée par le recours au geste. A partir de 1 an, émerge la *communication orale* avec les premières formes de « mots ». Il s'agit d'un premier langage permettant l'échange de représentations et d'affects. Vers 2 ans, l'enfant peut associer deux mots.

Ces étapes nécessitent des conditions spécifiques, des précurseurs qui complexifient la dimension purement physiologique du développement du langage.

### a. Aspects psychodynamiques du développement du langage

Houzel<sup>79</sup> définit trois références principales permettant d'envisager les processus d'acquisition du langage :

- la référence au langage comme mode de représentation du monde perceptif qui nous entoure est soutenue par le psychologue Jean Piaget ou le linguiste Noam Chomsky, qui émettent l'hypothèse d'une base biologique des processus d'acquisition. Pour le premier, c'est un processus adaptatif, pour le second, il s'agit de processus innés. Nous y reviendrons.

- Le langage peut être considéré comme un moyen de communication avec l'entourage. Cette référence sociale, différente des thèses constructivistes de Piaget, est défendue par Lev Vygotski et Jérôme Bruner qui s'inscrivent dans une approche socioconstructiviste<sup>80</sup>.

- Enfin, le langage peut être mis en lien avec le monde intérieur de l'enfant ; c'est la perspective psychanalytique. Houzel<sup>79</sup>, reprenant les concepts freudiens de représentation de

---

<sup>63</sup> Ibid., p. 15-32.

<sup>79</sup> Houzel D. Les aspects psychodynamiques du développement et des troubles du langage chez l'enfant. In : Guillaume J.C., François F. et al. Journal de la psychanalyse de l'enfant : Langages 2004 ; 35 : 193-210.

<sup>80</sup> Lieury A., De La Haye F. Psychologie cognitive de l'éducation. Topos, Dunod, 2004, p. 18-21.

<sup>79</sup> Ibid.

chose et de mot, explique que les mécanismes de pensée correspondant aux représentations de choses sont instables, alors que ceux correspondant aux représentations de mots sont plus organisés. C'est toute la différence entre les fonctionnements en processus primaire pour l'un et en processus secondaire pour l'autre. Le langage permettrait une stabilisation de l'ensemble. C'est la nécessité de stabiliser son monde intérieur qui pousserait l'enfant à parler. La notion de symbole est elle aussi capitale dans l'appréhension du problème de la genèse du langage. Le mot permet de représenter ce qu'il désigne et participe ainsi à la formation du symbole. Ce processus intrapsychique intervient dans la stabilisation des représentations que le sujet se fait de ses objets, y compris en leur absence.

Meltzer<sup>81</sup> définit cinq conditions au développement du langage d'un point de vue psychanalytique :

- « a) Il est nécessaire que le fonctionnement mental soit suffisamment organisé pour former des pensées de rêve qui puissent être communiquées par divers moyens, et non pas que l'enfant recoure purement et simplement à l'évacuation.
- b) Il doit y avoir un appareil pour transformer la pensée de rêve en langage ; cet appareil se compose des objets parlants internalisés à partir desquels et en identification avec lesquels, par un processus soit d'identification narcissique, soit d'identification introjective, on peut apprendre la grammaire profonde musicale pour pouvoir représenter les états psychiques.
- c) Dans les premières années, alors que l'impulsion à parler est encore forte, l'enfant doit construire un vocabulaire pour décrire le monde extérieur de manière à pouvoir développer la virtuosité de surimposer ce langage lexical de surface au langage musical plus profond et ainsi être capable de communiquer à propos du monde extérieur.
- d) Pour que la communication ait lieu, ces transformations internes, ce langage intérieur doivent trouver un objet dans le monde extérieur qui ait une réalité psychique suffisante et soit assez adéquatement différencié du self pour susciter l'émission vocale de ce processus interne.
- e) Le désir de communiquer avec d'autres être humains doit être suffisant pour soutenir la poursuite du processus de formation de la pensée du rêve. »

---

<sup>81</sup> Meltzer D. Le mutisme dans l'autisme infantile, la schizophrénie et les états maniaco-dépressifs. Corrélation entre psychopathologie clinique et linguistique. In : Meltzer D., Brenner J. et al. Explorations dans le monde de l'autisme, trad. fr., G. et M. Haag, et al. Paris, Payot, 1980, p. 200-215. Cité par Houzel (79).

Meltzer nous donne ici des éléments de réflexion sur les troubles du langage des enfants autistes, de certains enfants atteints de dysharmonie d'évolution mais aussi des enfants non psychotiques qui ont des difficultés importantes de langage. Ces conditions, nécessaires au développement du langage, complexifient la problématique de rééducation des enfants souffrant de dysphasie. Si l'enfant n'a pas suffisamment investi la communication linguistique, s'il ne s'est pas identifié à des objets parlants et capables de communiquer entre eux dans son monde interne, alors, une approche psychothérapeutique semble indiquée en première intention.

Après ces généralités sur les aspects psychodynamiques du langage, il semble intéressant d'explorer le stade préverbal préparant à la constitution du langage.

## **b. Emergence de l'intersubjectivité et du langage verbal**

Historiquement, les théories sur le développement de la conscience de soi et de l'autre ont sous-estimé les capacités de communication et de cognition du nourrisson. Actuellement, de nombreux travaux développent l'hypothèse d'une intersubjectivité précoce, à laquelle nous allons nous intéresser. A la suite d'éléments de réflexion sur ce concept, quelques notions sur les précurseurs du langage verbal seront abordées.

### *Le concept d'intersubjectivité*

Le partage du contrôle mental entre un nourrisson et son entourage nécessite deux compétences : la subjectivité et l'intersubjectivité. Trevarthen et Aitken<sup>82</sup> définissent la subjectivité comme « les rudiments d'une conscience individuelle et intentionnelle ». Elle implique la capacité du nourrisson à créer des liens entre les objets, les situations et lui-même, et à en prédire les conséquences. L'intersubjectivité correspond à la capacité du nourrisson à adapter ou à ajuster son contrôle subjectif à la subjectivité des autres.

Stern développe la théorie d'une constitution très précoce, à partir de 2 mois environ, d'un sens d'un soi-noyau du nourrisson<sup>83</sup>. Ce dernier correspond à une unité physique

---

<sup>82</sup> Trevarthen C., Aitken K.J. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir* 2003/4 ; volume 34 : 309-428.

<sup>83</sup> Stern D.N. *Le monde interpersonnel du nourrisson* (1989). 4<sup>ème</sup> édition, Le fil rouge, PUF, 2006, p. 96-134.

séparée, cohésive, limitée, avec le sens d'une activité, d'une affectivité, et d'une continuité temporelle propres. Il s'oppose ainsi à certaines théories psychanalytiques soutenant une longue période d'indifférenciation soi-autre. Selon lui, le bébé serait immédiatement prêt à percevoir, représenter, mémoriser, et à se ressentir comme l'agent de ses propres actions.

Entre le 7<sup>ème</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois de vie, le nourrisson découvre que les expériences subjectives, le « contenu » de l'esprit, peuvent être partagés avec l'autre<sup>83</sup>. C'est la découverte d'une « théorie des esprits séparés ». Le partage du vécu, ou intersubjectivité, devient possible quand les nourrissons sentent que les autres, différents d'eux-mêmes, sont susceptibles d'avoir ou de concevoir un état mental semblable au leur. Ce lien interpersonnel intersubjectif se fonde sur le lien interpersonnel noyau préexistant ; tous deux coexistent et interagissent. Le nourrisson, au stade préverbal, peut alors partager trois expériences subjectives, que sont :

- *le partage du centre d'attention*, en désignant du doigt et en suivant la direction du regard de quelqu'un d'autre,

- *le partage des intentions*, se traduisant par la communication intentionnelle aux alentours de 9 mois, au moyen de formes protolinguistiques de demande,

- *le partage des états affectifs*. Cela nécessite que le parent puisse lire l'état émotionnel du nourrisson dans son comportement manifeste, et qu'il présente un comportement proche, sous certains aspects, du comportement du nourrisson, sans en être une imitation. Enfin, le nourrisson doit pouvoir comprendre que la réaction parentale a un rapport avec sa propre expérience émotionnelle, et pas seulement avec l'imitation de son comportement. Pour réaliser cette opération, la mère ne doit pas se contenter de la simple imitation. Elle introduit alors des modifications dans les imitations. Lorsque le nourrisson est proche de l'âge de 9 mois, la mère adopte un comportement nommé *accordage affectif*. Il s'agit de l' « exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne ». <sup>83</sup> C'est une forme particulière d'intersubjectivité. L'accordage correspond à une reformulation d'un état subjectif. Pour Stern, cette période de formation d'un soi subjectif, marquée par les accordages, constitue un pas essentiel vers l'utilisation de symboles et l'acquisition du langage.

A la différence de Stern, Trevarthen développe une théorie de l'intersubjectivité primaire innée. Avant les trois mois, les nourrissons peuvent s'engager dans une

---

<sup>83</sup> Ibid., p. 164-180.

<sup>83</sup> Ibid., p. 185.

*protoconversation* avec la mère<sup>82</sup>. Le nourrisson est capable de s'accorder avec l'état dynamique et pulsionnel de l'adulte, en adoptant des expressions mélodiques ou prosodiques similaires. La proto-conversation entraîne un parentage intuitif affectueux, incitant l'adulte à une vocalisation musicale spécifique, associée à des expressions faciales animées ainsi qu'à des gestes adaptés. Le jeu proto-conversationnel est remplacé progressivement par un intérêt du bébé pour les objets. A 6 mois, des jeux plus actifs avec des objets ou avec son corps se sont substitués à la proto-conversation. Jusqu'au neuvième mois, on assiste au développement concurrentiel de la conscience de l'objet ou *faire quelque chose avec l'objet* d'une part, et d'autre part au développement de la conscience de l'autre personne ou *communiquer* avec elle. Plus tard, ces motivations s'intègrent, formant une intersubjectivité coopérative (conscience de personne-personne-objet), appelée intersubjectivité secondaire<sup>82</sup>. Ces étapes sont résumées en *annexe 2*.

Trevarthen insiste sur le fait que « l'esprit humain est, dès le début, motivé pour l'apprentissage psychologique coopératif, c'est-à-dire la maîtrise d'une interprétation d'indices sociaux ou interpersonnels au cours d'engagement sociaux, intelligents et réciproques. L'esprit et le corps du nouveau-né possèdent des fonctions spécifiques adaptées au développement de la capacité d'imaginer des significations créées en communauté ». <sup>82</sup> C'est une véritable pulsion de communication du nouveau-né qui est ainsi décrite. Chez le nouveau-né, l'imitation doit se comprendre dans une perspective interpersonnelle, et s'inscrit dans des compétences précoces pour le contact humain et la communication.

Bruner<sup>84</sup> va dans le même sens, soutenant que, si l'enfant possède un ensemble de capacités uniques prédisposant à l'apprentissage du langage, semblable au dispositif d'acquisition du langage développé par Chomsky<sup>85</sup> (Language Acquisition Device ou LAD), ce dispositif nécessite, pour son fonctionnement, l'aide de l'adulte grâce à un scénario transactionnel, modèle d'interaction entre un adulte et un tout petit enfant. Ces scénarios, souvent ludiques (échanges d'objet, jeu de coucou, cache-cache...) sont à la base du *système de support à l'acquisition du langage* (Language Acquisition Support System ou LASS), concept développé par Bruner. Ce système favorise le passage d'une communication prélinguistique à une communication linguistique de différentes manières. Une première façon de faire réside

---

<sup>82</sup> Ibid., p. 313.

<sup>82</sup> Ibid., p. 315-316.

<sup>82</sup> Ibid., p. 322.

<sup>84</sup> Bruner J. Comment les enfants apprennent à parler (1983). Paris, Editions Retz, 1987.

<sup>85</sup> Chomsky N. Réflexions sur le langage (1975). Flammarion, 2006.

dans la focalisation sur des scénarios transactionnels familiers et routiniers, permettant à l'adulte de mettre en évidence des caractères du monde frappants pour l'enfant et ayant une forme grammaticale de base. L'adulte peut également aider l'enfant, grâce aux scénarios, en appliquant des mots et des expressions sur des gestes familiers et des vocalisations émises pour effectuer diverses fonctions de communication. De plus, ces scénarios de jeu reposent sur des événements dont on établit les règles ou qu'on construit par le langage, et qui sont recréés indéfiniment par le langage. Ils permettent d'apprendre le langage et de l'utiliser. En dernier lieu, les scénarios devenus routiniers favorisent différents processus psychologiques et linguistiques qui s'enrichissent en s'étendant d'un scénario à l'autre. Pour Bruner, ces scénarios interactifs entre adulte et enfant ont donc une importance fondamentale. La présence de l'adulte est alors indispensable à l'acquisition du langage, résultant de l'interaction entre le LAD et le LASS. C'est l'accès au langage qui ouvre alors les portes de la culture à l'enfant.

Le schéma présenté en *annexe 3* modélise le propos de Trevarthen sur l'intersubjectivité. Cet auteur distingue chez le sujet trois types d'engagements dans sa relation au monde : avec son corps propre, avec les objets physiques et avec les autres personnes. A chacune de ces trois directions (A, B ou C) correspond un registre émotionnel : les émotions liées aux sensations corporelles, les émotions esthétiques pour les objets physiques et les émotions morales pour les autres personnes. Ce sont les combinaisons de ces trois registres qui engendrent trois domaines de notre vie psychique subjective et intersubjective : le premier correspond à la conscience pratique et créative, caractérisée par l'action du sujet sur le monde des objets pour son bien-être ; le deuxième correspond à la recherche de son bien-être personnel auprès des autres personnes, la relation d'attachement constituant une des expressions de ce registre interactif ; et le troisième domaine correspond à la collaboration du sujet avec d'autres personnes, dans un intérêt conjoint à l'égard du monde des objets. Ce mouvement de compagnonnage favorise l'apprentissage culturel (langage, pensée symbolique...).

Pour Golse<sup>86</sup>, l'accès à l'intersubjectivité se ferait, non pas en tout ou rien, mais de manière dynamique entre des moments d'intersubjectivité primaire, possibles d'emblée,

---

<sup>86</sup> Golse B. Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005 ; 53 : 340-348.

comme le défend Stern, et des moments d'indifférenciation. Il s'agirait alors d'un gradient dynamique et progressif entre indifférenciation primitive et intersubjectivité. Les moments d'intersubjectivité primaire présents nécessiteraient d'être travaillés et unifiés, afin que le bébé accède à une intersubjectivité stabilisée. Ce mouvement serait permis par l'existence de noyaux d'intersubjectivité primaire présents chez tout enfant. L'objet maternel permet également la confluence de ces moments d'intersubjectivité. Le risque de cette dynamique extra-psychique, que constitue l'accès à l'intersubjectivité, est qu'elle se fasse trop vite ou trop brutalement.

### *Précurseurs du langage verbal*

Dans le cadre d'un programme de recherche nommé PILE (Programme International de recherche pour le Langage de l'Enfant), Golse et Desjardins<sup>79</sup> se sont intéressés aux précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal, pendant la mise en place de l'intersubjectivité.

Les auteurs rappellent la distinction entre la communication *analogique* (infraverbale ou préverbale ou prélinguistique) et *digitale* (verbale ou linguistique).

La communication *analogique* serait essentiellement supportée par l'hémisphère cérébral mineur (le droit pour les droitiers). Elle véhiculerait surtout des données émotionnelles ou affectives, par des comportements non linguistiques (mimico-gestuels). Ces messages sont synthétiques, globaux et non codés.

La communication *digitale* relèverait surtout de l'hémisphère majeur. Elle serait essentiellement analytique et véhiculerait principalement des concepts.

La chaîne parlée est donc constituée d'un contenu et d'un contenant : le contenu renvoie aux éléments de l'énoncé alors que le contenant renvoie aux règles de l'énonciation (grammaire ou syntaxe) et à la musique du langage (prosodie, timbre, ton et intensité de la voix, rythme, débit, silences...). Elle se compose d'une partie segmentable, l'énoncé linguistique, et d'une partie non segmentable ou suprasegmentaire, l'énonciation de type musical. Initialement, le bébé serait plus sensible à la musique du langage et des sons qu'à leur sens. Il entrerait alors dans le langage, non par la partie symbolique et digitale de ce dernier, mais par sa partie

---

<sup>79</sup> Golse B., Desjardins V. Une réflexion sur les débuts du langage verbal (du corps, des formes, des mouvements et du rythme comme précurseurs de l'émergence de l'intersubjectivité et de la parole chez le bébé). Ibid., p. 171-191.

affective et analogique. Ainsi, pour rentrer dans le langage et le symbolique verbal, il est nécessaire que le bébé ressente profondément que le langage de l'autre, et notamment de sa mère, le touche et l'affecte, et que, réciproquement, celle-ci soit touchée par ses premières vocalises. A ce titre, le discours orienté vers le nouveau-né, ou *motherese*, a été analysé<sup>82</sup>. Il contient des phrases répétées, produit des narrations d'émotions avec un rythme lent, changeant et cyclique. Cette musicalité pré-verbale aurait une importance particulière pour la communication des motivations et des sentiments. De plus, les nouveaux-nés disposent d'une capacité de discrimination précise entre les sons musicaux et les formes mélodiques, en particulier lorsqu'ils sont émis par la mère. Cette musicalité est nécessaire au développement de la conscience de soi et de l'autre, ainsi qu'au bien-être émotionnel du nouveau-né<sup>83</sup>.

Selon Golse, les capacités de narration verbale prendraient leur source dans l'aptitude du bébé à une narration comportementale ou préverbale par laquelle il « raconte » quelque chose de son vécu et de son histoire. Cette narration analogique préparerait et conditionnerait éventuellement l'émergence de la narration verbale. Mais ces deux types de narrativité ne se succèdent pas de manière linéaire, puisqu'elles coexistent pendant toute la vie. C'est donc la communication analogique, les émotions, les interactions, plus que le langage verbal qui pourraient influencer sur la constitution de certains retards du langage et sur les dysphasies.

Golse évoque l'idée d'un néostructuralisme des formes et des mouvements plutôt que d'un structuralisme des états (état intersubjectif versus état non intersubjectif). Il signifie ainsi que l'enfant doit faire un véritable travail de mise en forme à partir de sa perception des formes et des mouvements. Lorsqu'un parent parle à son bébé, les mouvements et les formes fixes (contour extérieur du visage de la mère par exemple) seuls sont perçus par le bébé dans un premier temps. Ce n'est que dans un second temps que le bébé intégrera les mots de l'adulte.

C'est le « mantèlement » ou réunion des flux sensoriels, permis par l'articulation des différentes modalités perceptives, grâce à la dimension intégrative des interactions, qui autorise l'accès à l'intersubjectivité puis au langage. Le langage verbal de l'adulte n'est donc pas transmis en tant que tel mais au travers des formes fixes et des mouvements « interprétés » par le bébé. Ce dernier affecte ainsi le langage de l'adulte puis le sien propre.

---

<sup>82</sup> Ibid., p. 325-328.

<sup>83</sup> Ibid.

Le corps et le visage maternel ont une fonction majeure d'organisateur contextuel dans ce travail de repérage et d'organisation structurale.

### c. Le langage : un système symbolique complexe

Les concepts de représentation mentale, de fonction symbolique, ou encore de contenu et de contenant de pensée sont fondamentaux pour caractériser le langage, système symbolique complexe par excellence.

#### *La représentation mentale et la fonction symbolique*

Le langage constitue un des systèmes symboliques permettant de représenter quelque chose par autre chose, mais il en existe d'autres, le langage n'étant pas le premier à apparaître dans la vie psychique. En effet, l'enfant, étymologiquement l'infans, c'est-à-dire celui qui ne parle pas, peut développer des interactions complexes avec son environnement, sans l'aide du langage, et dispose d'un puissant système de représentation mentale.

Pour Piaget, « la pensée représentative débute, par opposition à l'activité sensori-motrice, dès que, dans le système des significations constituant toute intelligence [...] le *signifiant* se différencie du *signifié*. »<sup>87</sup> L'enfant accède à la possibilité de représentation par l'intermédiaire de l'image mentale à la fin de la période sensori-motrice (période marquée par l'action, la sensori-motricité et l'absence de pensée). Avec l'apparition de l'intelligence représentative, chaque objet est représenté, c'est-à-dire évoqué en image, c'est l'entrée dans la période de l'intelligence symbolique pré-opératoire. Progressivement, l'enfant est capable d'évoquer l'objet en son absence, grâce à la correspondance entre l'objet et l'image mentale. Pour ce faire, l'enfant a besoin d'une capacité d'évocation, et de moyens d'évocation. Piaget avance donc l'hypothèse de la *fonction symbolique* ou *sémiotique*, définie comme la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement en utilisant des signes ou des symboles. Les moyens d'évocation sont le langage, l'imitation différée (imiter par le corps et ses mouvements éventuels un événement déjà vécu en l'absence du modèle), l'image mentale, le dessin et le jeu symbolique (utilisation d'objets banals pour représenter une action ou un événement). Ces conduites apparaissent durant la deuxième année. C'est la fonction

---

<sup>87</sup> Piaget J. La formation du symbole chez l'enfant (1945). 8<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Lausanne-Paris, 1994, p. 172.

symbolique qui sépare la pensée de l'action et qui crée la représentation. Le langage a néanmoins un rôle fondamental dans ce processus puisque, à la différence des autres instruments sémiotiques construits par l'enfant au fil de ses besoins, il contient d'emblée des instruments cognitifs au service de la pensée (relations, classifications...).

Cette vision piagétienne de la représentation mentale semble en contradiction avec les théories psychanalytiques soutenant que l'enfant peut halluciner l'objet libidinal dès les premiers mois de sa vie. Pour Golse<sup>88</sup>, initialement, le bébé hallucine plutôt des choses globales, diffuses, floues, et le terme de représentation mentale ne couvre sans doute pas le même champ pour Piaget et pour la psychanalyse. Selon cet auteur, une représentation mentale globale et peu différenciée peut être investie affectivement de manière importante. Enfin, Golse fait une analogie intéressante entre la re-présentation mentale et le concept winnicottien d'object-presenting, se définissant comme la façon dont l'environnement présente la réalité extérieure à l'enfant, et permettant l'édification des premières relations objectales. En effet, il explique que l'enfant, en l'absence de la mère, joue le rôle de la mère et de l'enfant en se présentant à nouveau à lui-même, en se re-présentant mentalement les objets attendus. Il s'agit bien là de l'origine de la pensée symbolique : évoquer l'objet absent à l'aide d'un substitut mental. La représentation mentale apparaît donc comme une condition indispensable de la mise en place de la pensée.

### *Contenants et contenus de pensée*

Gibello s'est particulièrement intéressé à la question de la représentation mentale à travers ce qu'il nomme le « système intégré des contenants de pensée », distinguant les contenus et les contenants de pensée. Il explique que « les premiers sont simplement les diverses représentations mentales et leurs investissements qui peuvent nous venir à l'esprit : représentations de choses, de transformations, d'affects, de mots, de nombres, d'œuvres musicales, etc. Les seconds sont les systèmes dynamiques qui génèrent ces représentations à partir de nos perceptions, de nos expériences et/ou de nos souvenirs, et en permettent la mémorisation. »<sup>79</sup> Les contenants de pensée n'existent pas en soi, ce sont des processus inconscients par nature.

---

<sup>88</sup> Golse B. Abord de quelques points de contact entre les théories affectives et cognitives. In : Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. 3<sup>ème</sup> édition, Masson, 2006, p. 262-295.

<sup>79</sup> Gibello B. Langage, inconscient et contenants symboliques complexes. Ibid., p. 71.

Il distingue plusieurs groupes de contenants de pensée que nous allons expliciter : les contenants archaïques, les contenants symboliques complexes, ainsi que les contenants culturels et groupaux<sup>79</sup>.

Les contenants de pensée archaïques, d'installation très précoce, permettraient la production de représentations et souvenirs non verbaux. On en distingue trois variétés selon leurs origines, leurs sources et leurs lois de fonctionnement :

- *les contenants de pensée fantasmatiques ou fantasmes* : décrits par Freud, ils prennent leur source dans les fantasmes originaires, sont activés par la sexualité et créent des représentations mentales nommées fantaisies. Ces dernières mettent en scène, sur fond de désir sexuel, quatre thèmes principaux : la séduction, la scène primitive, la castration et l'auto-engendrement. Pour Freud, il s'agit d'un processus primaire de fonctionnement de la vie psychique, à l'origine des rêves et des symptômes névrotiques.

- *les contenants de pensée cognitifs* : décrits notamment par Piaget, ils prennent leur origine dans les réflexes sensori-moteurs innés et sont activés par la curiosité. Ils constituent le moyen des processus cognitivo-intellectuels. Ils sont soumis à la relation de cause à effet et au principe de réalité. Les travaux de psychologie génétique ont décrit les contenants de pensée cognitifs relatifs à l'espace, au temps, au nombre, donnant sens aux contenus de pensée correspondants.

- *les contenants de pensée narcissiques* : prenant leur source dans le schéma corporel et les réflexes tonico-posturaux innés, ils permettent la constitution de la représentation de soi et de ses dérivés comme l'identité, l'image de soi.

Les contenants langagiers constituent un système de représentation, au même titre que les trois autres systèmes de représentation n'utilisant pas de mots : jeux symboliques, imitation différée, dessin. Avec le langage, ce sont quatre aspects de la fonction sémiotique déjà évoquée. La fonction sémiotique, définie comme la manière de représenter quelque chose par autre chose, étend les possibilités de représentation. Dans les trois premières activités

---

<sup>79</sup> Gibello B. Ibid., p. 69-87.

sémiotiques (jeu symbolique, imitation différée, dessin), le choix du signifiant et de son signifié sont du fait de l'enfant, alors que dans le cas du langage, les signifiants proviennent de l'extérieur, et leur maniement requiert des règles précises (lexique, grammaire, syntaxe). Cela est nécessaire à la fois pour se faire comprendre et pour se comprendre soi-même.

Le langage parlé et écrit appartient au groupe des *contenant symboliques complexes*, au même titre que la poésie, les mathématiques, la musique, le dessin, et plus globalement les activités artistiques ainsi que divers systèmes de pensée scientifique, ou certaines théologies. Ces systèmes se caractérisent par de multiples articulations hiérarchisées, ce sont par exemple les monèmes qui s'articulent en mots, les mots en groupes grammaticaux, ces derniers en phrases, etc...., ou encore, en musique, les notes s'articulent en accords et en mélodies, en mouvements et en styles musicaux. Gibello explique que les éléments de ces systèmes apparaissent comme des formes sur un fond, il donne l'exemple des formes du langage parlé et de la musique qui se détachent du bruit de fond général ou encore du dessin, de la peinture ou du langage écrit se détachant sur le fond de la page... De plus, les systèmes symboliques complexes, et notamment le langage, sont constitués de multiples liens associatifs. Autour de chaque partie du discours langagier, mathématique ou artistique se forment d'autres sens que le sens explicite. Ces autres sens définissent un autre discours formant une sorte de trame de fond. Dans le cas du langage, les liens associatifs établis entre les représentations de mot sont très nombreux : antonymes, synonymes, homonymes, figures de style... Ceux-ci permettent les associations d'idées, le camouflage du sens.

Le langage transforme la pensée. Les représentations de mots sont bien plus efficaces que les représentations de choses. De plus, le langage permet d'élargir l'univers fini des représentations archaïques de l'infans afin de lui donner accès à l'infini des représentations langagières.

Pour résumer, nous reprendrons les mots de Gibello : « le langage est un système symbolique complexe [...] ses sous-systèmes sont constitués de représentations mentales ayant une représentation concrète, tels les mots, les nombres, les notes de musique, etc. Ces représentations mentales sont prises dans un dense réseau associatif dont la structure est

probablement analogue à celle des réseaux de neurones formels. Autrement dit, le langage est constitué par des « objets » reliés entre eux par des liens associatifs ». <sup>79</sup>

Enfin, Gibello aborde les contenants de pensée culturels et groupaux qui façonnent les pensées organisées par le jeu des contenants archaïques et symboliques complexes, suivant l'histoire, les traditions, les mythes du groupe. Ils jouent un rôle dans les interdits sexuels, ceux relatifs à la violence, mais aussi dans les modalités de la vie sociale et familiale.

Il faut qu'un contenu de pensée soit traité par un ou plusieurs contenants de pensée pour prendre sens et être transformé en élément de pensée. Les contenants archaïques permettent de le situer par rapport à un triple système de références sexuelles, cognitives et narcissiques. Grâce aux contenants symboliques complexes, le contenu de pensée peut être évoqué, mémorisé, figuré ou encore communiqué à autrui. Enfin, les contenants culturels et groupaux le mettent en perspective par rapport à la culture du sujet : il sera alors banal ou étrange, voire inacceptable, révolutionnaire ou conformiste.

Ainsi le langage humain adopte-t-il une structure de système symbolique complexe. Il se caractérise par une trame mémorisée, formée de liens multiples entre des objets en forme de mots, et ayant fonction de support et de contenant à l'activité de pensée. A cette trame correspondent deux courants : l'un conscient, l'autre plus important, inconscient, formé par le halo de liens associatifs inhérents à tout énoncé. L'inhibition constructive permet de réguler ce courant inconscient. Elle permet ainsi de penser correctement mais, défectueuse, elle peut conduire à la maladie mentale, ou à une créativité artistique, à l'humour grâce à des associations d'idées insensées.

En thérapie, notons que chez certains enfants interdits de langage, la découverte d'autres systèmes symboliques complexes comme l'arithmétique ou la musique peut favoriser la métamorphose de la pensée, au moins partiellement, sortant l'enfant de son angoisse.

---

<sup>79</sup> Gibello B. Ibid., p. 79.

#### **d. Fonctions du langage**

Les notions de langage égocentrique et de langage de communication cristallisent les positions théoriques différentes de Piaget et Vygotski sur le développement du langage et de la pensée.

##### *Du langage égocentrique au langage intérieur*

C'est Piaget<sup>89</sup> qui a introduit la notion d'égocentrisme, aspect central de la pensée de l'enfant de deux-trois ans à sept-huit ans. Il s'agit de la manifestation d'une pensée centrée sur elle-même et donc non socialisée. Vygotski<sup>90</sup> s'est particulièrement intéressé à la notion de langage égocentrique et a développé un autre point de vue.

Selon Piaget, les conversations d'enfants peuvent être divisées en deux grands groupes : le langage égocentrique et le langage socialisé. Le langage égocentrique se caractérise par sa fonction : en effet, il est dit « égocentrique » car l'enfant ne vise pas à se placer du point de vue de l'interlocuteur, ne se préoccupe pas de savoir si on l'écoute, ne cherche pas à agir sur l'interlocuteur ou à lui apprendre quelque chose. On peut décliner ce langage égocentrique en trois variétés : la répétition ludique de syllabes ou de sons, le soliloque (monologue à haute voix), et le monologue collectif, fréquent jusqu'à sept ans, correspondant à des monologues de plusieurs enfants, où chacun affirme des jugements opposés, sans se placer du point de vue de son interlocuteur. Au contraire, le langage socialisé a pour fonction d'échanger des idées avec l'autre.

Pour Piaget, le langage du petit enfant est en majeure partie égocentrique. Il n'a pas de fonction de communication, et ne fait que rythmer l'activité et les expériences vécues de l'enfant. Ce langage diminue progressivement avec la croissance de l'enfant jusqu'à disparaître au seuil de la scolarité. Pour autant, l'enfant qui a abandonné le langage égocentrique reste soumis à l'égocentrisme, facteur déterminant de la pensée.

---

<sup>89</sup> Piaget J. Le langage et la pensée chez l'enfant (1923). 5<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Neufchâtel-Paris, 1962.

<sup>90</sup> Vygotski L. Pensée et langage (1934). La Dispute, 1997.

Vygotski<sup>90</sup> s'est rendu compte que le coefficient de langage égocentrique double par rapport au coefficient normal de Piaget lorsque les enfants sont face à des difficultés. Les perturbations survenant dans l'activité menée par l'enfant constituent donc un des principaux facteurs de l'apparition de ce type de langage. Selon cet auteur, le langage égocentrique n'a pas seulement une fonction expressive, une fonction de décharge ou encore une fonction d'accompagnement de l'activité de l'enfant, mais il permet aussi d'élaborer un plan face à un problème, il s'agit donc d'un instrument de la pensée.

Vygotski constate des analogies entre le langage égocentrique de l'enfant et le langage intérieur de l'adulte. La première réside dans la similitude de fonctions : tous deux sont un langage pour soi, distinct du langage social. La seconde réside dans leur structure : ces langages sont incompréhensibles pour les autres, tant ils sont abrégés.

Le langage intérieur est, pour Vygotski<sup>90</sup>, une fonction spécifique. C'est un langage en tant que tel, c'est-à-dire une pensée liée au mot. A la différence du langage extériorisé, où la pensée s'incarne dans la parole, c'est la parole qui disparaît dans le langage intérieur, donnant naissance à la pensée.

Contrairement aux hypothèses de Piaget, Vygotski soutient que le langage égocentrique ne disparaîtrait pas mais se transformerait en langage intérieur.

Les avancées de Vygotski sur ce sujet viennent contredire l'idée que le langage égocentrique de l'enfant est la manifestation directe de l'égoïsme de sa pensée. Le langage égocentrique pourrait même avoir une fonction de pensée réaliste, liée à la logique de l'action et de la pensée rationnelle, adaptées à un but.

Les théories de Piaget et Vygotski s'opposent quant à l'évolution du langage. Pour Piaget, le langage social succède au langage égocentrique, alors que pour Vygotski la fonction initiale du langage est la fonction de communication et de liaison sociale, tant chez les adultes que chez les enfants. Selon cette dernière hypothèse, le langage social apparaît le premier et se divise ensuite en langage égocentrique et en langage communicatif. Le langage égocentrique se transforme ensuite en langage intérieur.

Ainsi, le langage égocentrique constitue une forme transitoire du langage extériorisé au langage intérieur.

Si, pour Piaget, le développement de la pensée logique verbale se fait dans l'ordre suivant : pensée autistique non verbale, langage égocentrique et pensée égocentrique, langage socialisé

---

<sup>90</sup> Ibid., p. 65-134.

<sup>90</sup> Ibid., p. 415-500.

et pensée logique, pour Vygotski, il en est tout autrement : langage social, langage égocentrique et langage intérieur se succèdent. Le langage égocentrique est donc pour l'un une étape transitoire entre l'individuel et le social et pour l'autre une forme de transition entre le langage social et le langage individuel.

Pour Vygotski, c'est tout le développement de la pensée de l'enfant qui se fait du social à l'individuel.

### *Le langage de communication*

Les premiers mots de l'enfant sont là pour manifester une demande de partage de « sens », de partage d'affects.

Pour avoir envie de parler, il faut que le sujet ait envie d'abaisser la tension ressentie face à un monde en mouvement. Selon Danon-Boileau<sup>91</sup>, les premiers signifiants stables d'un enfant font référence à des états d'âme, à l'exception de « papa » et « maman ». Ils renseignent notamment sur son ressenti au contact du monde.

Le pointage correspond au moment où l'enfant veut faire partager à sa mère quelque chose qui l'intéresse lui. Il apparaît dans sa forme définitive entre 9 mois et 1 an. L'enfant peut alors construire un foyer d'attention partagée. L'objet de l'attention partagée dérive de ce qui est pour lui source d'inquiétante étrangeté, c'est-à-dire un objet qui surprend, qui évoque un souvenir constamment en écart avec ce qu'il perçoit.

Le mot « ça » de l'enfant ne représente pas un objet particulier, mais il code le processus affectif de mise en relation entre l'élément visible dans la situation actuelle, et l'élément présent dans la mémoire du sujet. La mère intervient dans l'étayage de cette mise en lien, à la demande de l'enfant. Le pointage et le « ça » constituent donc une première forme de relation entre un signe et sa représentation.

Parmi les premiers mots de l'enfant, en plus de ceux qui signifient un affect ou un point de vue sur des représentations, d'autres correspondent à des onomatopées (« broum broum », « meuh »...). Sans désigner un objet, ces mots disent quelque chose du monde. Les onomatopées sont en lien avec la motricité, sollicitée, dans son versant bucco-phonatoire, pour leur prononciation, et requise pour le mouvement permettant le jet de l'objet par

---

<sup>91</sup> Danon-Boileau L. Des enfants sans langage. Odile Jacob, 2002, p. 193-207.

exemple. L'onomatopée s'intègre dans un rituel d'interaction et d'alternance des rôles avec l'adulte.

L'étape suivante résulte du croisement des deux lignes initiales de production linguistique : celle qui code l'affect (« ça », « non », « encore »...) et celle qui code la motricité (les onomatopées). Le mot acquiert alors véritablement un statut référentiel. Par exemple, « broum broum » ne correspond plus à l'ordre de jouer à la petite voiture mais devient un signifiant associé à un signifié.

L'enfant répète alors le mot, ce qui devient une manière de jouer avec sa représentation par le biais de son signifiant. Ceci favorise probablement l'« explosion du vocabulaire », à la fin de la seconde année.

Comme l'explique Danon-Boileau, « progressivement, le langage se trouve donc établi à la croisée de tous les axes qui intéressent la symbolisation : celui qui relie le sujet à autrui et celui qui le relie au contenu de sa propre pensée, celui de l'affect et celui de la motricité, la parole automatique et la parole volontaire. »<sup>91</sup> Vers 2 ans, l'enfant accède à l'énoncé à deux mots. Il peut alors se détacher de la situation présente pour poser un thème commun avec l'adulte. En effet, le premier mot peut amener le thème et le second peut exprimer ce qu'on veut en dire. A ce stade, l'essentiel des opérations symboliques exprimées par le recours au langage est mis en place, même si d'autres étapes essentielles s'annoncent, comme l'acquisition du « je » et du récit.

Le plaisir de l'échange et le plaisir du jeu de langage sont prééminents pour l'organisation de la parole. Ce n'est pas le besoin qui motive les premiers mots mais plutôt le plaisir d'échanger des histoires, des pensées, et des affects autour d'un objet absent. Ainsi, parler ne sert pas à dire ce que l'on voit, ni à dire ce que l'on veut à partir de ce que l'on voit. Parler permet plutôt de dire ce que l'on éprouve au sujet de quelque chose que l'on ne voit pas, mais auquel renvoie un signe que l'on voit.

Pour Stern, « l'avènement du langage donne finalement la capacité de raconter l'histoire de sa propre vie avec toutes les possibilités qui permettent de modifier la façon avec laquelle nous nous voyons nous-mêmes »<sup>83</sup> La narrativité, c'est-à-dire pouvoir raconter ou se

---

<sup>91</sup> Ibid., p. 206.

<sup>83</sup> Ibid., p. 223.

raconter à soi-même, apparaît comme une compétence fondamentale dans la réparation de nos processus de pensée et dans l'étayage du sentiment continu d'exister.

**Le langage a la double fonction de transformer la pensée et de permettre la communication : il s'agit une fonction cognitive particulière.**

**Dans une perspective psychanalytique, le langage permet de stabiliser le monde interne de l'enfant. En effet, les mécanismes de pensée inhérents aux représentations de mots sont plus stables que ceux correspondant aux représentations de choses.**

**Des données récentes de psychologie développementale argumentent en faveur d'une intersubjectivité très précoce du nourrisson, reposant sur une véritable pulsion de communication et d'interaction de celui-ci. Ces capacités sont étayées par les interactions avec l'autre. La conscience du soi de l'autre lors de la communication favorise l'apprentissage culturel et le langage. Le nourrisson a donc un rôle actif dans ces processus.**

**Les précurseurs du langage verbal semblent se situer à un niveau analogique, émotionnel, le nourrisson étant particulièrement sensible à la musicalité du discours de l'adulte, et notamment de sa mère.**

**Le langage constitue un système symbolique complexe, servant de support à l'activité de pensée.**

**Les conceptions de Piaget et Vygotski s'opposent au sujet de la nature du langage égocentrique. Pour le premier, il s'agit d'une étape transitoire entre le langage individuel et le langage social. Pour le second, c'est le langage social qui apparaît le premier, pour ensuite se diviser en langage égocentrique et en langage communicatif, le langage égocentrique se transformant ensuite en langage intérieur.**

**Le langage permet de communiquer et les premiers mots sont motivés par le plaisir d'échanger. Le langage de communication donne également la possibilité de raconter sa propre histoire.**

## Conclusion

Le langage est une fonction cognitive complexe, qui se construit progressivement, dans les interactions de l'enfant avec son milieu. Si le langage permet de communiquer, il permet aussi de se raconter. Dès lors, les troubles du langage apparaissent pluridéterminés et les hypothèses théoriques se complètent.

Pour Danon-Boileau<sup>91</sup>, le langage et la communication se mettent en place grâce à trois axes différents. L'*axe cognitif* renvoie à la façon dont le sujet qui parle a construit son expérience et sa pratique du monde ; il s'agit de la manière dont sont pris en compte les autres humains, interlocuteurs potentiels. L'axe de la *mécanique langagière* fait référence à l'appareil à langage. Il est indispensable pour formuler des idées, des sentiments ou pour comprendre le propos de l'autre. Enfin, il décrit l'axe de la *symbolisation*, qui définit la place de la pensée, des représentations du sujet au regard du monde, de la pensée de l'autre et de sa propre pensée. Ces axes peuvent dysfonctionner d'où un retentissement particulier sur le langage.

### B. Les entraves aux apprentissages

Afin de donner des repères conceptuels et cliniques au pédopsychiatre, face aux difficultés d'apprentissage, Berger<sup>43</sup> propose d'en distinguer cinq groupes, que nous allons expliciter.

#### 1. Les troubles psychopathologiques « classiques »

Il s'agit ici, pour le pédopsychiatre, de repérer les symptômes d'un trouble envahissant du développement ou encore d'un trouble de la personnalité.

##### a. Les troubles envahissants du développement<sup>24</sup>

---

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Ibid., p. 191-223.

<sup>24</sup> Chabane N. Les troubles envahissants du développement et les troubles des apprentissages. Ibid., (Livret 8 : Grandes pathologies), p. 92-97.

Les enfants atteints d'un trouble envahissant du développement, comprenant le trouble autistique, rencontrent des difficultés dans leurs apprentissages. Mais le tableau clinique associe également des altérations qualitatives des interactions sociales, des anomalies qualitatives de la communication ainsi que des intérêts spécifiques, restreints et envahissants.

## **b. Troubles névrotiques**

Les troubles des apprentissages peuvent aussi être en lien avec des pathologies de la personnalité de l'enfant, et notamment des pathologies névrotiques.

Un interdit de penser peut alors entraver l'accès aux apprentissages. Dans certains cas, l'enfant peut souffrir d'une inhibition psychique importante, tout en ayant des capacités d'apprentissages normales. Cette inhibition prend sa source dans le déplacement d'une angoisse, résultant d'un conflit intra-psychique, sur la pensée<sup>24</sup>.

Dans le cas des secrets de famille, l'enfant est soumis à un interdit de penser, qui, au départ ne concerne que le secret, mais qui peut s'étendre à toute la pensée, entraînant alors une inhibition intellectuelle. En effet, pour Abraham et Torok<sup>92</sup>, le secret d'un parent est susceptible de ressurgir de l'inconscient, tel un fantôme, et de se manifester en induisant phobies, folies, obsessions. Pour eux, « le fantôme est le travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre [...] sa loi est l'obligation de nescience. »<sup>92</sup> Pour Diatkine<sup>93</sup>, dans un contexte de secret, l'enfant, soumis à cette « nescience », pourrait subir un interdit de penser et une inhibition intellectuelle.

## **c. Les dysharmonies évolutives<sup>24</sup>**

Ce concept, développé par Misès, regroupe des enfants au développement dysharmonique, qui présentent souvent des problèmes au niveau de l'individuation et des situations de séparation. Les troubles du comportement, d'intensité variable, peuvent masquer les éléments dépressifs. L'enfant présente un écart entre ses différentes fonctions cognitives, verbales et

---

<sup>24</sup> Graindorge C. L'enfant interdit de penser, les dysharmonies et les pathologies limites. Ibid., (Livret 8 : Grandes pathologies), p. 85-91.

<sup>92</sup> Abraham N., Torok M. L'écorce et le noyau (1978). Flammarion, Paris, 2006.

<sup>92</sup> Ibid., p. 391.

<sup>93</sup> Diatkine G. Chasseurs de fantômes. Psychiatrie de l'enfant 1984 ; XXVII(1) : 223-248.

<sup>24</sup> Graindorge C. L'enfant interdit de penser, les dysharmonies et les pathologies limites. Ibid., (Livret 8 : Grandes pathologies), p. 85-91.

non-verbales. Les symptômes d'allure psychotique (angoisse corporelle, rupture relationnelle, retrait dans un monde interne) ne sont jamais omniprésents.

Certains de ces enfants auront des difficultés à investir le langage, les mots et leur sens et notamment le sens figuré, alors que d'autres auront plus de mal avec la lecture ou le graphisme.

#### **d. Les pathologies limites<sup>24</sup>**

Ces enfants souffrent d'angoisses de perte. Ils sont particulièrement sensibles aux expériences de séparation qui les plongent dans une angoisse de rester vide. La représentation mentale de l'objet investi affectivement ne s'est pas construite de manière satisfaisante. Ces enfants ont souvent des difficultés à accéder aux phénomènes transitionnels. Ils sont dépendants de la présence matérielle de l'objet aimé.

Ces enfants sont en difficultés dans la construction de la représentation mentale, dans les abstractions, préférant des tâches basiques, ne faisant pas appel à la symbolisation. Des troubles du langage peuvent apparaître précocement. L'accès à l'orthographe et à la grammaire risque de poser problème également.

## **2. Les troubles des interactions précoces**

Il s'agit d'enfants présentant :

- soit des difficultés de représentation de soi, survenant quand le corps de l'enfant a été investi par son environnement de manière pauvre et chaotique ;
- soit des difficultés d'appropriation, quand le corps de l'enfant a été trop investi, sur le mode du forçage. Les difficultés d'apprentissage en lien avec la pathologie de l'appropriation prennent leur origine entre la période du narcissisme primaire, orale préobjectale, et l'organisation oedipienne de la personnalité. Ce domaine du développement psychique renvoie à l'instauration de la transitionnalité et à l'organisation de l'analité. A cette période émergent des questions autour de l'appropriation comme : comment devenir moins dépendant de cet objet devenu distinct de soi et idéalisé, de ce « bon sein » ? ou encore comment s'assurer que ce qui est en soi est bien à soi ? Selon les réponses du sujet à ces questions

---

<sup>24</sup> Graindorge C. L'enfant interdit de penser, les dysharmonies et les pathologies limites. Ibid., (Livret 8 : Grandes pathologies), p. 85-91.

s'organisent alors des couples activité-passivité, garder-donner, lier-désunir... Si le corps de l'enfant est investi par ses parents sur le mode du forçage, l'organisation de ces paires risque de se faire de manière conflictuelle, et l'appropriation est compromise. Les processus d'apprentissage sont alors perturbés.

- soit des difficultés à explorer le monde, en lien avec un mode d'attachement désorganisé, désorienté.

Nous en rapprochons l'hypothèse du lien entre anorexies intellectuelles, recouvrant un certain nombre d'échecs scolaires, et intégration de la structure architecturale de parenté. Pour Halimi et Khomsi<sup>94</sup>, l'interaction précoce mère-enfant permet la maturation du moi de ce dernier. Ce processus de développement cognitif repose, selon les auteurs, sur une internalisation progressive des structures architecturales de parenté, favorisant l'ancrage d'autres formes de savoir. L'essentiel de ce processus d'internalisation se fait à un niveau psychocorporel d'intégration des connaissances.

### **3. Les carences affectives, éducatives et sociales**

Dans ce cas, c'est l'insuffisance de stimulation ou d'investissement du plaisir corporel et langagier qui sont en cause. Berger cite une étude de Mises<sup>95</sup> de 2002 qui met en évidence des troubles et retards du langage, en lien avec des carences graves, chez un enfant sur deux scolarisé en zone d'éducation prioritaire. De plus, certains de ces enfants s'arrêtent de penser à cause de l'anxiété suscitée par cette activité psychique<sup>96</sup>.

### **4. Les atteintes organiques**

Il s'agit des atteintes neurologiques, sensorielles ou encore d'une déficience intellectuelle à l'origine des difficultés d'apprentissage.

### **5. Troubles d'apprentissage d'origine neurodéveloppementale**

---

<sup>94</sup> Halimi Y., Khomsi A. Savoirs et structures architecturales de parenté. Anorexies intellectuelles (première partie). L'information psychiatrique Février 1991 ; 2 : 111-117.

<sup>95</sup> Mises R. Santé mentale : encore les troubles de l'apprentissage ! La Lettre de Psychiatrie Française Mars 2002 ; 113 : 7. Cité par Berger (43).

<sup>96</sup> Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris, Dunod, 2004. Cité par Berger (43).

Dans ce cas, l'hypothèse est celle d'un dysfonctionnement neurologique, mais on a vu que subsistent des zones d'incertitude.

Berger insiste sur le fait qu'à un même trouble peuvent correspondre des causalités différentes. Il cite l'exemple de la dyspraxie qui, pour certains auteurs, est reliée à un déficit visuo-spatial, alors que, pour d'autres, la dyspraxie de certains enfants peut être liée à une perturbation relationnelle dans les échanges visuels et corporels précoces. Ces deux théories ne sont pas contradictoires.

## **6. Mise en lien avec la théorie des contenants de pensée**

Lorsque les contenants de pensée cognitifs sont défaillants, divers symptômes peuvent apparaître : « - la négligence ou l'incompréhension de certaines perceptions, sources de multiples difficultés d'apprentissages, tant sociaux que scolaires ou professionnels ;  
- l'interprétation de faits du monde extérieur par des contenants de pensée normalement dépassés à l'âge du sujet ;  
- des oublis, ou des altérations de souvenirs, accompagnés habituellement d'une impossibilité à apprendre par l'expérience ;  
- la difficulté ou l'impossibilité de prévoir, d'anticiper ou d'évoquer correctement des chronologies ;  
- des dysgnosies ou des dyspraxies, des troubles du langage parlé et/ou écrit, une incompréhension de la logique, du nombre, de l'espace. »<sup>97</sup> Gibello insiste également sur la coexistence fréquente de ces symptômes.

Ces symptômes peuvent s'associer et donner naissance à la dysharmonie cognitive pathologique, si les contenants de pensée cognitifs ont un développement décalé les uns par rapport aux autres. Dans le cas où l'ensemble des contenants de pensée cognitifs sont en retard par rapport à ce qu'on pourrait attendre, compte tenu de l'âge et du développement des capacités intellectuelles, on parle de retard d'organisation du raisonnement.

---

<sup>97</sup> Gibello B. Les contenants de pensée et la psychopathologie. In : Anzieu D. et al. Emergences et troubles de la pensée. Paris, Dunod, 1994, p. 11-26.

Les perturbations des contenants de pensée fantasmatiques et narcissiques renvoient aux tableaux de névroses et de psychoses. Elles sont généralement associées à des troubles variés des autres contenants de pensée.

Selon Gibello<sup>97</sup>, les troubles des contenants de pensée cognitifs peuvent avoir des causes très variées. En fait, tout se passe comme si ces troubles constituaient une voie finale commune à des situations de stress multiples. Cet auteur considère les troubles des fonctions supérieures consécutifs à des lésions cérébrales d'origines diverses (tumorale, pathologie traumatique, vasculaire, infectieuse ou hémorragique) comme des perturbations des contenants de pensée cognitifs et linguistiques. Il explique que l'on observe ces mêmes troubles dans les troubles graves de la personnalité (dysharmonies évolutives, psychoses, autisme infantile, perturbations narcissiques graves), ou encore dans les conséquences de carences affectives, d'abandons précoces répétés, les dépressions de l'enfant et les troubles des relations précoces mère-enfant. Gibello rappelle également que les altérations sensorielles de la petite enfance mal prises en charge sont susceptibles d'aggraver les processus d'instrumentalisation liés à l'audition ou à la vision.

Enfin, il semblerait qu'une défaillance, ou un conflit des repères culturels et spirituels puissent être à l'origine de troubles des contenants cognitifs et de graves souffrances narcissiques.

## CONCLUSION

Pensée et langage émergent dans la vie du bébé, marquée à la fois par les compétences propres de celui-ci et par des interactions sociales décisives. L'accès à la représentation mentale et à la symbolisation apparaît comme une étape majeure du développement. Parfois, des achoppements surviennent dans le développement de l'enfant et compromettent l'accès aux apprentissages.

Le concept de troubles des apprentissages interroge la notion d'intelligence, ce qu'elle représente et comment elle peut être évaluée. De plus, les aspects cognitifs ainsi introduits doivent être mis en perspective avec le champ psycho-affectif.

---

<sup>97</sup> Ibid.

### **III. L'intelligence : un concept surdéterminé**

Les réflexions sur la pensée, le langage, les apprentissages en soulèvent d'autres, non moins complexes, sur le concept d'intelligence. Le débat inné-acquis a longtemps animé les recherches autour de l'intelligence. D'ailleurs, l'innéisme était à l'origine une doctrine philosophique, selon laquelle les connaissances étaient inscrites dans l'esprit humain dès la naissance. A l'inverse, pour les empiristes, le cerveau ne dispose que de très peu de capacités à la naissance et, selon l'expression du philosophe John Locke, l'esprit est une *table rase* sur laquelle les connaissances venues de l'environnement viennent s'imprimer progressivement.

#### **A. Approche historique du concept d'intelligence**

##### **1. Du behaviorisme au constructivisme**

Mené par Watson, le *behaviorisme*<sup>98</sup>, ou comportementalisme, a eu une influence importante sur la psychologie américaine des années 1930 aux années 1960. Cette théorie de l'apprentissage repose sur l'idée que la psychologie est une science du comportement s'intéressant aux conduites observables, et non aux états mentaux du sujet, et sur l'idée du conditionnement, c'est-à-dire l'apprentissage par association entre un stimulus et une réponse. Le conditionnement serait à la base des conduites humaines. Watson a développé le concept de conditionnement pavlovien simple ou conditionnement répondant (théorie Stimulus-Réponse). Skinner s'est opposé à ce schéma réflexe trop simpliste et a conçu le modèle de conditionnement opérant, qui, contrairement au modèle de Watson, est soumis à la volonté de l'animal. Il s'agit d'un programme de réalisation, où l'animal se sert de ses essais et erreurs pour atteindre un but. Il modifie la nature de son environnement par son comportement. Selon Skinner, l'ensemble du comportement humain et de l'apprentissage de l'enfant peut se comprendre en termes de conditionnement opérant.

---

<sup>98</sup> Fournier M., Lecuyer R. et al. L'intelligence de l'enfant. Les dossiers de l'éducation, éditions Sciences Humaines, 2006, p. 304.

Dans le domaine de la psychologie, le terme de *constructivisme* fait référence à la théorie de Jean Piaget qui considère le développement de l'intelligence comme une construction progressive : il s'agit du résultat d'un processus d'adaptation, où interagissent l'inné (les structures mentales) et l'acquis (la prise en compte du monde extérieur). Ce courant se distingue donc de l'innéisme et de l'empirisme. Dans les années 1960, la théorie de Piaget prend une importance considérable et supplante le behaviorisme.

Piaget<sup>99</sup> définit l'intelligence en terme de capacité d'adaptation au milieu. Cette adaptation s'opère par le biais de deux fonctions : l'*assimilation* et l'*accommodation*. La première correspond à l'incorporation d'éléments du milieu à la structure de l'individu ; la seconde correspond aux modifications de la structure de l'individu en fonction des modifications du milieu. Ainsi, le petit enfant qui apprend à saisir des objets devra modifier sa manière de faire lorsqu'il est confronté à un objet plus lourd ou anguleux. L'adaptation intellectuelle est une mise en équilibre progressive entre l'assimilation et l'accommodation, et l'adaptation n'est achevée que lorsqu'elle aboutit à un système stable, c'est-à-dire lorsqu'il y a équilibre entre assimilation et accommodation.

Piaget a élaboré une théorie du développement de l'intelligence en décrivant différents stades, caractérisés par un ordre de succession constant et par leur caractère intégratif, ce qui signifie que les structures construites à un âge donné deviennent partie intégrante des structures de l'âge suivant. On peut distinguer trois grandes étapes du développement intellectuel :

- le stade sensori-moteur (de la naissance à 2 ans). A ce stade, le nourrisson développe une intelligence sans pensée ou sans représentation, sans langage et sans concept. Elle est surtout pratique et fait intervenir la perception, les attitudes, les mouvements, sans évocation symbolique. La logique sensori-motrice repose sur le *schème d'action*, équivalent du *concept* de l'intelligence opératoire. Les *schèmes d'action* constituent des unités comportementales élémentaires, non liées directement aux objets. Ils permettent l'assimilation de nouveaux objets, alors que ces derniers, par accommodation, entraînent l'apparition de nouveaux schèmes.

- le stade de préparation et d'organisation des opérations concrètes (2 à 11/12 ans). La période pré-opératoire entre 2 et 6/7 ans, est marquée par l'émergence de l'intelligence représentative. La fonction symbolique (ou sémiotique) se développe : l'enfant devient

---

<sup>99</sup> Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant (1936). 9<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris, 1977.

capable de se représenter mentalement les objets. L'image mentale, l'imitation différée (imitation en l'absence du modèle), le langage, le dessin et le jeu symbolique (faire semblant de, faire comme si...) sont les cinq manifestations de cette fonction.

Durant le stade de l'intelligence concrète, entre 7 et 12 ans, la pensée de l'enfant se modifie de manière importante. En effet, elle accède à la réversibilité, ce qui permet l'élaboration des opérations de classification et de sériation, en même temps que se constituent les invariants de substance, poids et volume. L'intelligence de l'enfant opère sur le concret mais ne peut pas encore envisager d'hypothèses.

- le stade des opérations formelles (de 11/12 ans à 16 ans). Ce stade est marqué par l'apparition de la pensée formelle et du raisonnement hypothético-déductif. La pensée formelle opère sur un matériel symbolique comme le langage ou le symbolisme mathématique. Le raisonnement hypothético-déductif permet de déduire les conclusions à tirer d'hypothèses.

## **2. Critiques du constructivisme piagétien<sup>98</sup>**

### *Le débat entre Piaget et Chomsky*

C'est lors du débat de Royaumont, en 1975, que Piaget et Chomsky ont pu échanger sur leurs conceptions de la genèse de la pensée et du langage.

En effet, les travaux du linguiste américain Noam Chomsky<sup>85</sup> s'opposent à la théorie constructiviste de Piaget. Le premier affirme l'existence de compétences mentales innées, inscrites dans le cerveau humain et expliquant ses capacités linguistiques universelles, alors que le second avance que les capacités cognitives ne sont ni totalement innées, ni totalement acquises mais résultent d'une construction progressive. Pour Piaget, le langage est une étape dans la construction de la pensée symbolique et de l'abstraction.

Les hypothèses de Chomsky vont alimenter un nouveau courant appelé *nativisme*, reposant sur l'hypothèse que le cerveau est prééquipé à la naissance. Les études sur les compétences précoces des nourrissons vont dans ce sens.

### *Les approches socioconstructivistes*

---

<sup>98</sup> Fournier M. Jean Piaget (1896-1980). Ibid., p. 17-23.

<sup>85</sup> Ibid.

Il a été reproché à Piaget de négliger l'influence du milieu social et culturel sur le développement de l'enfant. Selon lui, l'enfant apprend en trouvant, à l'intérieur de lui-même, les ressources permettant d'agir sur le monde physique des objets matériels. Le psychologue russe Vygotski<sup>90</sup> considère, quant à lui, que ce sont les relations de l'enfant, à la fois dans les interactions avec les autres, et dans la transmission de l'histoire et de la culture grâce au langage, qui lui fournissent ces ressources. Il explique que la direction du développement va du social à l'individuel et non pas de l'individuel au social. A l'opposé de Piaget, pour qui le développement et la maturation constituent la condition nécessaire à tout apprentissage, Vygotski soutient que l'apprentissage est une condition préalable au processus de développement. Il distingue deux situations d'apprentissage : celle où l'enfant peut apprendre et faire seul certaines activités, et celle où l'enfant ne peut apprendre et faire une activité qu'avec l'aide d'un adulte ou d'un pair plus âgé. Il désigne par *zone proximale de développement* la distance entre ce que l'enfant peut faire seul et ce qu'il peut effectuer avec l'aide d'un tiers ; cette zone délimite l'espace dans lequel doit se faire l'apprentissage.

Le langage a une place majeure dans la théorie de Vygotski. En effet, les interactions langagières entre l'enfant et l'adulte, ou entre l'enfant et ses pairs, sont indispensables aux apprentissages. Le langage constitue alors un instrument de médiation aidant à la construction de l'intelligence.

Bruner<sup>100</sup> s'est intéressé également à l'influence de l'environnement social sur l'apprentissage en développant la notion d'étayage. C'est par exemple l'enseignant qui soutient l'élève en décomposant une activité en sous-tâches, pour la rendre plus abordable, ou en l'aidant à cheminer dans son raisonnement à partir de ce qu'il a déjà fait. Pour cet auteur, la construction de l'apprentissage se fait à mesure que l'enfant comprend le sens des tâches à accomplir et intègre les procédures de résolution à utiliser<sup>80</sup>.

### 3. Perspectives actuelles<sup>98</sup>

Au début des années 1980, la théorie piagétienne de l'évolution par stades de l'intelligence perd sa suprématie. Des alternatives apparaissent alors, notamment grâce à de nouvelles techniques d'observation de l'enfant et à l'essor des sciences cognitives. Ces

---

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>100</sup> Bruner J.S. Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire (1983). 7<sup>ème</sup> édition, PUF, Paris, 2002.

<sup>80</sup> Ibid., p. 18-21.

<sup>98</sup> Vaille H. L'intelligence de l'enfant : théories actuelles. Ibid., p. 25-33.

dernières, nées avec l'ordinateur dans les années 1950, visent à l'étude et à la compréhension de tout système cognitif, c'est-à-dire de tout système complexe de traitement de l'information.

### *Les néopiagétiens*

Ils visent à concilier l'approche piagétienne et la psychologie cognitive. Dans ce modèle, la mémoire de travail est un élément clef du développement cognitif. La mémoire de travail, située dans le lobe frontal, conserve provisoirement les informations nécessaires à la résolution d'un problème. La croissance cognitive se ferait par une utilisation de plus en plus efficiente de la mémoire de travail. Ce changement se produirait, d'une part, grâce à l'automatisation des tâches familières, d'où une libération de l'espace de stockage en mémoire de travail, et d'autre part, grâce à un facteur de maturation biologique.

Ainsi, dans ce modèle, l'hypothèse d'un développement en stades de Piaget est conservée.

### *Les évolutionnistes*

Dans les années 1990 apparaissent de nouveaux modèles théoriques du développement. Ces théories ne reposent plus sur une progression de l'intelligence par stades, mais sur une progression dynamique, évoluant de façon graduelle et chaotique par petits pas rapprochés, avec des arrêts et des retours en arrière possibles.

Les théories évolutionnistes établissent une analogie entre l'évolution biologique et l'évolution cognitive. En effet, face à un problème s'éveillent différents modes de pensée entrant en compétition, et l'enfant doit choisir la stratégie la plus adaptée à une situation donnée.

### *Le courant du développement précoce*

L'étude des compétences précoces du bébé a permis des révisions importantes de la théorie piagétienne. Les tenants de ce courant décrivent le fonctionnement de l'enfant sans s'intéresser aux notions de structure ou de stade.

Depuis vingt ans environ se développent des études sur *la théorie de l'esprit*, définie comme la capacité qu'ont les enfants à attribuer des intentions, des croyances, des désirs ou des représentations mentales à eux-mêmes et à autrui. Pour la plupart des chercheurs, cette

compétence n'apparaissait pas avant l'âge de 4 ans. Des études récentes<sup>101</sup>, témoignant d'une théorie de l'esprit à 15 mois, remettraient ces données en cause.

La découverte de capacités précoces chez l'enfant ravive les interrogations sur la nature innée des compétences, opposant nativistes et constructivistes, alors que d'autres chercheurs prônent une vision complémentaire des choses, et pensent que le développement cognitif aurait pour origine des prédispositions innées et spécifiques.

### *Le courant de l'environnement social*

Selon ce courant, le contexte (les interactions sociales, l'éducation, la culture) constitue un facteur déterminant du développement cognitif. Le psychologue américain Jerome Bruner<sup>100</sup>, a fondé le courant de la psychologie culturelle et tente de concilier les théories de Piaget et de Vygotski.

Il existe donc des travaux très stimulants et très divers autour de la question complexe, et encore en débat, de l'intelligence de l'enfant. En pratique, face à un enfant présentant un trouble des apprentissages, il est nécessaire de pouvoir évaluer son fonctionnement cognitif afin d'en dégager les forces et les faiblesses. Cette question de l'évaluation de l'intelligence nécessite, elle aussi, quelques points de repères que nous allons expliciter.

## **B. Enjeux de l'évaluation de l'intelligence**

De nos jours, le concept d'intelligence évoque pour le sens commun le fameux quotient intellectuel (QI), ces deux notions étant souvent considérées comme synonymes. Or, le QI ne constitue qu'une des expressions possibles de l'intelligence. Il paraît donc nécessaire de clarifier ces concepts afin de les utiliser à bon escient.

### **1. Pourquoi évaluer l'intelligence ?**

---

<sup>101</sup> Onishi K.H., Baillargeon R. Do 15-month-old infants understand false beliefs ? Science 2005 ; 308. Cité par Fournier et al. (98).

<sup>100</sup> Ibid.

La mesure de l'intelligence soulève des controverses. Pour certains, le QI est un outil peu pertinent en clinique, et d'autres encore en ont dénoncé les risques de dérives racistes et eugénistes. En effet, la psychométrie a souffert d'un certain nombre de dérives. Pendant l'entre-deux-guerres, les tests se développent et certains les utilisent pour expliquer les différences individuelles par l'hérédité. C'est alors la porte ouverte à des dérives telles que des pratiques ségrégatives envers les classes défavorisées, la promotion de l'eugénisme, la restriction de la vie sexuelle pour ceux que les tests classent comme débiles, ou encore l'utilisation de quotas pour classer les immigrants.

Pourtant, le concept d'intelligence et sa mesure demeurent très utilisés de nos jours et il semble intéressant de s'interroger sur les principales fonctions remplies par les tests d'intelligence. Grégoire<sup>102</sup> en dénombre quatre :

- Indicateur de l'efficacité cognitive actuelle et future. En effet, les mesures de l'intelligence seraient les meilleurs prédicteurs des performances scolaires et professionnelles. Néanmoins, il convient de rester prudent devant ces prédictions car ces corrélations ne sont pas parfaites.

- Critère diagnostique de certains troubles. La mesure de l'intelligence appartient aux critères de certains troubles mentaux, comme le retard mental. Mais, surtout, le QI constitue également un critère de diagnostic différentiel. Dans les troubles des apprentissages, on a pu voir que les classifications internationales imposaient des performances nettement inférieures à celles attendues sur la base du niveau intellectuel du sujet. Mais, là encore, les corrélations entre le QI et les performances en lecture, par exemple, ne sont pas parfaites. Il faut donc rester prudent quant à l'utilisation du QI comme critère de diagnostic différentiel.

- Recueil de données cliniques. Pendant l'examen intellectuel, le sujet manifeste tout un échantillon de comportements et d'émotions. Ces informations cliniques, très riches, peuvent être, par exemple, l'intérêt et la motivation pour la tâche, les réactions émotionnelles, le contrôle attentionnel, la mémoire, les stratégies utilisées, les réactions motrices ou encore le langage...

- Exigence administrative. Dans ce cas, l'évaluation intellectuelle est demandée pour déterminer le degré de handicap du sujet, et les aides auxquelles il peut prétendre. Les

---

<sup>102</sup> Grégoire J. L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant. Fondements et pratique du WISC-IV. Mardaga, 2007, p. 9-14.

praticiens dénoncent le problème posé par le décalage entre la réalité complexe évaluée et le simple chiffre demandé par l'administration. Pour Grégoire, l'usage administratif du QI devrait répondre à trois règles : « (1) le QI devrait toujours être communiqué avec son intervalle de confiance qui rappelle son erreur de mesure ; (2) le QI devrait toujours être accompagné d'informations à propos de la validité de son recueil (degré de collaboration, fatigabilité, handicaps ou troubles interférant avec les performances...) ; (3) le QI devrait toujours être accompagné d'une interprétation qui intègre cette valeur dans l'ensemble du tableau clinique. »<sup>102</sup>

L'évaluation de l'intelligence semble donc indiquée dans différents contextes et nécessite un certain nombre de précautions. Mais ces quelques considérations ne permettent pas de comprendre ce que reflètent ces tests. Cette question implique de s'intéresser à leurs supports théoriques en caractérisant les différents modèles de l'intelligence.

## **2. Les différents modèles de l'intelligence**

Il n'existe pas de définition consensuelle du concept d'intelligence. Différents auteurs s'y sont intéressés, adoptant tantôt un modèle global, tantôt un modèle d'intelligences multiples. La recherche concernant ce sujet est encore active, stimulée par le développement des sciences cognitives. Pour le praticien s'intéressant aux troubles des apprentissages de l'enfant, quelques repères concernant les différents modèles de l'intelligence s'imposent car ils constituent la base théorique des tests d'intelligence et permettent d'en connaître les limites.

### *Le modèle global de Binet*

C'est en 1905 qu'Alfred Binet et Théodore Simon publient la première version de l'échelle métrique de l'intelligence : le test « Binet-Simon »<sup>103</sup>, qui inspirera de nombreux tests ultérieurs. Ce test avait été conçu, à l'origine, comme outil de diagnostic de la débilité mentale pour le recrutement des classes de perfectionnement. L'échelle de 1905, encore assez grossière, sera remaniée en 1908 puis en 1911. A la différence de ses contemporains, Binet avance, dès 1895, que la mesure de l'intelligence doit reposer sur les différences d'efficiences

---

<sup>102</sup> Ibid., p. 14.

<sup>103</sup> Binet A., Simon T. 1904-1905, L'élaboration du premier test d'intelligence. Paris, L'Harmattan, 2004. Cité par Fournier et al. (98).

des processus supérieurs (jugement, imagination, raisonnement...) qui sous-tendent l'intelligence. Ce test comprend une grande variété d'épreuves afin de se faire une idée globale de la capacité intellectuelle des sujets. Les items ne cherchent pas à évaluer une aptitude spécifique. Au contraire, c'est le résultat global qui importe pour Binet. Selon lui, l'intelligence est une propriété d'ensemble du système cognitif. En effet, c'est la compétence générale permettant d'analyser et de résoudre les problèmes qui caractérise des individus intelligents, et non pas une compétence dans un domaine restreint. C'est à partir de ce modèle global de l'intelligence que Binet, ou encore Wechsler, ont construit des échelles d'intelligence : l'évaluation du niveau intellectuel global d'un individu passe par l'utilisation d'un échantillon de tâches révélatrices de l'efficacité intellectuelle, sélectionnées au sein de plusieurs tâches. L'échelle d'intelligence a alors pour fonction de mesurer des domaines suffisants de l'intelligence pour déterminer un index de la capacité globale de l'individu, chiffre approximatif par essence.<sup>98</sup>

### *Remise en question du modèle unitaire de l'intelligence*

Pour Sternberg<sup>104</sup> et Gardner<sup>105</sup>, les tests d'intelligence traditionnels négligent certaines formes d'intelligence et leur mesure globale en donnerait une représentation tronquée. Sternberg avance l'hypothèse de trois formes d'intelligence indépendantes : analytique, pratique et créative. Gardner, quant à lui, soutient le modèle des intelligences multiples, qui dans sa dernière version, comprend huit intelligences indépendantes : verbale, logico-mathématique, spatiale, musicale, kinesthésique, interpersonnelle, intrapersonnelle et naturaliste. Mais il a été reproché à ces auteurs de ne pas avoir prouvé l'indépendance de ces différentes formes d'intelligence. D'ailleurs la plupart d'entre elles interagissent, par exemple, les intelligences musicale et kinesthésique chez le pianiste, ou se recouvrent. De plus, les instruments d'évaluation de ces différentes formes d'intelligence seraient peu convaincants.<sup>98</sup> Ainsi se pose la question de l'indépendance de ces différentes intelligences et celle de l'existence d'un facteur commun à celles-ci.

---

<sup>98</sup> Grégoire J. L'évaluation de l'intelligence en questions. Ibid., p. 141-159.

<sup>104</sup> Sternberg R.J. Beyond IQ : a triarchic theory of human intelligence. Cambridge : Cambridge University Press, 1985. Cité par Grégoire (102).

<sup>105</sup> Gardner H. Are there additional intelligences ? The case for naturalist, spiritual and existential intelligences. In : J. Cain (Ed.), Education: Information and transformation (p. 111-132). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1999. Cité par Grégoire (102).

<sup>98</sup> Grégoire J. L'évaluation de l'intelligence en questions. Ibid., p. 141-159.

## *Le facteur g*

En 1904, Spearman<sup>106</sup> affirme que toutes les tâches intellectuelles sont intercorrélées. Il avance l'hypothèse que ces corrélations sont déterminées par un facteur commun sous-tendant toutes les performances cognitives. Ne pouvant identifier précisément sa nature, il le nomme facteur g. En utilisant la méthode statistique de l'analyse factorielle, il met en évidence qu'un seul facteur est suffisant pour expliquer la majeure partie des différences observées dans une grande variété de tâches intellectuelles. Ce modèle sera remis en cause dans les années 30, ce qui aboutira à la proposition de modèles hiérarchiques combinant des facteurs d'étendue variable. L'existence d'un facteur général semble faire consensus aujourd'hui mais les différences interindividuelles ne peuvent s'expliquer par un seul facteur, d'où la nécessité d'associer au facteur général d'autres facteurs d'étendue plus réduite, afin de rendre compte des corrélations entre épreuves. Le modèle hiérarchique de Carroll<sup>107</sup> réalise une synthèse entre les conceptions unitaires de l'intelligence et les conceptions multifactorielles. Ce modèle s'organise selon trois niveaux : au niveau inférieur, on trouve les nombreuses aptitudes mentales primaires, d'étendue réduite (raisonnement séquentiel, mémoire associative,...) ; au deuxième niveau sont regroupés huit facteurs de large étendue (*intelligence fluide, dite logico-mathématique ou de performance, intelligence cristallisée ou verbale, mémoire générale, perception visuelle, perception auditive, capacité de rappel, rapidité cognitive, vitesse de traitement*) ; enfin, au troisième niveau figure le facteur g intervenant dans toutes les tâches.

Reste à savoir à quoi correspond le facteur g. Certains font l'hypothèse qu'il s'agit de la vitesse de traitement, pour d'autres, c'est la mémoire de travail, et plus particulièrement le système de contrôle attentionnel. Le facteur g pourrait être une combinaison de ces deux variables.

---

<sup>106</sup> Spearman C. General intelligence, objectively determined and measured. *American Journal of Psychology* 1904 ; 15 : p. 201-293. Cité par Grégoire (102).

<sup>107</sup> Carroll J.B. *Human cognitive abilities*. Cambridge : Cambridge University Press, 1993. Cité par Grégoire (102).

L'intelligence apparaît donc comme une réalité multifactorielle. Les différences interindividuelles ne peuvent être expliquées que par un ensemble de facteurs, coordonnés sous une forme hiérarchique. Le facteur g y tient une place centrale, qui ne doit pas faire oublier les facteurs de groupe (deuxième niveau du modèle de Carroll). C'est pourquoi toute mesure d'intelligence doit intégrer, de manière représentative, des épreuves évaluant les facteurs de groupe.

Le facteur g ne peut être mesuré de manière pure. En effet, de multiples variables sont susceptibles de modifier les performances du sujet, d'où une part d'erreur inévitable dans les mesures. Ces dernières sont des variables complexes déterminées, d'une part, par les facteurs intellectuels, mais aussi par d'autres facteurs, émotionnels ou de personnalité. Ainsi, toute mesure intellectuelle doit être appréciée par un professionnel compétent afin de déterminer sa véritable valeur.

### **3. Les troubles de l'intelligence**

De triple formation médicale, psychologique et psychanalytique, Bernard Gibello<sup>25</sup> tente de synthétiser les points de vue biologique, cognitiviste et psychodynamique de l'ontogenèse de l'intelligence. Il distingue les capacités intellectuelles et l'organisation de la pensée. Il explique que les premières sont évaluées par les tests d'intelligence, permettant le calcul d'un QI. Ces capacités intellectuelles, évaluées par la clinique ou par des tests, ne sont pas figées ; bien au contraire, elles peuvent s'améliorer ou diminuer. Elles ne constituent qu'une dimension de l'intelligence. Selon cet auteur, l'organisation cognitivo-intellectuelle est plus difficile à apprécier. Elle se définit comme « l'ensemble des représentations psychiques de connaissances mémorisées par le sujet : représentations des objets, repérage des invariants, représentation des relations et des transformations possibles entre les objets ou entre les invariants ». <sup>97</sup> Cette organisation est progressive, et suit les stades décrits par Piaget. L'observation montre que certains enfants ayant un quotient intellectuel normal, ont une structure de raisonnement en décalage avec leur âge. Il est donc indispensable de considérer, à la fois, le niveau intellectuel et le niveau de raisonnement, la dissociation entre les deux permettant de comprendre l'origine de difficultés d'apprentissage et d'échecs multiples, non compréhensibles sans cette notion.

---

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Ibid., p. 14.

A la différence des auteurs classiques, pour qui les troubles de l'intelligence se résument aux démences, débilites ou autres arriérations mentales, Gibello distingue trois groupes distincts de troubles cognitivo-intellectuels :

- les troubles de la capacité de l'appareil intellectuel. Il s'agit des variations anormales du niveau intellectuel (arriérations mentales et surdons intellectuels) ;

- les troubles de la structure des contenants psychiques. Les anomalies des contenants de pensée peuvent toucher la maturation de ceux-ci, induisant alors les retards d'organisation du raisonnement, ou l'homogénéité des structures de raisonnement utilisées, entraînant alors un tableau de dysharmonie cognitive pathologique ;

- les anomalies intellectuelles fonctionnelles, où le sujet est en incapacité d'utiliser les contenants de l'activité intellectuelle du fait de conflits internes (névroses, inhibition intellectuelle).

L'originalité des travaux de Gibello repose sur la catégorisation de la pathologie de l'intelligence en termes de contenants et de contenus. Un des intérêts de cette conception réside dans les implications thérapeutiques et notamment psychothérapeutiques.

#### **4. Les outils d'évaluation**

L'échelle métrique d'intelligence de Binet-Simon paraît en 1905 et sera révisée en 1908 et en 1911.

C'est en 1912 que le concept de quotient intellectuel (QI) est établi par le psychologue allemand Stern. Le QI se définit comme le rapport entre l'âge mental et l'âge chronologique et mesure donc la vitesse de développement.

Le test de Binet-Simon est rapidement adapté aux Etats-Unis. En 1916 naît le Stanford-Binet qui demeurera le test d'intelligence de référence jusqu'à l'apparition des échelles de Wechsler en 1939. Parmi ces échelles, citons le WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Intelligence Scale) adaptée aux enfants de 4 à 6 ans, et surtout le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), pour les enfants à partir de 6 ans jusqu'aux adolescents de 16 ans et 11 mois, test très utilisé par les psychologues scolaires notamment. Les tests de Wechsler distinguent le verbal et les performances non verbales. Le QI verbal (QIV) correspond aux notes obtenues aux tests d'épreuves verbales et le QI de performances (QIP) correspond à celles obtenues aux tests de performances.

Plus récemment, le Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) naît au début des années 80 aux Etats-Unis, et repose sur l'évaluation des processus de traitement de l'information. On distingue « les processus simultanés, réalisant la synthèse d'éléments séparés au sein d'un ensemble » et « les traitements successifs, qui, quant à eux, traitent l'information selon un ordre séquentiel qui suppose nécessairement un déroulement temporel. »<sup>102</sup> Le K-ABC est composé d'une échelle Processus Séquentiels et d'une échelle Processus Simultanés permettant d'obtenir une note standard pour chaque processus, ainsi qu'une note composite égale à la somme des notes aux deux échelles. Il existe enfin une échelle de connaissances.

Ce type de test se démarque des échelles traditionnelles car il évalue l'intelligence en termes de processus et non pas en termes de connaissances acquises. Pour autant, les échelles plus anciennes demeurent utilisées. Pour Grégoire, les échelles plus anciennes renseignent sur le fonctionnement global du système cognitif, alors que les tests d'analyse de processus sont utiles pour évaluer certains aspects particuliers du fonctionnement cognitif, mais moins valides pour l'évaluation globale<sup>98</sup>.

Cependant, depuis une dizaine d'années, les modèles récents de l'intelligence, comme celui de Carroll, influencent le développement de nouveaux tests (WISC-IV, nouvelle version du K-ABC). Le décalage entre la recherche fondamentale sur l'intelligence et son évaluation se fait moindre.

La conception multidimensionnelle de l'intelligence imprègne de plus en plus les tests et enlève de l'intérêt à la notion globale de QI. Annoncé comme un chiffre brut, il n'a aucun intérêt et ne pourra prendre sens pour l'enfant et pour les parents. En revanche, on a pu voir que les tests d'intelligence se fondent sur des théories stimulantes et donnent des informations précieuses sur le fonctionnement cognitif de l'enfant. Il est clair que dans le cas des enfants souffrant de troubles des apprentissages, une évaluation précise du fonctionnement cognitif est intéressante mais n'est pas suffisante. En effet, le risque est grand de cliver les aspects cognitifs des aspects psychoaffectifs de l'enfant. Or, ces deux champs sont indissociables.

### **C. Intrications entre le développement affectif et cognitif de l'enfant**

---

<sup>102</sup> Ibid., p. 98.

<sup>98</sup> Grégoire J. L'évaluation de l'intelligence en questions. Ibid., p. 141-159.

Les troubles d'apprentissage sont l'enjeu de débats entre ceux qui soutiennent l'hypothèse d'un dysfonctionnement neurologique et les partisans d'hypothèses psychologiques ou psychanalytiques. Comme le remarque Flagey<sup>108</sup>, il semble, a priori, difficile de penser à la fois à la dimension affective et cognitive des difficultés d'apprentissage. Tout se passe comme s'il existait une résistance à penser simultanément le subjectif et l'objectif. En effet, les professionnels intéressés par l'étude des troubles des fonctions cognitives objectivables et des troubles neurologiques éventuellement associés, ne parviendraient pas à appréhender le versant psychique subjectif et la relation entre ces deux niveaux. De la même manière, ceux qui étudient le versant psychique envisageraient difficilement le fonctionnement cérébral objectif, dont les dysfonctionnements peuvent sous-tendre certains états des affects et des représentations fantasmatiques. Les clivages des identités professionnelles renforcent alors les clivages de la pensée.

Pourtant, une vision interdépendante et intriquée des processus cognitifs et affectifs paraît plus riche, et sans doute plus juste, pour envisager la question complexe des troubles des apprentissages.

## **1. Développement conjoint de l'intelligence et de l'affectivité**

Pour Golse<sup>88</sup>, les dimensions cognitives et affectives sont imbriquées et interagissent de manière réciproque, que ce soit au niveau neuroanatomique et neurophysiologique, ou au niveau fonctionnel et dynamique.

Les données neuroanatomiques et neurophysiologiques vont dans le sens de cette intrication. En effet, il existe de nombreuses connexions entre les zones corticales et sous-corticales ainsi qu'entre le système limbique et le cortex, notamment le cortex frontal. Autrement dit, ces connexions révèlent des articulations fonctionnelles entre les zones de l'affectivité et les zones dévolues aux automatismes posturo-moteurs ou à la stratégie des décisions volontaires. D'autre part, Golse souligne que la plupart des grandes fonctions neuropsychologiques requièrent l'intrication des processus cognitifs et affectifs. Ces interrelations se mettent en place de manière précoce. En effet, le bébé accède au « sourire-réponse » grâce à une maturation neuromotrice suffisante, un potentiel cognitif adapté à la reconnaissance et à la

---

<sup>108</sup> Flagey D. Mal à penser, mal à être. Troubles instrumentaux et pathologie narcissique. *Enfances et psy*, Erès, 2002, p. 17.

<sup>88</sup> Golse B. Mise en relation des théories du développement affectif et des théories du développement cognitif. *Ibid.*, p. 249-295.

sélection du stimulus, ainsi qu'une relation à l'objet libidinal satisfaisante. De même, l'accès au langage à valeur communicationnelle nécessite un développement neuromoteur satisfaisant au niveau de tout l'appareil phonatoire, un développement intellectuel correct et enfin une maturation affective suffisante pour favoriser l'intention de communiquer.

L'enfant est complexe et, malgré les différents aspects de son développement, il faut en conserver une vision unifiée.

Un travail de recherche intéressant de Lemmel<sup>98</sup> rend compte des liens inextricables entre les dimensions affective et cognitive. Des élèves de 9 ans, avec un QI moyen, sont répartis en deux groupes, à partir d'une évaluation scolaire en français et en mathématiques : les élèves qui réussissent bien en classe et les élèves en échec scolaire. Au test de Rorschach (test de personnalité), on n'observe pas de différence concernant les signes de dépression, d'auto-dévalorisation, de confusion des émotions, de colère... La seule différence établie entre les deux groupes, au profit des élèves forts, correspond aux éléments de la relation à soi : l'investissement de soi, défini comme la capacité à avoir des repères internes solides pour affronter le monde et les apprentissages, et la capacité à se critiquer. L'auteur en conclut que des enfants ayant des fonctionnements identiques sur les plans cognitif et affectif diffèrent par l'articulation entre ces deux dimensions : les élèves forts sont déterminés alors que les élèves faibles évitent les conflits. Dans ce même article, les auteurs proposent un modèle schématique du fonctionnement de l'enfant : le noyau, équivalent du soi, se développe sur le fond correspondant à l'affect. Dans ces deux surfaces gravitent les apports cognitifs qui donnent à l'enfant la possibilité de penser. On voit bien que le cognitif et l'affectif ne peuvent être opposés.

## **2. Retentissement des troubles d'apprentissage sur le développement psychique global**

Selon Golse, « l'acte d'apprendre se situe à l'exacte interface entre, d'une part, l'équipement neurobiologique et cognitif de l'individu, d'autre part son environnement psychologique et relationnel au sens large (affectif, familial, social et culturel) ». <sup>109</sup>

---

<sup>98</sup> Meljac C., Lemmel G. Clinique et examen psychologique : points de vue de praticiens. Ibid., p. 161-170.

<sup>109</sup> Golse B. Apprentissages et échecs scolaires : aspects psychodynamiques. Journal français de psychiatrie 2002 ; 15 : 9-12.

Les troubles des apprentissages cristallisent le concept d'interactions entre les dimensions affective et cognitive. En effet, comme nous l'avons vu, les apprentissages ne sont pas possibles sans une certaine sécurité psychique. Par ailleurs, les troubles d'apprentissage ont des répercussions sur le développement psychique de l'enfant. En fait, les troubles affectifs retentissent sur la sphère cognitive et réciproquement.

Flagey<sup>108</sup> s'est particulièrement intéressée aux conséquences des troubles d'apprentissage sur le développement psychique. Elle explique que, face aux troubles d'apprentissages, l'enfant met en place des mécanismes de défense, susceptibles d'aggraver les conséquences des déficits cognitifs. Nous allons expliciter ces mécanismes.

### *Les défenses affectant les processus de pensée*

Flagey introduit la notion de champ cognitif qu'elle définit comme l'ensemble des objets d'investigation et des processus de pensée traitant des relations entre ces éléments.

La progression normale de l'enfant passe par des moments de déstabilisation cognitive. En effet, chaque nouvel apprentissage interroge une maîtrise déjà acquise et entraîne donc un risque pour le narcissisme.

Dans le cas d'enfants particulièrement fragiles narcissiquement peuvent se développer une *réduction du champ cognitif et une rigidification des processus de pensée*. Ainsi, l'enfant n'encourt pas le risque de la confrontation à l'absence de maîtrise inhérente à l'exploration d'un territoire inconnu.

Flagey avance le concept de *pensée floue* pour caractériser les mécanismes cognitifs d'enfants atteints de troubles instrumentaux. Ils appréhendent la réalité de manière floue et confuse. Ce type de pensée serait lié à la déficience de ce que Gibello<sup>79</sup> a nommé les contenants de pensée. Ces enfants ignorent qu'ils ne savent pas. La pensée floue apparaît alors comme un moyen de ne pas percevoir des failles cognitives insupportables narcissiquement.

L'enfant peut également protéger son narcissisme grâce à ce que Flagey nomme le *faux-self cognitif*. Ces enfants utilisent des mécanismes de pseudo-apprentissage alors que les processus cognitifs ne sont pas intégrés. Par exemple, ils répètent sans comprendre, ou

---

<sup>108</sup> Ibid., p. 59-77

<sup>79</sup> Gibello B. Langage, inconscient et contenants symboliques complexes. Ibid., p. 69-87.

répondent aux questions qu'on leur pose dans une approximation témoignant de leur incompréhension. Ils peuvent néanmoins faire illusion grâce à une bonne mémoire. Il n'est pas rare de voir les adultes cautionner ce fonctionnement en faux-self, difficile à percevoir. Ce mécanisme risque de se fixer et d'entraver toute acquisition. Il a pour fonction d'éviter la souffrance de ne pas savoir.

### *Les défenses maniaques*

Elles traduisent, sous une autre forme, la souffrance narcissique de ces enfants en difficultés cognitives. L'enfant peut ressentir comme une intrusion persécutrice toute tentative d'apprentissage imposé. Face à l'angoisse suscitée par ses troubles, l'enfant se protège en se donnant l'illusion qu'il est tout-puissant. Il nie ainsi ses limites, son impuissance et sa tristesse. Mais ces bénéfices cèdent rapidement la place à de nouvelles frustrations, et entraînent le sujet dans un cercle vicieux. Dans certains cas, cette omnipotence peut entraver toute possibilité d'apprentissage.

Souvent, ce sont les troubles du comportement qui traduisent les défenses maniaques. L'agitation empêche l'enfant de penser ou les conduites antisociales lui donnent une illusion de puissance.

Face à ce type de comportement, les réactions de l'entourage sont d'autant plus vives que la souffrance de ces enfants est masquée.

### *La régression et l'organisation en faux-self*

La *régression* constitue une autre manière de se défendre devant la souffrance induite par les troubles d'apprentissage. Elle correspond à un retour vers un mode d'être antérieur. A la différence de la régression, la désorganisation touche les mécanismes fondamentaux qui structurent la vie psychique. Ce mécanisme est utilisé par les enfants dysharmoniques confrontés à l'échec, afin d'échapper à une souffrance.

La *projection* est un mécanisme de défense, présent dans le développement psychique normal, et particulièrement utilisé par les enfants en difficultés d'apprentissage. L'enfant projette dans le psychisme d'autrui une partie intolérable de son propre psychisme, d'où un sentiment de persécution. Il se plaint alors d'agressions de la part des autres (camarades, professeurs, famille).

Certains enfants fonctionnent en *faux-self*, s'enfermant ainsi dans un conformisme stérilisant, au risque d'abraser toute possibilité d'initiative personnelle, de créativité ou encore de désir.

### *Les états de souffrance masquée*

La *dépression* guette ces enfants, particulièrement quand ils sont soumis à des exigences scolaires inadaptées, et confrontés à la menace ainsi qu'à l'angoisse de l'échec.

La perte de maîtrise à laquelle sont confrontés ces enfants favorise un sentiment d'insécurité. Des manifestations de *repli phobique*, ou encore des conduites de *retrait* peuvent alors se produire.

Ainsi, c'est une véritable pathologie narcissique qui se constitue du fait de failles dans l'organisation cognitive, provoquant des interactions inadéquates avec l'environnement, et des troubles dans la gestion des conflits intrapsychiques.

Les regards de la neurologie, de la psychanalyse ou encore de la psychologie cognitive s'enrichissent mutuellement et nous montrent combien les enfants en difficultés d'apprentissage sont complexes. Cette question dépasse le champ psycho-médical pour envahir celui de l'école, lieu d'apprentissage par excellence, ou encore de la société, marquée par un idéal de performance. Les parents prennent aussi une place de choix dans cette problématique.

**L'approche constructiviste de l'intelligence développée par Piaget est longtemps restée prépondérante. Mais, depuis les années 1980, d'autres conceptions du développement de l'intelligence sont apparues, reposant sur les compétences précoces des nouveaux-nés ou encore l'importance du facteur social (Vygotski, Bruner).**

**La conception récente de l'intelligence en tant que réalité multifactorielle influence les nouveaux tests d'intelligence (WISC-IV, nouvelle version du K-ABC). Compte tenu de la complexité de l'évaluation de l'intelligence, toute mesure doit être envisagée avec prudence par un professionnel compétent, connaissant les sous-bassements théoriques et les limites de ces tests.**

**La dimension affective et la dimension cognitive ne peuvent être appréhendées séparément. Retentissant sur la sphère affective, les troubles cognitifs sont susceptibles de favoriser une pathologie narcissique. Réciproquement, les troubles affectifs ont des répercussions sur la sphère cognitive. La question des troubles des apprentissages nécessite d'être envisagée à la lumière de cette vision interdépendante des processus cognitifs et affectifs, loin des clivages entre les identités professionnelles.**

## **CONCLUSION**

L'intelligence constitue donc une entité dont la définition n'est pas consensuelle. Les outils d'évaluation de l'intelligence les plus récents reposent sur un modèle d'intelligence plurifactorielle.

Les intrications entre le développement affectif et cognitif de l'enfant démontrent l'importance d'un point de vue global sur l'enfant. D'autres dimensions ne doivent pas être occultées. En effet, s'intéresser à un enfant implique de considérer ses parents, mais aussi le milieu scolaire, en tant que lieu d'apprentissage et donc lieu d'expression de la symptomatologie de troubles d'apprentissage. Il semble nécessaire également de s'attarder sur les enjeux sociologiques de ce problème de santé publique.

## **IV. Autres perspectives : l'école, les parents, données sociologiques**

### **A. L'école face aux difficultés d'apprentissage**

La question de l'apprentissage concerne de fait l'école et les enseignants. Cette perspective pousse à s'interroger sur les notions d'apprentissage et de pédagogie, mais aussi sur le rôle de l'école et les aides envisageables face aux élèves en difficultés d'apprentissage.

#### **1. Liens entre apprentissage et pédagogie**

##### **a. Notions générales sur l'apprentissage et la pédagogie**

Si la notion d'apprentissage renvoie au fait d'apprendre, d'acquérir de nouveaux savoir-faire ou de nouvelles connaissances, elle renvoie également au temps passé pour y parvenir.

Les apprentissages sont multiples. On note tout d'abord les apprentissages sans signification mentale, qui permettent la maîtrise du corps et conduisent à des automatismes sensori-moteurs. Ces derniers se distinguent des apprentissages liés à des significations et à la pensée, que nous sommes conscients d'avoir acquis. Ce sont, par exemple, les apprentissages en rapport avec la construction de la représentation de soi et de l'identité, liés à la construction des représentations des relations et interactions affectives avec les personnes, ou encore liés à l'apprentissage de la langue parlée, puis écrite, ou à l'acquisition des connaissances scolaires et professionnelles. Enfin, on décrit les apprentissages inconscients implicites, où l'apprentissage reste conservé en mémoire implicite, sans que le sujet ait l'impression subjective de se souvenir.<sup>110</sup>

Il existe donc des apprentissages multiples, qui ne se réduisent pas aux apprentissages scolaires, les uns intervenant dans la pensée, les autres étant hors du champ de la conscience. Apprendre est un phénomène complexe, comme l'explique Perrenoud<sup>110</sup>. Pour cet auteur, qui se pose la question *Qu'est-ce qu'apprendre ?*, apprendre renvoie à plusieurs notions que nous allons expliciter :

---

<sup>110</sup> Gibello B. Apprentissages. In : Verdier-Gibello M.L. et al. Comment les enfants apprennent-ils ? *Enfances et Psy*, 24, Erès, Septembre 2003, p. 18-29.

<sup>110</sup> Perrenoud P. Qu'est-ce qu'apprendre ? *Ibid.*, p. 9-17.

- désirer : l'enseignement passe par la création et le maintien du désir d'apprendre et de savoir, ainsi que la neutralisation des désirs contraires (refus de faire l'effort, de se confronter à des obstacles...);
- persévérer : apprendre requiert de la patience. Persévérer exige de la volonté, une tolérance à la frustration, voire une certaine souffrance. Il faut aussi une capacité à se représenter les bénéfices futurs dérivés des nouvelles connaissances ;
- construire : le savoir n'est pas transmis directement de l'enseignant vers l'apprenant ; il est reconstruit par l'apprenant, grâce à un processus de réorganisation des connaissances déjà acquises. Le rôle de l'enseignant est alors de favoriser des situations d'apprentissage permettant l'élaboration de connaissances nouvelles par l'apprenant ;
- interagir : l'apprentissage a une dimension sociale importante. En effet, l'apprentissage s'inscrit non seulement dans la triade maître-élèves-savoirs, mais aussi dans la confrontation au réel et donc à la pensée et à l'action d'autrui. Parfois même, apprendre peut induire des conflits de loyauté à l'égard de sa famille ;
- prendre des risques : l'apprentissage nécessite de pouvoir supporter un état provisoire de mise en échec et d'impuissance. L'apprenant expérimente alors ses propres limites. Selon Flagey<sup>108</sup>, dans toute situation d'apprentissage, il y a une confrontation avec ses limites, du fait de l'incomplétude ainsi révélée. L'enfant se trouve ainsi exposé à des blessures narcissiques car la confrontation à ses limites fragilise ses désirs de toute-puissance. L'école met l'enfant en situation d'apprentissage imposé. Si l'enfant effectue ce qui lui est demandé, il peut en tirer un bénéfice narcissique intense, en accédant à une autonomisation avec la maîtrise de la lecture ou du calcul par exemple. En revanche, les exigences de l'école peuvent mettre l'enfant face à ses défaillances dans sa capacité de maîtrise cognitive, d'où un sentiment d'impuissance et de dévalorisation. Il s'agit là d'une véritable souffrance narcissique. L'enfant acceptera d'autant mieux ses insuffisances que l'entourage familial lui renvoie une image positive ;
- changer : apprendre modifie, en effet, la vision du monde ;
- faire évoluer un rapport au savoir : il s'agit de la modification des relations affectives, cognitives et pratiques d'un sujet face aux savoirs et à l'apprendre. Ce rapport au savoir peut être un handicap à l'école, lorsque l'élève a aménagé un rapport défensif, méfiant à une discipline ou à une posture intellectuelle.

---

<sup>108</sup> Ibid., p. 47-57.

L'apprentissage humain constitue donc un processus pluridéterminé, fragile et complexe.

Pour Marguerite Altet, la pédagogie se définit comme « le champ de la transformation de l'information en savoir par la médiation de l'enseignant, par la communication, par l'action interactive dans une situation éducative donnée »<sup>111</sup>. Elle ajoute que « la pédagogie concourt à la transformation de l'information en Savoir par des échanges cognitifs et socio-affectifs, des méthodes mises en place par les professeurs au travers d'interactions, de rétroactions, de modes d'ajustement, d'adaptations interpersonnelles qui facilitent et permettent l'apprentissage durant le temps réel de l'intervention. »<sup>111</sup> Altet met ainsi en évidence les trois éléments constitutifs de la pédagogie : l'enseignant, l'élève, le savoir. Il semble utile de considérer ces trois éléments dans une perspective interactive. En effet, l'heure est actuellement à l'évaluation des acquis selon des critères scientifiques et certains auteurs<sup>112</sup> déplorent que cet intérêt exclusif à la dimension du savoir dans l'éducatif fasse oublier les deux protagonistes de la pédagogie : le maître et son élève. Le maître apparaîtrait alors comme un simple médiateur d'un savoir incontestable et l'élève n'aurait plus qu'à recevoir ce qui lui est donné.

Certains pédagogues insistent sur la différence entre l'acquisition et l'apprentissage : l'élève en échec peut acquérir des connaissances mais n'apprend pas. Ce qui est appris est acquis mais la réciproque est fautive. En effet, « l'apprentissage n'est pas l'acquisition d'un savoir quelconque », c'est « l'acquisition d'un savoir-faire, c'est-à-dire d'une conduite utile au sujet ou à d'autres que lui, et qu'il peut reproduire à volonté si la situation s'y prête », enfin « la capacité à reproduire se transforme en aptitude à adapter (les conduites acquises) à des cas nouveaux, à les modifier en fonction des situations insolites »<sup>113</sup>. L'apprentissage dépasse donc le champ de l'acquisition et devient un objet utile, utilisable, transformable maîtrisé par l'élève. Dans le cadre scolaire, une leçon apprise est une leçon que l'élève peut restituer, mais aussi appliquer ou contextualiser.

---

<sup>111</sup> Altet M. Les pédagogies de l'apprentissage. PUF, 2006, p. 10.

<sup>111</sup> Ibid., p. 11.

<sup>112</sup> Reniers D. On n'apprend pas la tête pleine. Schémas éducatifs et parlottes postmodernes. Le Journal des psychologues Septembre 2006 ; 240 : 34-38.

<sup>113</sup> Plantevin-Yanni E. Comprendre et aider les élèves en échec : l'instant d'apprendre. Paris, ESF éditeur, 2001, p. 64.

Pédagogie et apprentissage s'articulent donc de manière complexe, autour d'un enfant, d'un enseignant, d'un savoir, dans un contexte particulier. Le processus d'apprentissage n'est pas sans conséquence sur le psychisme de l'enfant : en effet, il est susceptible de fragiliser le psychisme des plus fragiles, alors qu'il renforce celui des plus solides.

### **b. Influence de la méthode pédagogique sur l'apprentissage : le débat autour de la méthode globale pour l'apprentissage de la lecture<sup>114</sup>**

La méthode globale d'apprentissage de la lecture a été l'objet de nombreux débats. Cette méthode repose sur l'association de mots écrits, voire de phrases entières, à leur sens, sans l'enseignement explicite des correspondances graphèmes-phonèmes. Elle favorise le sens au détriment de la mécanique, en proposant d'emblée des textes aux enfants censés les intéresser. Cette méthode donne ainsi plus d'initiative à l'enfant. Elle s'oppose à la méthode analytique qui enseigne à l'enfant les correspondances entre graphèmes et phonèmes afin d'utiliser la voie d'assemblage.

Le monde de l'éducation s'est divisé dans les années 1950-1960 entre les partisans progressistes de la méthode globale et les tenants de la pédagogie traditionnelle. Actuellement, chercheurs, enseignants, ministres accusent la méthode globale de ne pas fonctionner. Néanmoins, la méthode globale continue d'apparaître dans les programmes, les instructions officielles permettant à chaque enseignant de choisir la méthode qu'il préfère.

Pour Stanislas Dehaene, professeur de psychologie cognitive, ce n'est pas le contour global des mots qui joue un rôle dans la lecture, mais la décomposition en éléments simples, les lettres et les graphèmes.

Ses travaux sont confirmés par des études d'imagerie montrant que c'est l'hémisphère droit qui s'active pour la lecture globale, alors que c'est la région classique de la lecture, l'aire occipito-temporale ventrale gauche, qui s'active lorsque l'attention est portée aux lettres. La méthode globale utiliserait donc un circuit cérébral inadéquat, opposé à celui de la lecture experte.

La méthode globale souffrirait de deux limites majeures : la première réside dans le fait qu'elle ne permet pas de découvrir les régularités de l'orthographe, de manière systématique

---

<sup>114</sup> Dehaene S. Les neurones de la lecture. Odile Jacob, 2007, p. 291-307.

et rapide ; la seconde limite est qu'elle ne favorise pas la lecture de mots nouveaux. C'est l'apprentissage des correspondances graphème-phonème qui peut permettre à l'enfant l'accès à de nouveaux mots et donc la liberté de lire.

Dehaene appuie son argumentation sur des recherches<sup>115</sup> ayant mesuré les performances de lecture des enfants en fonction de la méthode d'enseignement, du niveau socio-économique, de l'âge et d'autres variables. Elles concluent que les méthodes fondées sur l'approche globale du mot, et sa mise en liaison directe avec un sens sont moins efficaces que la mise en correspondance systématique des lettres avec les sons, et ce, indépendamment de l'origine sociale des élèves. Les enfants ayant appris avec une méthode globale seraient également moins performants dans la lecture de nouveaux mots, mais aussi moins rapides en compréhension de textes : le décodage et la compréhension vont donc de pair.

L'étape primordiale de la lecture s'avère donc être le décodage des graphèmes en phonèmes, ou le passage d'une unité visuelle en une unité auditive. En terme d'enseignement, Dehaene préconise d'introduire les graphèmes dans un ordre logique : des plus simples aux plus complexes. Cette mécanique de lecture vise à donner du sens, le but de la lecture étant de comprendre, et non de répéter des syllabes. Enfin, il insiste sur le temps nécessaire à l'apprentissage de la lecture, processus particulièrement complexe dans notre langue. En effet, en français, la transparence orthographique est faible, avec de nombreuses exceptions. Au contraire, l'enfant finlandais ou italien peut lire n'importe quel mot de sa langue en quelques mois, tant celle-ci est régulière.

Les recherches en psychologie cognitive s'avèrent donc utiles pour documenter ce débat sur les méthodes d'apprentissage. Même s'il ne suffit pas d'une méthode pédagogique pour rendre compte de l'apprentissage de la lecture, phénomène complexe et multidéterminé, il est bon de savoir que la méthode globale n'est pas en adéquation avec les mécanismes cognitifs sous-jacents à cet apprentissage.

---

<sup>115</sup> Goigoux R. Apprendre à lire à l'école : les limites d'une approche idéovisuelle. *Psychologie française* 2000 ; 45 : 235-245. Cité par Dehaene (114).

## 2. Le rôle de l'école face aux difficultés d'apprentissage

Face aux élèves en difficultés d'apprentissage, l'école a une mission de repérage et d'évaluation.

Le repérage des difficultés de langage oral est réalisable dès l'âge de trois ans et demi, en petite section de maternelle. En grande section de maternelle seront repérés les enfants à risque de difficultés de lecture. Enfin, c'est à l'école primaire, en fin de CP ou en début de CE1, que se fera le repérage des enfants en difficultés d'acquisition du langage écrit.<sup>21</sup>

Face à un élève en difficultés, l'école peut intervenir de différentes manières. L'enseignant peut rencontrer les parents, solliciter le psychologue scolaire. Lorsque les difficultés perdurent, la situation peut être signalée au Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés (RASED), avec l'accord de la famille. Chaque RASED se constitue d'un psychologue scolaire, d'un ou deux enseignants spécialisés (maître E ou maître G). Le psychologue scolaire remplit des missions de repérage (tests, évaluation, entretien et entrevue familiale) et s'intéresse plus particulièrement à la prévention des difficultés scolaires. Les aides spécialisées à dominante pédagogique sont assurées par le maître E : elles s'adressent aux élèves ayant des difficultés à apprendre et à comprendre alors que leurs capacités de travail mental sont satisfaisantes. Leur but est d'améliorer la capacité de l'élève à dépasser les difficultés rencontrées dans les apprentissages, et de lui permettre une meilleure maîtrise des méthodes et techniques de travail. Les aides spécialisées à dominante rééducative sont, quant à elles, assurées par le maître G : elles visent à faire évoluer les rapports de l'enfant à l'exigence scolaire et à instaurer ou restaurer l'investissement scolaire.

La période d'évaluation permet d'objectiver la difficulté, dans le contexte global de l'enfant. Dans le cadre des difficultés langagières notamment, on cherchera à isoler les causes accessibles à un niveau pédagogique. C'est ainsi qu'un travail de remédiation peut être proposé. Une articulation avec le champ médical peut alors s'avérer nécessaire.

---

<sup>21</sup> Ibid.

### **a. Classes ordinaires**

Il est possible que l'enfant souffrant de troubles des apprentissages suive sa scolarité dans une classe ordinaire, grâce à une information des enseignants et des aménagements pédagogiques. S'associent à cette scolarité, selon les cas, l'intervention du RASED, le suivi par le médecin scolaire, en lien avec d'autres structures comme les Centres médico-psychologiques (CMP), les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), ou encore des professionnels libéraux (orthophonistes, psychomotriciens par exemple).

### **b. Classes spécialisées<sup>23</sup>**

Pour les enfants atteints de troubles des apprentissages particulièrement sévères, la scolarisation peut se faire dans une classe spécialisée.

En primaire, les Classes d'intégration scolaire ou CLIS ont été créées en 1991. Elles accueillent, dans une école primaire ordinaire, un petit groupe d'enfants souffrant d'un même type de handicap. On distingue quatre catégories de CLIS selon les troubles des enfants qu'elles accueillent : troubles importants des fonctions cognitives (CLIS 1), handicap auditif (CLIS 2), handicap visuel (CLIS 3), handicap moteur ou maladie chronique invalidante (CLIS 4). Les CLIS 1 accueillent notamment les enfants autistes et les enfants présentant des troubles sévères du langage comme la dysphasie. Il est prévu que l'enfant accueilli en CLIS dispose de temps d'intégration individuelle dans sa classe de référence, en fonction de ses possibilités.

Dans le secondaire, les Unités pédagogiques d'insertion (UPI) peuvent accueillir, dans un collège ou un lycée ordinaire, des élèves de 11 à 16 ans. Elles sont structurées sur le modèle des CLIS.

---

<sup>23</sup> Ibid., p. 163-183.

Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, les orientations en CLIS ou en UPI sont proposées par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Nous n'aborderons pas ici les établissements spécialisés, dont l'étude nous entraînerait hors du champ de notre travail.

### **c. Remarques**

Il paraît indispensable que les enseignants aient une formation minimale et des notions de base sur les troubles des apprentissages, afin qu'ils puissent repérer les enfants en difficultés et adapter leurs exigences.

L'intégration des enfants porteurs de troubles des apprentissages pose différentes questions. Tout d'abord, les dispositifs prenant en charge les enfants souffrant de troubles sévères des apprentissages (CLIS, UPI, Centres spécialisés) sont peu nombreux. On peut s'interroger sur les structures les plus adaptées à leur prise en charge. En effet, il existe une hétérogénéité clinique importante concernant ces enfants. Il n'y a pas deux dyslexies semblables puisqu'il n'y a pas deux enfants semblables. De plus, les CLIS 1 regroupent des enfants aux profils variés. Dès lors, regrouper ces enfants dans une même classe, CLIS ou UPI, implique de s'interroger sur la manière de les aider à un niveau individuel.

Ajoutons que, pour les parents, il n'est pas évident de voir leur enfant intégrer une classe spécialisée, le système étant destiné aux enfants porteurs de handicaps ou maladies mentales invalidantes. Catheline<sup>23</sup> évoque en effet les difficultés pour les enfants de CLIS à retourner en circuit ordinaire, et les difficultés des parents à accepter cette orientation.

### **3. La peur d'apprendre et la médiation culturelle**

Serge Boimare<sup>116</sup>, instituteur spécialisé et psychologue clinicien, différencie échec sévère et difficulté à apprendre. Les enfants en échecs sévères ne peuvent progresser avec une pédagogie « intensive » ; il propose plutôt une pédagogie novatrice et différente, non pas en quantité, mais en qualité. Sa conception de l'échec repose sur l'idée d'une organisation

---

<sup>23</sup> Ibid., p. 179.

<sup>116</sup> Boimare S. L'enfant et la peur d'apprendre. 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, 2004, p. 5-40.

psychique particulière de l'enfant, dont l'homéostasie se fonde sur l'évitement de penser. Il ne s'agit donc pas seulement d'un manque ou d'un sous-entraînement. Il développe l'hypothèse de la peur d'apprendre pour expliquer comment des enfants intelligents échouent en situation d'apprentissage.

### **a. La peur d'apprendre**

Selon Boimare, ce sont les contraintes de la situation d'apprentissage qui réveillent, chez certains enfants, des craintes, parfois anciennes, souvent inhérentes à leurs premières expériences éducatives. Ces craintes entraînent une peur d'apprendre et ces enfants se protègent grâce à l'évitement de penser.

La peur d'apprendre résulte donc de l'antagonisme entre les contraintes inévitables de l'apprentissage et les stratégies de protection de l'équilibre psychique mises en place par certains enfants. Cet équilibre précaire repose sur l'évitement de la rencontre avec les manques, l'évitement de la soumission à la règle et l'évitement de la confrontation avec l'incertitude. Dans ces conditions, la situation d'apprentissage est très mal vécue. Des préoccupations identitaires sont alors réactivées, marquées initialement par une autodévalorisation, mais souvent cachées par des idées mégalomaniaques ou persécutives. A cette autodévalorisation peuvent succéder des inquiétudes sur la place de l'enfant dans le groupe, sur ses origines, sur sa sexualité, ou encore sur la mort. Confrontés à ces préoccupations, certains enfants manifesteront de l'agressivité alors que d'autres se réfugieront dans le conformisme stérile ou l'inhibition pour s'en défendre. Au maximum, l'autodévalorisation cède sa place à des craintes archaïques encore plus destructrices de pensée : ce sont les craintes d'effondrement, d'abandon, de morcellement, de perte d'unité, de vide intérieur. Ces peurs peuvent alors contaminer et perturber l'instrument, que ce soit la mémoire, les repères psychomoteurs, la concentration, ou encore le maniement du langage.

Pour Boimare, « la peur d'apprendre repose sur un scénario qui se joue en quatre actes :

- 1) une menace contre un équilibre personnel provoquée par les exigences de l'apprentissage qui entraînent
- 2) l'arrivée de sentiments excessifs où dominant des idées de dévalorisation et de persécution qui parasitent le fonctionnement intellectuel et qui réactivent

- 3) des peurs plus profondes, plus anciennes, souvent alimentées par des préoccupations identitaires, voire même des dérèglements archaïques, qui à leur tour vont provoquer
- 4) des troubles du comportement plus ou moins importants, soit pour réduire ces craintes, soit pour les empêcher d'arriver. Ce sont alors des stratégies anti-pensée qui permettent de court-circuiter tout ce scénario. »<sup>116</sup>

### **b. Implications pédagogiques : la médiation culturelle**

Loin de rendre impossible le travail du pédagogue, cette hypothèse permet plutôt d'envisager les difficultés d'apprentissage d'une autre manière. Boimare émet l'idée d'utiliser la culture pour mettre ces enfants en contact avec les craintes réveillées par la situation d'apprentissage et d'en faire un tremplin vers le savoir. Cette pédagogie vise à replacer les craintes archaïques ou identitaires dans un contexte plus général, plus collectif, plus social, afin de sécuriser le monde interne de ces enfants.

La médiation culturelle a un double objectif. Le premier est de donner du sens et de l'intérêt aux savoirs proposés, sans les séparer des racines pulsionnelles ; le second est de proposer une possibilité de représentation compatible avec le travail de pensée, et ainsi d'assurer un rôle de pare-feu devant les peurs suscitées par l'apprentissage. Les médiations littéraires, comme les contes, les textes fondateurs des civilisations, les romans initiatiques, la poésie, les romans historiques ou encore les mythes sont de bons supports pour ce type de pédagogie.

Ces hypothèses reposent sur une conception globale et complexe des difficultés d'apprentissage de l'enfant, intégrant psychologie et pédagogie.

En effet, pour Boimare, les défaillances de l'enfant ou de l'adolescent en échec scolaire sévère prennent leurs origines dans deux sources étroitement intriquées, où se mêlent causes et effets.

La première de ces sources de difficulté est instrumentale. C'est une limite de l'outil intellectuel que l'on retrouve dans trois domaines : l'instabilité psychomotrice, une

---

<sup>116</sup> Ibid., p. 12-13.

défaillance des repères organisateurs de la pensée et une pauvreté des stratégies cognitives, caractérisée par l'évitement de toute activité d'élaboration intellectuelle.

La seconde source est plutôt psychologique, marquée par trois défaillances : un vécu de frustration important en rapport avec la remise en cause impliquée par l'apprentissage, une difficulté d'ajustement de la distance relationnelle avec celui qui doit transmettre le savoir et détient l'autorité, et enfin un désir de savoir contaminé souvent par des préoccupations personnelles, parfois anéanti, et difficile à mobiliser dans le cadre scolaire.

Cette conception constitue le sous-bassement d'une pédagogie complexe, reposant, elle aussi, sur la médiation culturelle.

**La pédagogie implique l'enseignant, l'apprenant et le savoir, avec toutes les interactions complexes que cela implique. La situation d'apprentissage interroge l'organisation psychique de l'enfant. Elle peut angoisser certains élèves qui se réfugient alors dans un évitement de penser et une véritable peur d'apprendre. Une pédagogie fondée sur la médiation culturelle pourrait aider ces enfants à dépasser leurs peurs.**

## **B. Implications des parents**

### **1. Racines du militantisme parental**

Les associations de parents sont nées des difficultés inhérentes à la prise en charge des enfants souffrant de troubles des apprentissages. En effet, jusqu'aux années 1980, les parents étaient confrontés, seuls, aux difficultés de scolarisation de leur enfant. Ces associations réunissent des parents et/ou des professionnels, et la plupart sont animées et présidées par des parents.<sup>24</sup>

Il existe de nombreuses associations, certaines datant de plus de vingt ans, comme l'APEDA (Association française de parents d'enfants en difficulté d'apprentissage du langage écrit ou oral), fondée en 1982, d'autres plus récentes comme la FLA (Fédération française des troubles spécifiques du langage et des apprentissages) ou encore l'association CORIDYS,

<sup>24</sup> De Simone F., Aucho-Le Magny C. Le rôle des associations de parents. Ibid., (Livret 2 : les professionnels et leurs outils), p. 36-40.

née en 1994 et présidée par Ariel Conte. Celle-ci regroupe des parents, des chercheurs travaillant autour des troubles du langage et des apprentissages, des praticiens hospitaliers, et autres professionnels.

Grâce à l'impulsion donnée par les associations de parents, l'année 1999 voit paraître un numéro de la revue du Haut Comité de la Santé Publique consacrée aux troubles des apprentissages<sup>2</sup>, témoignant du début de prise de conscience de l'importance de ce problème chez les responsables politiques et administratifs. Suivront un certain nombre de rapports consacrés essentiellement aux troubles du langage, sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

## **2. Besoins des usagers et rôle des associations**

### **a. Besoins des usagers**

Comme l'expliquait Ariel Conte en 2005, lors d'une journée d'échanges sur les actions et dispositifs en faveur des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit, les besoins des usagers sont : la reconnaissance de l'approche neuropsychologique et cognitive des troubles des apprentissages (sans exclure les autres approches), des diagnostics suffisamment précis dans un délai raisonnable, des professionnels informés et formés, des prises en charge compétentes et pluridisciplinaires, une bonne intégration scolaire et professionnelle, le développement de dispositifs adaptés aux cas sévères, la prise en compte des aspects sociaux des troubles, une meilleure reconnaissance légale et administrative des troubles et des situations de handicap, le développement d'une recherche débouchant sur une optimisation des prises en charge et la création d'outils performants, ainsi qu'un bon système d'information.

Les premières à avoir exprimé ces besoins sont les associations de parents d'enfants dyslexiques, relayées par les parents d'enfants dysphasiques.

---

<sup>2</sup> Ibid.

## **b. Objectifs et moyens des associations de parents**

Face aux besoins des usagers, les pouvoirs publics se trouvent convoqués, ce qui explique la publication de rapports ministériels. De leur côté, les associations tentent de remplir certains objectifs<sup>24</sup> :

- favoriser une collaboration entre enfants, professionnels de santé, enseignants et parents, ainsi qu'avec les pouvoirs publics,
- favoriser la reconnaissance des troubles,
- sortir les familles de leur isolement en les assistant dans leurs recherches de solutions,
- agir grâce à des écoutes téléphoniques, des groupes de parole de parents...,
- informer et former grâce à des professionnels compétents sur le sujet, en utilisant différents moyens (bulletins d'information à thèmes, Internet, organisation de conférences,...),
- entretenir des contacts avec les interlocuteurs institutionnels au niveau national,
- favoriser la recherche.

Les associations de parents constituent donc un maillon essentiel dans la reconnaissance des troubles des apprentissages qu'elles ont contribué à mettre en évidence auprès des pouvoirs publics.

## **3. Le débat autour de la notion de handicap cognitif**

### **a. La loi de février 2005<sup>23</sup>**

La loi de février 2005 sur la scolarisation des handicapés a prévu un nouveau dispositif remplaçant les anciennes commissions d'orientation - Commission départementale de l'éducation spéciale ou CDES et Commission de circonscription du premier degré ou CCPE – centré sur la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Celle-ci dispose d'une équipe pluridisciplinaire pouvant décider d'orienter un enfant vers une CLIS et décider

---

<sup>24</sup> De Simone F., Aucho-Le Magny C. Le rôle des associations de parents. Ibid., (Livret 2 : les professionnels et leurs outils), p. 36-40.

<sup>23</sup> Ibid., p. 112-113.

des soutiens pour l'aider dans ses apprentissages. Cette commission technique présente dans un second temps les dossiers à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui pourra entériner officiellement le projet.

Cette nouvelle organisation implique une reconnaissance du handicap de l'enfant afin d'obtenir des aménagements. Ce qui relevait auparavant d'éducation spécialisée a trait désormais au handicap.

### **b. Les troubles des apprentissages : un handicap cognitif ?**

Si la distinction entre handicap et maladie fait débat dans le domaine de l'autisme, elle est également d'actualité dans le champ des troubles des apprentissages. Catheline explique qu' « on peut guérir d'une maladie, jamais d'un handicap. Dans le premier cas, la souffrance est constitutive de la maladie et les symptômes sont un compromis entre l'expression de la souffrance et des moyens mis en œuvre par le sujet pour y faire face. Dans le deuxième cas, la souffrance ressentie par le sujet est secondaire au handicap. On peut espérer que des soins psychiques puissent 'guérir' la maladie tandis qu'il faut aider le handicapé à vivre avec sa différence... »<sup>23</sup>. Ce sont alors deux conceptions qui s'affrontent.

La loi de 2005 introduit la notion de handicap cognitif et stipule que la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap. Certaines associations revendiquent le statut de handicap afin de pouvoir prétendre à des aménagements de scolarité, alors que d'autres se méfient d'une telle étiquette.

Cette qualification de handicap soulève des interrogations fondamentales. Dans un entretien donné au Journal français de psychiatrie en 2002<sup>117</sup>, le Dr Veber, chargée de mission au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » aborde la question de la reconnaissance de ces troubles comme handicap. Elle explique que c'est une volonté des Associations de parents que d'inscrire les troubles spécifiques du langage sur la liste des affections de longue durée mais on peut s'interroger sur les effets d'une telle mesure : ne risque-t-on pas de stigmatiser le trouble en l'assimilant à un handicap ?

---

<sup>23</sup> Ibid., p. 183-184.

<sup>117</sup> Bergès-Bounes M., Jean-Calmettes S. Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage ». Journal français de psychiatrie 2002 ; 15 : 24-25.

C'est l'avis de la mission de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) et de l'Education nationale (IGEN), qui dans son rapport, émet « le souci de ne pas ériger les troubles complexes du langage en catégorie spécifique de handicap, pour éviter l'effet filière et la stigmatisation d'enfants qui devraient pouvoir tous bénéficier, à un moment ou à un autre, d'une intégration scolaire en milieu ordinaire ».<sup>118</sup>

Allant dans le même sens, une pétition nommée « pas d'étiquette » fait état des inquiétudes de certains professionnels concernant le qualificatif d'handicapé nécessaire pour que l'enfant en difficultés d'apprentissage accède à des aménagements de sa scolarisation. Les auteurs dénoncent ainsi une inadaptation du cadre institutionnel actuel à la problématique des élèves en difficulté à l'école. Ils militent en faveur d'aides ne nécessitant pas de passer par la MDPH : ils proposent ainsi des aménagements souples et évolutifs des temps scolaires, des accompagnements individuels, des classes à effectif réduit avec des pratiques pédagogiques adaptées, ou encore de favoriser l'accès à des Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, sans passer par la reconnaissance de handicap.

Cette question est encore en débat actuellement.

### **c. Propositions des associations de parents : entretien avec Ariel Conte, président de Coridys**

Nous avons pu nous entretenir avec Monsieur Ariel Conte, président de l'association Coridys, qui note un certain nombre d'insuffisances concernant le problème des troubles des apprentissages.

Il note que les rapports ministériels concernent le champ des troubles du langage, dyslexie et dysphasie, alors qu'il aurait mieux valu s'intéresser plus globalement aux troubles des apprentissages, comme dans le rapport du Haut Comité de Santé Publique<sup>2</sup>. Il prône plutôt une appréhension globale du problème incluant troubles du langage et troubles des apprentissages.

Selon lui, la décision de créer des centres de références dépendants des centres hospitaliers universitaires ne constitue pas une solution satisfaisante, l'hôpital étant souvent

---

<sup>118</sup> IGAS/IGEN. Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. Janvier 2002.

<sup>2</sup> Ibid.

mal vécu par les familles et inadapté au suivi médicosocial. Les familles les plus démunies ne sont pas habituées à solliciter les services hospitaliers spécialisés ou les professionnels libéraux, ce qui peut faire craindre le risque d'une médecine à deux vitesses. De plus, peu de moyens ont été délivrés à cet effet. Les délais d'attente y restent importants, en raison de la pénurie de personnel, sans compter que certaines régions ne disposent pas de centres référents. Selon Ariel Conte, ce sont les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui auraient eu vocation à ces prises en charge. Mais compte tenu des représentations privilégiées des troubles des apprentissages et des difficultés à intégrer l'approche neuropsychologique ou cognitive, une telle prise en charge de ces enfants dans ces structures paraissait difficile. Il plaide pour la création de Centres de ressources, à l'instar des centres de ressources créés dans le champ de l'autisme. Ces structures permettraient d'informer et d'orienter les usagers et les professionnels, mais aussi d'assurer une veille scientifique et technique, de suivre les familles et de leur proposer une aide technique et juridique à l'intégration scolaire et professionnelle. Leur rôle consisterait également à conseiller les équipes soignantes et éducatives, à permettre un soutien logistique à la coordination des réseaux, à l'organisation des formations, tout en évaluant les besoins. Elles permettraient enfin de développer des bases de données sur les bonnes pratiques cliniques et pédagogiques, ainsi que les lieux et les personnes ressources.

Pour terminer, Ariel Conte insiste sur la nécessité de faire une vraie place à la neuropsychologie et la psychologie cognitive.

**Les associations de parents ont une place importante dans le champ des troubles du langage et des apprentissages. Elles se sont constituées en réponse à la sous-évaluation de ce problème par les pouvoirs publics et ont contribué à la constitution de rapports ministériels, et à la parution d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Néanmoins, elles notent un certain nombre d'insuffisances dans les propositions ministérielles et dans leur application. Elles prennent une part importante dans le débat actuel sur le handicap cognitif.**

## C. Données sociologiques

A une période où la question de l'échec scolaire anime de nombreux débats politiques sur la réforme de l'enseignement, il paraît utile de dégager quelques données sociologiques sur le sujet.

Les années passent mais la proportion d'élèves sortant de l'école sans la maîtrise des savoirs fondamentaux, évaluée à 10 % environ, semble incompressible<sup>116</sup>. Il faut alors trouver un responsable, et souvent on incrimine le collège unique, mis en place en 1975, les effets de Mai 68 ou encore la méthode globale, ce qui simplifie alors un problème autrement plus complexe. Pour autant, les facteurs sociologiques existent et il convient d'en donner un aperçu.

Loin d'être égalitaire, l'école révèle les inégalités sociales. La carte scolaire est contournée par les parents qui en ont les moyens, afin que leur enfant accède au meilleur collège. L'école représente un lieu de perte de confiance en soi, éventuellement d'humiliation pour certains enfants issus des milieux populaires. Leurs mauvaises performances scolaires risquent d'être associées à leur manque de travail, à leurs capacités personnelles insuffisantes, ou encore à l'incompétence des familles.<sup>24</sup>

Wahl<sup>119</sup> rappelle qu'il existe une correspondance entre l'origine sociale des enfants et leurs compétences, particulièrement dans le domaine de la logique verbale. Il rapporte que 55% des élèves de 3<sup>ème</sup>, ayant un ou deux des parents sans diplôme sont en retard scolaire, alors que 10% seulement de ceux dont l'un des deux parents est diplômé de l'enseignement supérieur ont un retard scolaire. Le niveau des diplômes de la mère serait plus influent que celui du père, compte tenu du temps plus important passé par cette dernière à l'aide au travail scolaire. Le devenir scolaire des élèves serait particulièrement lié au niveau d'études des parents. Les relations entre le niveau social des familles et les compétences cognitives de l'enfant seraient expliquées, en partie, par les pratiques éducatives parentales. En effet, les mères des milieux favorisés utiliseraient un style d'enseignement inductif avec l'enfant, encourageant celui-ci et l'accompagnant face à un problème, expliquant et justifiant chacune de leurs interventions. L'enfant est alors poussé à expliciter son propre cheminement. Les mères de statut social

---

<sup>116</sup> Ibid., p.5.

<sup>24</sup> Zorman M. Le langage, les troubles du langage, la dyslexie et les inégalités sociales. Ibid., (Livret 1 : Notions générales), p. 57-67.

<sup>119</sup> Wahl G., Madelin-Mitjavile C. Comprendre et prévenir les échecs scolaires. Odile Jacob, 2007, p. 243-253.

moins élevé utiliseraient un style plus direct pour les apprentissages, ne donnant pas souvent la possibilité à l'enfant de chercher les réponses aux problèmes par lui-même. Dans le premier cas, l'objectif est de développer des stratégies de traitement de l'information, alors que dans le second cas, il est de transmettre de l'information.<sup>24</sup>

Les conditions sociales sont déterminantes puisque, pour le million d'enfants qui vivent sous le seuil de pauvreté, les conditions de vie précaires seraient corrélées au taux de redoublement.

Le niveau de langage oral des enfants est corrélé à la quantité et la qualité des interactions verbales, et donc au niveau culturel des familles. Concernant l'apprentissage de la lecture, la performance de conscience phonologique serait en relation avec l'origine sociale et plus spécifiquement avec le niveau scolaire de la mère.<sup>24</sup>

Delahaie<sup>21</sup> rapporte que les carences affectives, et notamment la maltraitance infantile, sont corrélées au retard de parole et de langage, l'expression étant plus atteinte que la compréhension. On observe alors une articulation déficiente, un vocabulaire pauvre et des formes syntaxiques mal maîtrisées. Souvent, ces troubles du langage sont associés à un retard de croissance, un retard intellectuel, et des difficultés importantes dans les apprentissages scolaires. A l'inverse, les enfants de parents sourds, qui communiquent avec leurs parents grâce au langage non verbal, ont une évolution normale du langage oral. C'est donc l'association du manque de stimulation verbale et de carences affectives qui retentit sur le développement de l'enfant, et notamment sur le langage.

La question du bilinguisme a fait l'objet d'études visant à établir ses conséquences positives ou négatives sur le développement cognitif de l'enfant. Grosjean<sup>24</sup> définit comme bilingues les personnes utilisant deux ou plusieurs langues (ou dialectes) dans la vie de tous les jours. Les études faites avant les années soixante montraient des effets négatifs du bilinguisme : retards scolaires, QI plus faibles, marginalisation sociale, troubles psychologiques, langage hésitant, vocabulaire restreint... A l'inverse, les études publiées depuis une trentaine d'années mettent en évidence ses aspects positifs : QI plus élevé, plus

---

<sup>24</sup> Zorman M. Le langage, les troubles du langage, la dyslexie et les inégalités sociales. Ibid., (Livret 1 : Notions générales), p. 57-67.

<sup>24</sup> Zorman M. Le langage, les troubles du langage, la dyslexie et les inégalités sociales. Ibid., (Livret 1 : Notions générales), p. 57-67.

<sup>21</sup> Ibid., p. 46-48.

<sup>24</sup> Grosjean F. Le bilinguisme et le biculturalisme, quelques notions de base. Ibid., (Livret 1 : Notions générales), p. 77-84.

grande flexibilité cognitive, plus grande sensibilité sociale... En fait, ces études n'isolent pas vraiment les effets du bilinguisme en raison de facteurs de confusion comme le niveau socio-culturel. Aucune étude n'a pu montrer les effets attribuables au seul bilinguisme sur le développement scolaire et cognitif de l'enfant.

A l'échelle européenne, la France se caractérise par un nombre important de redoublements, contrairement à la Grande-Bretagne ou au Danemark qui n'utilisent pas le redoublement et favorisent une pédagogie différenciée. Cette dernière, prônée notamment par Philippe Meirieu, professeur en sciences de l'éducation, propose de s'adapter aux possibilités des élèves et aux différentes stratégies d'apprentissage de chacun. Le redoublement fait débat et entraînerait, selon ses détracteurs, isolement et dévalorisation.

Face aux difficultés scolaires de leurs enfants, les parents angoissés veulent trouver des solutions. Profitant de ce « marché de l'angoisse », des sociétés de soutien scolaire tentent de s'imposer sur les cours au noir alimentés par les étudiants ou les enseignants<sup>120</sup>. Ce secteur est actuellement en pleine explosion, et les enjeux financiers sont conséquents. Dans notre société contemporaine, le contexte de la peur du chômage ainsi que le culte de la performance, notamment au niveau scolaire, sont autant d'éléments expliquant cet engouement pour le soutien scolaire. Dès lors, l'échec scolaire apparaît comme un enjeu de société.

Si les facteurs socioculturels doivent être pris en compte, il faut se méfier d'une vision purement sociologique de l'échec scolaire et des difficultés d'apprentissage, accusant l'école et la société.

La revue *Le Monde de l'éducation* a été le théâtre de cette polémique en 2006<sup>121</sup>, où Gabriel Wahl, pédopsychiatre et président de l'Association de recherche pluridisciplinaire sur l'échec scolaire (ARPE), a répondu à un professeur de l'école normale supérieure de Lyon-Lettres, s'indignant de la pluridisciplinarité pour l'appréhension de l'échec scolaire et de l'inadéquation des cognitivistes à cette problématique. Pour cet enseignant, les causes de l'échec scolaire sont uniquement sociales et culturelles. Pour Wahl, préconisant une approche multidisciplinaire de la réalité complexe de l'échec scolaire, cette prise de position est dangereuse car, sous un masque de lutte contre les inégalités sociales, elle favorise un immobilisme social.

---

<sup>120</sup> Le Monde. La société Méthodia profite du succès du soutien scolaire à domicile. 14 Mars 2007.

<sup>121</sup> Wahl G. Pluriel échec scolaire. *Le Monde de l'éducation*. Décembre 2006.

**Un questionnement sur les troubles des apprentissages ne peut faire l'économie d'une réflexion sociologique, tant au niveau de l'influence des facteurs socioculturels sur ces troubles, qu'au niveau de la problématique plus vaste de l'échec scolaire.**

**Il apparaît que les performances des élèves, comme leur niveau de langage, sont corrélés au niveau socioculturel de la famille, et plus particulièrement au niveau scolaire de la mère.**

**L'échec scolaire est particulièrement mal vécu par les parents dans notre société valorisant la performance, qui voit se développer un véritable marché du soutien scolaire.**

**Même si le contexte socioculturel est à prendre en considération dans l'appréhension des troubles des apprentissages, il n'explique pas à lui seul les difficultés de l'enfant.**

Les troubles des apprentissages impliquent donc l'école, les parents et soulèvent le problème plus général de l'échec scolaire. Ces trois dimensions enrichissent les points de vue portés sur les enfants en difficultés d'apprentissage. En effet, l'école est en première ligne dans cette problématique, les liens entre apprentissages et pédagogies étant finalement étroits. De plus, elle s'efforce de repérer les élèves en difficultés, afin de leur proposer un éventuel premier soutien. Les associations de parents sont, elles aussi, incontournables, tant elles sont impliquées, à différents niveaux, dans les projets récents concernant les troubles des apprentissages. Enfin, le contexte socio-culturel de l'enfant ne peut être ignoré, et amène une dimension supplémentaire au problème.

## CONCLUSION

L'enfant souffrant de troubles des apprentissages peut donc être appréhendé de différentes façons selon que l'on est neuropédiatre, pédopsychiatre, psychologue de la cognition ou encore neuropsychologue. Pourtant, tous ces professionnels sont confrontés au même enfant. Devant une telle complexité, le risque est grand de se retrancher derrière un avis expertal unique. De la même manière que le développement affectif et le développement cognitif ne peuvent être abordés que de manière conjointe, les différents apports de chacune des disciplines citées sont complémentaires. Dès lors, disposer de quelques points de repères à propos de certaines théories fondamentales concernant les troubles des apprentissages pourrait éviter des clivages idéologiques.

Par conséquent, le terme de « trouble spécifique », et l'existence de critères d'exclusion dans le concept de TSA ne nous paraissent pas adaptés à cette appréhension du problème. La volonté de créer un centre de ressources avec différentes compétences, dans les Pays de Loire, va dans le sens de cette approche multidimensionnelle.

## Troisième partie

# **Un projet visant à intégrer la complémentarité des approches : la création d'un centre de référence régional multisite**

### **I. Du trouble spécifique au trouble complexe**

#### **A. Enfant « dys-fonctionnant » ou enfant complexe ?**

Longtemps, la psychanalyse s'est imposée dans le domaine des troubles des apprentissages, privilégiant une vision purement psycho-affective du problème. Les approches neurologiques et cognitives ont pu se développer par la suite, mais, pour Voyazopoulos<sup>122</sup>, le risque de l'évolution actuelle du concept de trouble des apprentissages est une annulation de sa complexité. Cette simplification du problème se traduit par la négation des liens intriqués entre affectif et cognitif, des aléas du développement et des variations du fonctionnement du psychisme chez l'enfant. Parallèlement, on dédouane de toute responsabilité ou implication les familles et les pédagogues. Il regrette qu'une seule modalité de lecture de la vie mentale et cognitive prédomine auprès des enseignants et du grand public : les composantes neurocognitives et neuropsychologiques de la pensée. Selon cet auteur, ne retenir que cette dimension et nier la complexité des phénomènes mentaux risque de faire croire à une théorie générale neuroscientifique, expliquant difficultés mentales et troubles cognitifs.

Devant les difficultés d'apprentissage sévères et persistantes de leur enfant, les parents ont maintenant recours à des spécialistes (psychologue, orthophoniste, médecin) pour soigner ce trouble érigé en pathologie, ce « trouble spécifique des apprentissages ». Lenoble<sup>123</sup> note que les demandes de consultations spécialisées arrivent sous forme d'injonction, provenant

---

<sup>122</sup> Voyazopoulos R. A propos de l'école et des apprentissages entre 5 et 8 ans : quelle clinique pour demain ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003 ; 51 : 316-323.

<sup>123</sup> Lenoble E. Dys...Qu'est-ce que c'est que cette famille qui n'est pas fichue de compter jusqu'à dix ? In : Bergès J., Bergès Bounes M., Calmettes-Jean S. et al. Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ? *Les dossiers du Journal français de psychiatrie*, Erès, 2003, p. 35-57.

souvent du milieu scolaire, afin de trouver « une origine » et éventuellement un remède aux difficultés de l'enfant. En filigrane de ces demandes se profile l'idée que l'enfant est porteur d'un défaut, d'un dysfonctionnement. Ainsi peut-on classer ces enfants selon leur déficience, leur « dys... » : dyslexies, dysphasies, dyspraxies, dyscalculies, dysorthographies, dysgraphies... L'auteur y voit un parallèle avec les « troubles instrumentaux » décrits dans la CFTMEA<sup>124</sup>, avec la précision que la dysgraphie serait plutôt à classer avec les troubles de l'écriture, du côté des troubles à expression somatique. L'étymologie du préfixe « dys » est d'ailleurs informative. Il est « tiré du grec *dus*, qui exprime l'idée de mal, ou de manque et finalement une notion privative. Il s'oppose à *eu-* qui exprime la perfection, l'achèvement et sert à renforcer le sens d'un terme défavorable ou à détruire celui d'une notion favorable ». <sup>123</sup> On retrouve cette famille des « dys » dans les nosographies internationales sous l'appellation « troubles spécifiques des apprentissages ». Avec l'avènement du DSM-IV, les entités nosographiques sont repérées grâce à une liste de troubles et non plus de symptômes regroupés en syndromes. L'auteur s'étonne que ce nouveau découpage de la clinique d'inspiration anglo-saxonne, dont la visée était l'athéorisme, ait réactivé le débat sur l'étiologie des troubles, c'est-à-dire leur supposée origine : neurologique, génétique, cognitive, psychologique, neuropsychologique, psychoaffective, psychopédagogique...

Misès<sup>30</sup> conteste également le découpage clinique du DSM-IV en diverses entités paraissant dotées, chacune, d'une autonomie. Il rappelle que les enquêtes épidémiologiques montrent une association très fréquente entre les différentes catégories nosographiques : citons l'hyperactivité et les troubles du langage oral ou écrit, plus souvent intriqués qu'isolés, souvent associés à des troubles anxieux et dépressifs, à des troubles oppositionnels ou des conduites et à des troubles des apprentissages.

Les avancées neuropsychologiques concernant les troubles des apprentissages ont permis de redéfinir les troubles et de sortir d'une vision purement psychologique et réductrice d'un problème infiniment plus complexe. Mais, comme le soulève Danon-Boileau, « la technicité contraint à une précision plus grande dans le repérage des données symptomatiques [...] mais son inconvénient majeur est de donner à voir l'enfant qui va mal

---

<sup>124</sup> Misès R., Quemada N. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. 3<sup>ème</sup> édition, CTNERHI, PUF, 1993.

<sup>123</sup> *ibid.*, p. 40.

<sup>30</sup> *Ibid.*

comme un agrégat de troubles dissociés »<sup>63</sup>. Si une vision psychologique exclusive du problème est dépassée, une vision purement neurologique et instrumentale n'en est pas moins dangereuse. Plutôt que de parler de déficience ou de défaut, il paraît important de se recentrer sur l'enfant, dans sa complexité, sans nier aucune de ses dimensions.

## **B. Dépasser les clivages entre organogenèse et psychogenèse**

Face aux troubles des apprentissages, il existe deux champs théoriques différents : la conception anglo-saxonne d'une part, tentant une caractérisation syndromique dans la double perspective nosographique et organogénétique, et, d'autre part, la conception psychodynamique, francophone, intégrant le trouble à l'analyse de l'interaction parents-enfants et la structuration de la personnalité<sup>125</sup>. Le risque de cette dichotomie est que l'une prévale sur l'autre, et c'est ce qui semble s'être passé pour les troubles des apprentissages, avec la prédominance des classifications américaines.

Pour Misès<sup>30</sup>, étudier les troubles des fonctions instrumentales dans une perspective globale, intégrant les processus d'organisation de la personne, permettant l'appréciation des interactions entre l'enfant et son environnement, ne doit entraîner ni opposition entre organogenèse et psychogenèse, ni clivage entre troubles des fonctions cognitives ou instrumentales d'un côté, et troubles affectifs ou relationnels de l'autre.

En effet, le débat opposant organogenèse et psychogenèse est dépassé. On sait maintenant que les composantes neurobiologiques et relationnelles interagissent, tout au long de l'épigénèse de la vie mentale. S'il existe des cas où les facteurs génétiques ou neurologiques sont importants, il ne faut pas oublier que ces dysfonctionnements entraînent des perturbations entre l'enfant et son environnement. A l'inverse, les carences d'ordre affectif et relationnel influencent de manière négative l'émergence des supports de la vie mentale, incluant le registre cognitif et instrumental.

Il y a donc des liens étroits entre ces différents facteurs, qui interagissent jusqu'au niveau anatomique, les facteurs relationnels et sociaux pouvant modifier le fonctionnement des cellules nerveuses<sup>31</sup>. En effet, depuis une trentaine d'années, les scientifiques ont établi que le cerveau, loin d'être stable, est marqué par la capacité de modifier l'organisation des réseaux

---

<sup>63</sup> Ibid., p. 5-6.

<sup>125</sup> Bouvard M. et al. L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. Paris, Doin Ed, 2002.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid.

neuronaux en fonction des expériences vécues par l'organisme. C'est la plasticité cérébrale. Selon le modèle de la plasticité, le déterminisme génétique et le déterminisme environnemental ou psychique se combinent par le biais de la plasticité pour produire un phénotype unique. Magistretti et Ansermet<sup>126</sup>, respectivement professeur de neurosciences et psychanalyste voient dans ce concept l'articulation de la psychanalyse et des neurosciences, dépassant alors un clivage ancien, qui n'aboutissait qu'à des conceptions réductrices d'un côté ou de l'autre.

Les cliniciens ont tout intérêt à intégrer les différents niveaux de lecture du trouble dans une approche multidimensionnelle, qui laisse la place à chacun. Un désintérêt du pédopsychiatre pour les avancées des neurosciences risquerait de favoriser une conception purement neurologique des troubles.

Les « troubles spécifiques des apprentissages » appellent donc de multiples réflexions. Ce concept, se voulant pourtant descriptif et athéorique, nous semble trop fragile et trop réducteur pour aborder la question des troubles des apprentissages. La grille de lecture psychopathologique nous paraît indissociable d'une approche plus cognitive.

Dans ce travail, nous choisissons donc de parler de « troubles complexes des apprentissages », plutôt que de « troubles spécifiques des apprentissages ». Cette appellation est également la position du rapport de l'IGAS et de l'IGEN au sujet des troubles du langage, pour qui « parler de troubles complexes du langage c'est reconnaître qu'on est face à une multiplicité de cas et non pas face à une ou deux catégories simples... ».<sup>118</sup> De plus, les auteurs de ce rapport justifient leur choix en expliquant que les troubles associés ou induits secondairement sont fréquents, et que les troubles spécifiques purs sont rares. Cela nous permet d'axer notre réflexion sur l'« enfant complexe » plus que sur sa défaillance instrumentale et sur son caractère « dys-fonctionnant ». En s'affranchissant du terme de troubles spécifiques des apprentissages, il nous semble plus facile d'aborder notre sujet, sans a priori théorique.

---

<sup>126</sup> Ansermet F., Magistretti P. A chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient. Odile Jacob, Paris, 2004, p. 17-27.

<sup>118</sup> Ibid., p. 5.

**La prédominance de l'approche psychanalytique des troubles des apprentissages a dorénavant laissé la place aux avancées neuropsychologiques. Néanmoins, l'enfant porteur de troubles des apprentissages ne se réduit pas à un enfant « dys-fonctionnant », il s'agit d'un enfant complexe, aux multiples dimensions.**

**Avec le concept récent de plasticité cérébrale, l'occasion est donnée de dépasser des clivages actifs entre partisans de l'organogenèse et partisans de la psychogenèse.**

**La notion de « troubles complexes du langage et des apprentissages » permet de mettre en évidence cette approche multidimensionnelle, à la différence du concept de « troubles spécifiques du langage et des apprentissages » qui nous semble trop marqué par une vision neuropsychologique exclusive.**

## **CONCLUSION**

C'est donc dans leur complexité que les troubles du langage et des apprentissages nous paraissent devoir être envisagés. L'exploration des multiples dimensions de l'enfant nécessite des expertises de professionnels divers. Longtemps sous-évalués, les troubles des apprentissages sont devenus un enjeu de santé publique, et des directives ministérielles ont promu la création de centres de référence consacrés à ces troubles. A l'échelle de la région des Pays de Loire, la proposition de création d'un centre de référence multisite articulant différents pôles départementaux, avec des spécificités propres, illustre le souhait de travailler ensemble, afin d'enrichir le point de vue porté sur les enfants souffrant de troubles complexes du langage et des apprentissages.

## II. Le projet de création d'un centre de référence régional multisite

### A. Les centres de référence pour les troubles d'apprentissage

La création des centres de référence pour les troubles d'apprentissage est l'aboutissement d'un travail commun entre le ministère de l'Education Nationale et le ministère de la Santé, associé à l'impulsion donnée par les associations de parents. Quatre grandes étapes peuvent être distinguées :

- Mars 1999 : parution du dossier « Les troubles de l'apprentissage de l'enfant », dans la revue *Actualité et Dossier en Santé Publique*<sup>2</sup> ;
- Février 2000 : sous la pression des Associations de parents, publication du rapport de Jean-Charles Ringard<sup>20</sup>, inspecteur d'Académie. Il s'agit d'un rapport sur la prise en charge des dyslexies et des dysphasies en France, réalisé à la demande du secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés de l'époque ;
- Mars 2001 : élaboration d'un « plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage », comportant cinq axes prioritaires et vingt-huit actions<sup>127</sup> ;
- Mai 2001 : publication de la circulaire de la DHOS « relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit »<sup>3</sup>, circulaire visant à l'identification et la promotion, dans les CHU, de centres référents pour le diagnostic et l'orientation des enfants souffrant de troubles du langage. Courant 2001, quinze centres ont pu être créés, auxquels d'autres ont pu succéder les années suivantes. Ils ont rapidement élargi leur action à l'ensemble des troubles spécifiques des apprentissages scolaires. Les centres de références apparaissent en *annexe 4*.

---

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>127</sup> Veber F., Ringard J.C. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. Mars 2001. Consultable sur : <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/index.htm> ou <http://www.education.gouv.fr> .

<sup>3</sup> Ibid.

Dans un article de 2005, Nguyen The Tich<sup>128</sup> fait un état des lieux des effets et des conséquences de la création des centres référents.

Le centre référent a pour mission de proposer des consultations avec différents professionnels, dans un délai d'attente raisonnable, afin de permettre une évaluation multidisciplinaire globale. Mais ces centres souffrent d'un nombre important de demandes débordant les capacités de consultation. Les délais entre la demande et le bilan s'étendent de trois mois à un an, et il semble encore difficile de déterminer, au préalable, quels enfants nécessitent un bilan pluridisciplinaire.

Le centre référent est également chargé d'assurer le suivi et la coordination des soins souvent réalisés en ville. Il n'intervient pas en première intention mais propose un projet thérapeutique individualisé et favorise des adaptations scolaires, si nécessaire, dans les situations d'enfants qui n'évoluent pas dans le bon sens en quelques mois. Il doit donc aider à l'organisation de la prise en charge, en lien avec tous les intervenants. Cela nécessite une bonne connaissance des structures locorégionales existantes, que ce soit au niveau des aides proposées au sein de l'école, ou au niveau des aides proposées par le système de santé.

Il intervient également dans la formation des professionnels de santé et dans des travaux de recherche. Enfin, il détient un rôle de conseil auprès des équipes éducatives, de celles impliquées dans le domaine médicosocial, ou d'autres équipes soignantes. La régulation des demandes pourrait être facilitée par la formation continue des professionnels de santé et des enseignants, favorisant ainsi l'identification des enfants nécessitant un bilan pluridisciplinaire.

En pratique, ce sont surtout les équipes de pédopsychiatrie, de neuropédiatrie et quelques services d'ORL qui ont répondu à l'appel de création de centres référents.

Les missions attribuées aux centres de référence nécessitent un lien constant avec les divers professionnels de santé et les enseignants. Ce travail de coopération entre le centre référent et les acteurs de la prise en charge peut se faire grâce à la constitution d'un réseau.

---

<sup>128</sup> Nguyen The Tich S. Centres de référence des troubles d'apprentissage scolaire: effets et conséquences. Archives de pédiatrie 2005 ; 12 : 897-899.

Ainsi, le Réseau Dys Pays de la Loire, créé en 2003, se donne différents objectifs :

- simplifier l'accès aux soins, avec, par exemple, la réalisation d'un guide de ressources des différents professionnels de santé et de l'éducation impliqués dans la prise en charge d'enfants atteints de troubles des apprentissages,
- favoriser la coordination et la continuité des soins, en désignant un professionnel référent pour chaque enfant, qui sera en lien avec la famille et les autres intervenants,
- promouvoir la qualité des soins, avec des réunions de concertation au sujet des cas difficiles,
- informer, former les professionnels et participer à la recherche.

Il apparaît alors pertinent de porter un regard critique sur les textes ministériels parus ces dernières années sur les troubles des apprentissages.

## **B. Critiques des textes ministériels**

Ces textes ministériels ont soulevé quelques contestations chez les pédopsychiatres et les psychologues, cristallisant les conflits entre les tenants d'une approche globale et ceux d'une approche neuropsychologique.

« Les troubles du langage ne concernent plus les pédopsychiatres » titre l'Information Psychiatrique dans un éditorial de 2001<sup>129</sup>. Welniarz regrette que ces textes ministériels relatifs aux troubles des apprentissages s'appuient sur des définitions issues des travaux des courants neuropsychologiques, en abandonnant l'éclairage psychopathologique. Il note également que les organisations professionnelles, scientifiques ou syndicales de pédopsychiatres n'ont pas été consultées.

Chagnon<sup>130</sup> rappelle que, selon la circulaire de la DHOS, « les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi les dyscalculies, les dyspraxies et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité [...]. Ces troubles sont considérés comme primaires, c'est-à-dire que leur origine est supposée développementale, indépendante de l'environnement socio-culturel, d'une part, et d'une déficience avérée ou d'un trouble

---

<sup>129</sup> Welniarz B. Les troubles du langage ne concernent plus les pédopsychiatres ! L'information psychiatrique Octobre 2001 ; 8 : 760-767.

<sup>130</sup> Chagnon J.Y. Regard clinique sur les troubles des apprentissages. Le Journal des psychologues Septembre 2006 ; 240 : 29-33.

psychique, d'autre part ». Le parti pris par les instances est ici évident, on parle d'origine développementale, d'exclusion de l'environnement. Ceci est en concordance avec les définitions des classifications internationales dont on a vu la fragilité.

Pour cet auteur, le risque est que les troubles des apprentissages soient réduits à un « tout instrumental » à étiologie organique exclusive, devenu un « tout cérébral ».

On peut s'interroger sur l'origine d'une telle vision des troubles des apprentissages. Chagnon avance que cette dérive a pu être favorisée par le mépris apparent des psychopathologues pour les troubles dits « instrumentaux » (troubles cognitifs, dyspraxies, dyslexies-dysorthographies...), du fait de leur liaison apparente à des facteurs organiques, ou de leur aspect mécaniciste. A l'inverse, ils faisaient l'objet « d'interprétations psychanalytiques plaquées sur le modèle de la névrose et du conflit intrapsychique ou encore l'objet de conceptions étiologiques psychogénétiques linéaires basées sur un supposé désir négatif de la mère... »<sup>130</sup>

C'est également l'avis de Catheline, qui note que les pédopsychiatres sont peu représentés pour le dépistage et le suivi des enfants dyslexiques. Elle fait l'hypothèse que ce peut être le « juste contre-coup de l'attitude parfois hégémonique de certains pédopsychiatres qui, dans les années 1970, n'ont pris en compte, avec talent certes mais sans doute de manière trop exclusive, que le seul aspect psychoaffectif des troubles des apprentissages. »<sup>23</sup>

Dans une interview donnée au Journal français de psychiatrie<sup>117</sup>, le Dr Veber, chargée de mission au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage », explique que ce plan constitue une réponse aux demandes d'Associations de parents depuis une dizaine d'années. Ces parents se trouvaient livrés à eux-mêmes pour scolariser leurs enfants. C'est sous la pression des Associations que l'Education nationale a initié une démarche avec la Santé donnant lieu au rapport Ringard<sup>23</sup>. Pour Veber, il y a clairement une critique du « tout psychologique » de la part des Associations de parents.

---

<sup>130</sup> Ibid., p.30.

<sup>23</sup> Ibid., p. 71.

<sup>117</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

Cette vision du problème semble s'enraciner dans la réaction à une vision psychologique exclusive des troubles des apprentissages, qui a pu exister en France dans les années 1970, mais aussi dans la volonté des Associations de parents d'une reconnaissance de ces troubles et d'un rejet global d'une vision psychologique pure.

Le projet d'un centre référent multisite va à l'encontre de cette opposition entre « tout neurologique » ou « tout psychologique » et tente d'articuler différents points de vue experts pour une meilleure prise en charge des enfants atteints de troubles complexes du langage et des apprentissages.

### **C. Vers la création d'un centre de référence multisite au niveau régional**

Dans la région Pays de Loire, le centre référent des troubles du langage et des apprentissages a été créé à Nantes en 2002. Il fait intervenir un neuropédiatre, un phoniatre, et des professionnels de réadaptation fonctionnelle.

La situation s'est modifiée en septembre 2005 avec la mutation au CHU d'Angers de la neuropédiatre coordinatrice du centre de référence.

L'équipe de Nantes n'a pas accès à une expertise pédopsychiatrique spécialisée dans les troubles complexes du langage et des apprentissages.

En Vendée, le CESTI (Centre d'études et de soins des troubles de l'intelligence), créé en 1995, est une consultation médicopsychologique intégrant l'approche cognitive et développementale dans l'appréhension des troubles des apprentissages.

Afin de favoriser une approche globale des troubles complexes du langage et des apprentissages, un rapprochement de ces structures aux expertises complémentaires a été souhaité. Ce projet d'un centre de référence régional multisite constitué des équipes d'Angers, La Roche sur Yon et Nantes a été inscrit au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) des Pays de Loire. Il vise à améliorer les compétences dans une approche globale et concertée des troubles du langage et des apprentissages, en dépassant les querelles idéologiques très fréquentes dans ce domaine, et à favoriser une organisation régionale des soins dans une logique de proximité. Chaque équipe doit respecter les missions attribuées aux centres de référence : offrir un plateau de consultation multidisciplinaire, avec, au minimum, une consultation médicale, orthophonique et psychologique, favoriser la coordination des soins au niveau individuel et institutionnel, ainsi que participer à la formation.

L'homogénéité des pratiques entre les sites devra être garantie par une charte de fonctionnement. Au sein du centre multisite, chaque site a une orientation et un champ de compétence préférentiels :

- Angers : la neuropédiatrie ;
- La Roche sur Yon : la psychopathologie cognitive ;
- Nantes : la phoniatrie.

Ce centre multisite doit tendre vers une bonne coordination avec des lieux de consultation accessibles aux patients des différents territoires de santé, et à diffuser des actions de formation initiale et continue à cette approche globale des troubles complexes du langage et des apprentissages.

Ce projet constitue une application de l'approche globale des troubles complexes du langage et des apprentissages. Il repose sur la volonté de travailler ensemble malgré des divergences en termes de formation et de points de vue. En effet, ces divergences enrichissent le regard porté sur l'enfant.

## **D. Les différents intervenants et leur rôle**

### **1. Le dépistage**

Concernant le dépistage des troubles du langage, les recommandations de la Haute Autorité de Santé<sup>131</sup> mettent en avant le rôle du médecin de santé scolaire, mais aussi du pédiatre et du médecin de famille. Le pédopsychiatre a, lui aussi, une place dans le dépistage des troubles des apprentissages.

Se pose actuellement le problème de la formation insuffisante des médecins à la question des troubles des apprentissages, entraînant des prescriptions inadaptées, et donnant presque à l'enseignant une fonction de prescripteur d'orthophonie. Il semble utile que les médecins généralistes, les pédiatres et les psychiatres disposent d'une formation à ce sujet.

---

<sup>131</sup> Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Dépistage des troubles du langage. Septembre 2005, p. 49-70.

### **a. Le rôle du pédiatre<sup>24</sup> et du médecin de famille**

Grâce à leur connaissance de l'enfant et de son environnement familial, le pédiatre ou le médecin généraliste ont une place de choix dans le dépistage des troubles des apprentissages. Ils ont un rôle important dans l'évaluation de la plainte concernant les apprentissages, en particulier le langage oral et le langage écrit. Il pourra orienter l'enfant vers les structures de soins adaptées.

### **b. Le rôle du médecin de santé scolaire<sup>23</sup>**

Depuis mars 2001, le médecin de santé scolaire a un rôle de dépistage des troubles du langage.

Les médecins de Protection maternelle et infantile (PMI) interviennent à l'école maternelle alors que les médecins de santé scolaire interviennent à partir de la dernière année de maternelle pour la visite d'admission au CP.

Lors du bilan de 3-4 ans, le médecin de PMI a une fonction de dépistage de troubles du langage. Le taux de couverture de ce bilan est très variable selon les départements.

Lors du bilan de 5-6 ans, le médecin de l'éducation nationale pourra évaluer la qualité du langage oral, à l'aide de tests comme la BREV, la BSEDS et l'ERTL6.

Par la suite, à l'école primaire ou au collège, il peut être sollicité pour les enfants présentant des difficultés en lecture. Il utilise alors des outils pour l'évaluation du langage écrit comme la BREV ou l'ODEDYS.

Au vu des résultats, il oriente l'enfant vers les aides adéquates. Le médecin scolaire détient donc une place centrale dans le dépistage des troubles du langage oral et écrit.

## **2. Le diagnostic pluridisciplinaire**

Le bilan diagnostique implique différents professionnels. Il vise à confirmer le trouble suspecté lors du dépistage et permet d'éliminer un trouble secondaire à une pathologie (autisme, épilepsie, surdité...). Il permet d'évaluer les aspects du problème, à différents niveaux, et d'élaborer un projet thérapeutique.

---

<sup>24</sup> Blanc J.P. Le rôle du pédiatre. Ibid., (Livret 2 : Les professionnels et leurs outils), p. 22-24.

<sup>23</sup> Ibid., p. 33.

## a. Le rôle du neuropédiatre<sup>24</sup>

Comme toute consultation médicale, la consultation neuropédiatrique d'un enfant suspect de troubles des apprentissages se décline en deux parties : l'interrogatoire et l'examen clinique.

L'interrogatoire a plusieurs fonctions :

- préciser la demande des parents,
- préciser les antécédents personnels (déroulement de la grossesse, circonstances de l'accouchement et notamment un contexte de prématurité, étapes du développement psychomoteur, parcours scolaire, ...),
- rechercher les antécédents d'éventuelles prises en charge rééducatives,
- explorer les antécédents familiaux : développement et scolarité des parents et de la fratrie.

Lors de l'examen clinique, le médecin évalue le périmètre crânien, recherche des anomalies cutanées, des dysmorphies et des anomalies neurologiques. Il recherche la présence de *soft signs* correspondant à des signes anormaux discrets observés dans les épreuves de motricité fine, de coordination et d'équilibre.

Les troubles cognitifs peuvent être secondaires à une anomalie cérébrale patente, identifiée. Les difficultés neurologiques de ces enfants, victimes de lésions cérébrales précoces de la période anté ou périnatale, peuvent être rattachées à leur histoire médicale précoce. L'atteinte cérébrale se manifeste alors par un handicap neuromoteur, et/ou par des anomalies aux examens complémentaires (scanner, IRM). Les troubles cognitifs peuvent également s'intégrer dans un tableau clinique séquellaire de lésions cérébrales acquises (traumatisme crânien, tumeur cérébrale, méningite ou encéphalite, certaines maladies épileptiques...).

Notons qu'aucun examen complémentaire n'a de place privilégiée dans le diagnostic de dysphasie, les IRM standard étant normales.

---

<sup>24</sup> Mancini J. La place du neuropédiatre, médecin expert des troubles spécifiques des apprentissages. Ibid., (Livret 2 : Les professionnels et leurs outils), p. 17-18.

L'examen neurologique s'intéresse également à l'abord neuropsychologique qui doit apprécier le langage, les praxies et autres fonctions non-verbales, l'attention, la mémoire.

Lors de l'étape diagnostique, à l'issue de l'interrogatoire et de l'examen clinique, le neuropédiatre s'oriente :

- soit vers un trouble secondaire à une pathologie pouvant être : une atteinte cérébrale lésionnelle (infirmité motrice cérébrale), un trouble global du développement nécessitant un bilan étiologique en particulier génétique, des facteurs environnementaux (carence socio-culturelle, bilinguisme), troubles psychiatriques (troubles envahissants du développement notamment),

- soit vers un trouble d'apprentissage spécifique, les critères d'exclusion étant respectés. Le recours à un professionnel compétent permet de confirmer le diagnostic : orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricien, psychologue clinicien, pédagogue spécialisé, ergothérapeute peuvent alors être sollicités.

#### **b. Le rôle du pédopsychiatre**

Le pédopsychiatre cherche, quant à lui, à préciser le motif de consultation et s'intéresse à l'histoire du trouble. L'entretien avec l'enfant et ses parents permet de retracer l'histoire de la grossesse, les grandes étapes du développement, mais permet aussi d'apprécier les aspects affectifs, notamment la qualité des interactions familiales et la place de l'enfant dans la famille. L'interrogatoire vise également à repérer d'éventuels antécédents neurologiques ou sensoriels (antécédents d'otites notamment) chez l'enfant et des antécédents familiaux (de troubles du langage par exemple). Une attention particulière sera portée à la place accordée à d'éventuelles carences langagières de la famille ou à des méthodes pédagogiques inadaptées au développement de l'enfant.

Dans le cadre des troubles des apprentissages, Flagey<sup>108</sup> précise que le pédopsychiatre sera particulièrement vigilant à :

---

<sup>108</sup> Ibid., p. 79-90.

- la qualité de la parole (troubles articulatoires, bégaiement...), du langage (richesse du lexique, qualité de la syntaxe, capacité de l'enfant à construire un récit...),
- l'organisation motrice (présence ou non de mouvements parasites quand l'enfant est au repos, qualité du geste graphique...),
- une éventuelle instabilité psychomotrice,
- la perception du temps et de l'espace,
- le repérage dans la généalogie,
- le vécu subjectif par rapport à l'école,
- l'évaluation des pré-requis utiles pour les premiers apprentissages chez l'enfant en début de scolarité, et, un peu plus tard, à l'évaluation de la qualité de la lecture, de l'écriture, des opérations arithmétiques de base.

La consultation pédopsychiatrique permet également de repérer des troubles psychiatriques tels que les dysharmonies évolutives ou encore d'évaluer le retentissement psychique des difficultés d'apprentissage de l'enfant.

Cette évaluation permet d'élaborer des hypothèses et de motiver ainsi les demandes de bilans complémentaires.

### **c. Le rôle du phoniatre**

Le phoniatre est un médecin « rééducateur fonctionnel » des troubles de la voix et du langage. Il assure l'investigation, l'étude et le traitement des perturbations de la communication vocale, orale et écrite. Selon les cas, il affine le diagnostic par des explorations fonctionnelles (vidéostroboscopie des cordes vocales, l'aérophonoscopie du voile, analyse acoustique de la voix par exemple) et fait appel à d'autres investigations telles que l'audiométrie phonétique, le radiocinéma de l'œsophage, les tests neuropsychologiques...

#### **d. Les bilans spécialisés**

##### *Le bilan sensoriel<sup>24</sup>*

Il s'agit d'une étape importante, une anomalie visuelle ou auditive pouvant entraver l'accès au langage et aux apprentissages.

##### - Examen auditif

Devant tout enfant présentant des troubles du langage, il faut suspecter un trouble de l'audition. Il est nécessaire que le médecin évalue les facteurs de risque de surdité chez l'enfant : médicaments ototoxiques, infection congénitale, méningite bactérienne, souffrance néonatale, poids de naissance inférieur à 1500 g...

L'otoscopie vise à évaluer l'état des tympons. En cas de doute sur une otite séro-muqueuse, elle sera associée à l'impédancemétrie.

Chez le petit enfant, il faut être vigilant à l'absence de jasis ou de mélodie dans les productions vocales et plus tard aux troubles de la communication et au retard de langage, mais ces signes ne sont pas toujours présents, d'où l'importance du dépistage systématique.

Chez l'enfant de plus de trois ans, on peut avoir recours à l'audiométrie pour quantifier un éventuel déficit auditif.

##### - Examen ophtalmologique

Le praticien identifie les situations à risque de déficit visuel (antécédent familial, prématurité importante, infection congénitale, souffrance néonatale). L'examen visuel repose sur la recherche d'un strabisme, l'étude de l'acuité visuelle, la vision binoculaire, la vision des couleurs, la recherche de l'hypermétropie, et la recherche de troubles neuro-visuels.

---

<sup>24</sup> Blanc J.P. L'examen sensoriel de l'enfant. Ibid., (Livret 2 : Les professionnels et leurs outils), p. 84-85.

## - Bilan en orthoptie et en ergothérapie<sup>24</sup>

Le bilan orthoptique étudie le mode de fonctionnement visuel de l'enfant et recherche les raisons des troubles, afin de proposer une aide et/ou une rééducation adaptées.

L'ergothérapeute s'intéresse à la fonctionnalité et l'efficacité de l'enfant face à une tâche. L'orthoptiste se penche sur l'état de l'outil oculomoteur, puis de l'outil perceptif, visuo-gnosique et visuo-praxique.

L'évaluation neurovisuelle permet d'apprécier la statique oculaire, les canaux perceptifs (acuité visuelle après évaluation par l'ophtalmologiste, perception des couleurs, des contrastes...) et l'ensemble du potentiel moteur. Ensuite seront étudiées les stratégies visuelles, la coordination oculomanuelle, les gnosies visuelles et le dénombrement.

### *Le bilan orthophonique<sup>24</sup>*

Le bilan orthophonique est prescrit par le médecin et permet d'évaluer les compétences communicatives du patient. L'orthophoniste est en mesure d'observer le comportement de l'enfant et d'effectuer des batteries de tests permettant d'évaluer ses capacités d'encodage, de traitement et de décodage du code linguistique, d'évaluer ses capacités de mise en correspondance du code oral et du code écrit, éventuellement d'évaluer ses capacités à calculer et à résoudre un problème.

En fonction des pathologies, le soin orthophonique propose une réadaptation fonctionnelle s'appuyant sur différents aspects (technique, logique, social, éthique).

### *Le bilan psychomoteur<sup>24</sup>*

Le bilan psychomoteur permet d'évaluer les fonctions non-verbales et les aptitudes corporelles de l'enfant. Il a pour but de mettre en évidence les qualités d'un enfant dans

---

<sup>24</sup> Montezer N. et al. Le bilan en orthoptie et en ergothérapie des fonctions visuelles. Ibid., (Livret 5 : Fonctions non-verbales), p. 86-89.

<sup>24</sup> Roy B. L'orthophoniste, évaluation et rééducation du langage. Ibid., (Livret 2 : Les professionnels et leurs outils), p. 11-13.

<sup>24</sup> Roger F., Golly V. Le bilan psychomoteur. Ibid., (Livret 5 : Fonctions non-verbales), p. 32-35.

l'appréhension de son corps, d'apprécier l'homogénéité du développement des fonctions non-verbales et de mesurer les décalages entre certains savoir-faire corporels.

Plus précisément, le psychomotricien s'intéresse à la latéralité, au contrôle graphique, à la visuo-construction, à la discrimination figure-fond, à la perception de l'orientation des formes, à la reproduction rythmique, à l'écriture et au graphisme, à l'imitation de gestes et au développement des coordinations globales et manuelles.

A l'issue du bilan, les résultats pourront être confrontés aux autres évaluations et permettre d'orienter les hypothèses diagnostiques.

### *Le bilan psychologique*

On distingue dans le bilan psychologique : le bilan du psychologue clinicien, le bilan neuropsychologique et le bilan réalisé par le psychologue de la cognition. Ces trois bilans sont réalisés par des professionnels, tous psychologues, mais avec des outils spécifiques, et dans des perspectives différentes.

#### Le bilan du psychologue clinicien

Le psychologue clinicien s'intéresse à l'histoire de l'enfant, à la qualité des interactions familiales et à leur mise en place, au fonctionnement psychique de l'enfant, notamment à ses défenses et aux zones conflictuelles. Les épreuves projectives, comme le CAT, utilisant un matériel animalier adapté aux plus jeunes, ou le TAT, permettent d'apprécier le monde interne du patient.

#### Le bilan neuropsychologique

La neuropsychologie s'intéresse aux relations entre le cerveau et les processus mentaux, sous-tendant les fonctions de raisonnement, de langage et de communication, de mémoire, d'attention, mais aussi la perception, les gestes, les actions et les émotions. Dans le cadre des troubles des apprentissages, ce bilan complète l'évaluation menée par le psychologue clinicien et les éléments médicaux ou paramédicaux. Il débute par un entretien familial qui permet d'avoir, par exemple, des éléments sur la scolarité actuelle et antérieure de

l'enfant ou encore sur les grandes étapes de son développement. Puis, on propose à l'enfant des batteries d'intelligence, comme le WISC ou le K-ABC. Le neuropsychologue évalue donc l'efficacité intellectuelle mais aussi le langage, la mémoire, l'attention, la planification, la perception, le contrôle, l'exécution ou encore les réalisations gestuelles.

### Le bilan cognitivo-langagier<sup>132</sup>

Le psychologue de la cognition cherche à identifier le fonctionnement cognitif de l'enfant en difficulté d'apprentissage. Il s'intéresse à la fois aux stratégies mobilisées par l'enfant, à celles qu'il évite, ainsi qu'à celles où il s'enkyste.

Dans ce bilan, le professionnel explore des aptitudes cognitives, soit relativement indépendantes du langage, soit liées aux constructions linguistiques. D'autre part, il évalue les différents aspects des conduites linguistiques de l'enfant, à tous les niveaux organisationnels de son langage. Ce bilan doit être interprété à la lumière de la dimension psychoaffective.

Comme dans le cas du bilan neuropsychologique, une première rencontre avec les parents est nécessaire. Les tests utilisés par le psychologue sont des batteries d'intelligence (WISC, K-ABC...) et de compétences scolaires.

### *Le bilan pédagogique*

Effectué par un enseignant, en général spécialisé et appartenant au RASED, ce bilan informe sur le regard de l'école. Il donne des éléments sur le comportement de l'enfant, sa posture d'élève, son niveau, en fonction de son âge, des différentes matières, et de la classe où il se trouve.

---

<sup>132</sup> Huet A. Bilans en psychopathologie cognitive au C.E.S.T.I. In : Centre d'étude et de soins des troubles de l'intelligence (CESTI), Texte de formation continue, Equipe du CESTI, Centre Donald Winnicott, Secteur Nord de Psychiatrie Infanto-juvénile de Vendée, Décembre 2001.

### **3. Principes de prise en charge**

La prise en charge des enfants souffrant de troubles complexes du langage et des apprentissages ne peut être ni simple, ni stéréotypée. Adaptée à chaque situation clinique, elle résulte de l'analyse des différentes dimensions des difficultés de l'enfant.

Maurice Berger<sup>43</sup>, pédopsychiatre, distingue quelques principes généraux de prise en charge :

#### **a. Instaurer un cadre fiable et non intrusif**

Cet aménagement peut passer par des entretiens avec les parents, dans le cas où ils sont intrusifs, ou trop peu préoccupés par leur enfant. Cela est parfois compromis par les difficultés à joindre ou mobiliser certains parents.

Si l'enfant est confronté à une vie trop chaotique et à des événements trop traumatiques pour pouvoir penser, il peut parfois être utile de séparer l'enfant de sa famille. Un internat de semaine pourrait alors s'avérer intéressant.

#### **b. Proposer une pédagogie adaptée**

Dans certains cas, des adaptations pédagogiques pourraient permettre de franchir une partie des difficultés d'apprentissage. C'est le rôle du RASED que nous avons évoqué antérieurement.

#### **c. Proposer un cadre à visée psychothérapique**

Dans le cas d'une psychothérapie individuelle, le but de la psychothérapie n'est pas d'obtenir directement une modification des stratégies d'apprentissage, mais d'élaborer les angoisses sous-jacentes aux processus cognitifs et aux situations d'apprentissage.

Si les troubles affectifs et cognitifs sont très importants, une prise en charge en hôpital de jour peut s'avérer nécessaire.

Une prise en charge cognitive, orthophonique, ou psychomotrice peut constituer l'abord le plus adapté, associée ou non à une psychothérapie.

---

<sup>43</sup> Ibid., p. 11-15.

Notons que, parfois, une restauration narcissique est nécessaire avant de débiter une rééducation, directement centrée sur le trouble.

## **CONCLUSION**

La prise de conscience de la problématique des troubles des apprentissages est récente, et s'est notamment faite sous l'impulsion des associations de famille. La création de centres de référence a été proposée pour répondre au besoin d'expertise impliqué par ces troubles. Différents professionnels, médicaux, paramédicaux, enseignants prennent leur place à un niveau de dépistage, ou de diagnostic pour rendre compte des difficultés présentées par l'enfant. A la suite de ces explorations, des principes de prise en charge pourront être élaborés, adaptés à chaque situation clinique.

Les cas cliniques présentés tentent de montrer les articulations possibles entre le champ psychologique et le champ cognitif, et les modalités thérapeutiques susceptibles d'en découler.

### **III. Cas cliniques**

Dans cette partie clinique, nous nous limiterons au champ concernant la psychopathologie cognitive, grâce à l'analyse de trois situations cliniques issues du Centre d'étude et de soins des troubles de l'intelligence (CESTI), appartenant au secteur nord de psychiatrie infanto-juvénile de Vendée.

#### **A. Fonctionnement du CESTI**

Le CESTI, centré sur les troubles de l'intelligence, accueille des enfants en difficultés d'apprentissage. La pratique de ce centre s'articule avec les travaux théoriques développés par ses intervenants : publications<sup>94</sup> sur le concept d'anorexies intellectuelles<sup>133</sup>, ou encore travaux<sup>134</sup> concernant l'acquisition de la lecture<sup>135</sup> par exemple.

---

<sup>94</sup> Ibid.

<sup>133</sup> Halimi Y., Khomsi A. « Protopédagogies » ou « pédagogie de grand-mère ». Anorexies intellectuelles (deuxième partie). *L'information psychiatrique* Novembre 1995 ; 9 : 847-855.

<sup>134</sup> Huet A. Aptitude lexicale et dysfonctionnements développementaux de la lecture. Thèse de doctorat de psychologie, Université de Nantes ; 2000.

Ce centre propose une évaluation médicale effectuée par un pédopsychiatre, un bilan psycho-affectif mené par une psychologue clinicienne, et un bilan des processus cognitivo-langagiers, réalisé par une psychologue de la cognition. Le CESTI travaille dans une double optique, cognitive et psychodynamique, autour des difficultés d'apprentissage. En effet, les difficultés cognitives sont mises en perspective avec l'organisation psychoaffective de l'enfant.

### **1. Le bilan psycho-affectif<sup>132</sup>**

Le bilan psycho-affectif se fait en deux temps.

Après l'entretien avec les parents, un premier temps est consacré à la passation d'un test projectif, visant à mettre en évidence les rapports de l'enfant aux autres et à son propre monde interne. Il informe sur les capacités de l'enfant à utiliser son potentiel cognitif, mais aussi sur ses capacités à se repérer dans le jeu entre l'imaginaire et le réel, préalables nécessaires à la mentalisation. De plus, ces tests renseignent sur les problématiques d'individuation, de différenciation des sexes et des générations, d'identification. Enfin, les aménagements défensifs et les zones conflictuelles de son psychisme seront explorés.

Le second temps est consacré au Prédasco (Précurseur des Apprentissages Scolaires), reposant sur l'hypothèse de « structure architecturale de parenté », développée par Halimi et Khomsi<sup>94</sup>. Celle-ci constitue le schéma de connaissance primordial, préalable nécessaire pour les acquisitions ultérieures, dont les acquisitions scolaires. Le modèle familial est intériorisé par l'enfant, grâce aux parents, de manière souvent implicite, ou encore grâce au fonctionnement social (traditions, fêtes familiales), lui permettant de distinguer la « famille nucléaire », de la famille élargie, et des étrangers à la famille. En observant et en imitant, l'enfant prend une place active dans le processus d'acquisition de ce savoir.

Cette structure de parenté repose sur un noyau de base : la réalité de l'engendrement, la différence des sexes et l'ordre de succession dans les fratries.

La structure de parenté est intégrée à un niveau psycho-corporel par l'enfant, et est considérée comme un savoir.

---

<sup>135</sup> Huet A., Khomsi A. Traitement oral des mots et acquisition de la lecture. *Glossa* 2002 ; 80 : 44-53.

<sup>132</sup> Lassalle C. Aspect psycho-affectif du bilan. *Ibid.*

<sup>94</sup> *Ibid.*

Le Prédasco, d'aspect ludique, est un matériel reposant sur la définition des termes de parenté et sur la construction. Il fait peu appel à la verbalisation.

## **2. Le bilan cognitivo-langagier**

Comme il l'a été explicité précédemment, ce bilan vise à explorer le fonctionnement cognitif de l'enfant. Il est réalisé dans une perspective psychopathologique cognitive, complémentaire de l'approche psychopathologique de l'affect. On s'intéresse particulièrement à la mémoire, à l'attention visuelle ou auditive, aux perceptions, aux fonctions exécutives... Les dysfonctionnements de certaines compétences peuvent agir, comme des contraintes proximales, lorsqu'elles entravent le développement d'autres compétences, proches d'un point de vue développemental : dans le cas des troubles d'apprentissage de la lecture, par exemple, les perturbations du langage oral compliquent l'acquisition de la lecture. Des dysfonctionnements de compétences très précoces, comme les praxies oro-faciales, les atteintes perceptives (infections ORL à répétition, troubles visuels) agissent comme des contraintes distales, perturbant des apprentissages plus tardifs.

Un rappel sur la mémoire de travail est nécessaire pour comprendre les résultats des bilans de Maël et Lucie<sup>14</sup> : la mémoire de travail, ou mémoire transitoire, permet le maintien en mémoire active d'éléments nécessaires au décryptage sémantique actuel. Elle serait constituée de deux sous-systèmes : la *boucle phonologique* et l'*administrateur central*. La boucle phonologique est chargée du maintien en mémoire de l'information phonologique. Elle-même est composée d'une *unité de stockage* et d'un *processus de contrôle articulatoire*. Ce dernier permet notamment de rafraîchir l'information en la réintroduisant dans le stock phonologique.

## **3. Le projet de soins**

A la suite des bilans, une synthèse réunit les différents intervenants et permet d'élaborer un projet de soins adapté à l'enfant.

La prise en charge se décline de différentes manières : psychothérapie individuelle, prise en charge cognitive, prise en charge de groupe (atelier cognitif animé par des infirmiers et supervisé par la psychologue). Une « unité du soir » accueille des petits groupes d'enfants,

---

<sup>14</sup> Ibid., p. 174-175.

deux fois par semaine, et travaille autour des devoirs et des legos. Des visites à domicile par un infirmier peuvent également être organisées. Les liens avec l'école se font par des rencontres de la psychologue clinicienne, ou la psychologue de la cognition, avec l'enseignant, de manière trimestrielle, pour les enfants accueillis au CATTP.

## **B. Maël**

### **Motif de consultation**

Maël, âgé de 6 ans et demi, est adressé en consultation au CMP sur les conseils de son pédiatre pour un problème d'onychophagie.

A la suite des consultations d'évaluation, un bilan au CESTI sera sollicité dans un contexte de troubles des apprentissages.

### **Biographie**

Maël est en CP. Il a un demi-frère de 11 ans du côté de son père, qui porte le même prénom que celui-ci. Son demi-frère est en garde chez son père un week-end sur deux.

La mère de Maël est aide à domicile et son père est agent de fabrication.

La grand-mère maternelle de Maël est décédée d'un infarctus du myocarde, alors que Madame avait 20 ans. La mère de Maël voit régulièrement son père et les contacts sont bons.

Le grand-père paternel est décédé alors que Monsieur avait 1 an et demi. Ce dernier a peu de contacts avec sa mère.

Le père de Maël a changé de nom de famille l'année précédente. Il portait le nom de son beau-père et a repris le nom de sa mère. Maël a lui aussi changé de nom de famille.

### **Antécédents**

La mère de Maël décrit une grossesse marquée par des symptômes dépressifs. L'accouchement a eu lieu trois semaines avant terme, sans problème particulier. Bébé, Maël pleure beaucoup et régurgite malgré les traitements. Il est d'ailleurs hospitalisé dans ce contexte de régurgitations.

Maël a des antécédents d'otites séreuses repérées au moment de l'entrée à l'école. Une adénoïdectomie a été réalisée à l'âge de 4 ans. Une pose d'aérateurs trans-tympaniques était envisagée, mais n'a pas été utile compte tenu de l'amélioration clinique à l'entrée en CP.

Devant des troubles langagiers importants, une prise en charge orthophonique a débuté à l'âge de 3 ans et se poursuit au moment de la consultation.

Sur le plan familial, la maman de Maël, souffrant de dépression, est suivie par un psychiatre libéral. Durant l'enfance, son papa a lui-même été pris en charge en hôpital de jour de pédopsychiatrie pendant deux ans. Le demi-frère de Maël fréquente une école spécialisée pour enfants en difficultés scolaires.

### **Consultation pédopsychiatrique**

La présentation de Maël est en décalage avec son âge, il paraît beaucoup plus jeune qu'il ne l'est, et parle d'une voix fluette. Anxieux, il ne cesse de bouger d'avant en arrière pendant la consultation. Le langage est immature.

Sa mère semble déprimée et pense aller consulter un psychiatre, ce qu'elle fera plus tard. Elle décrit son fils comme un enfant très sensible, qui leur dit parfois qu'« il pleure parce qu'il aime très fort ses parents ». Elle craint d'avoir transmis sa propre fragilité à son fils. Elle décrit un vécu de sa grossesse marqué par une dépression, tout en expliquant qu'elle « se sentait bien enceinte ».

Maël se ronge les ongles des doigts et des orteils depuis la moyenne section.

Sur le plan scolaire l'enfant est en CP, dans une nouvelle école. Le premier mois a été difficile, Maël pleurant tous les matins au moment de la séparation. Il a une aide spécialisée deux fois par semaine et ses résultats seraient moyens.

Deux autres consultations seront effectuées avant les bilans. Lors de la deuxième consultation, la mère de Maël communique un bilan d'aide spécialisée réalisé par l'école, inquiète des difficultés de cet enfant à entrer dans des apprentissages construits.

Ces deux consultations témoigneront de la difficulté de Maël à se séparer de sa maman et d'une confusion des repères familiaux. Le père apparaît très absent dans cette dyade mère-fils.

## **Bilan d'aide spécialisée de l'école**

Ce bilan est réalisé par l'enseignant et l'enseignante spécialisée (maître E) de Maël. Il met en évidence l'angoisse de cet enfant en situation d'apprentissage, et ses difficultés à rentrer dans le processus de lecture malgré les aides proposées. Les enseignants font l'hypothèse d'un nœud entravant les apprentissages.

Devant les difficultés d'apprentissage importantes rencontrées par Maël, un bilan cognitivo-langagier et un bilan psychologique sont proposés.

## **Bilan cognitivo-langagier**

Pendant ce bilan, réalisé sur trois séances, Maël participe volontiers aux épreuves. La prosodie et le timbre de la voix renvoient une image de douceur et d'absence de conflictualité. Lors de l'entretien avec sa mère, Maël s'installe sur le dos, sous le siège de celle-ci. Madame évoque certaines habitudes de son fils : se reculotter sans arrêt, le fait de retourner les manches avec un revers...

Face à la demande d'un dessin racontant une histoire, Maël se cantonne à des éléments factuels et n'arrive pas à dérouler un récit. Lors du second entretien, Maël peut exprimer des signifiés agressifs lorsqu'il dessine un robot, mais les signifiants phonéticophonologiques demeurent peu appuyés, prononcés toujours avec la même petite voix.

## *K-ABC*

Maël dispose d'un réel potentiel cognitif, mais dichotomique. Si les processus simultanés sont à 111 et l'échelle non verbale à 105, en revanche, les processus séquentiels sont chutés à 80. Cette dernière note est à mettre en lien avec un effondrement de la boucle auditive. En effet, ce sont les subtests « Mémoire de chiffres » et « Suites de mots » qui sont effondrés, alors que la rétention de séquences motrices est correcte. Dans l'échelle des Simultanés, le subtest « Séries de photos » met en évidence la tendance de Maël à organiser les scripts à partir de l'état final (par exemple, une chaussure délacée là où la plupart évoquent un laçage).

Maël a donc un réel potentiel cognitif, si les processus séquentiels ne sont pas impliqués à travers le langage et le temps. Les capacités de rétention verbale sont faibles, ce qui compromet l'apprentissage de connaissances et de savoirs scolaires. Ainsi l'échelle des connaissances est-elle chutée à 70. Le statut lexicale (lecture et déchiffrement) est celui d'un enfant de 5 ans 9 mois.

### *Evaluation du langage oral (ELO)*

Cette batterie met en évidence un effondrement langagier, avec un décalage d'au moins deux ans dans toutes les dimensions du langage.

Le K-ABC et l'ELO témoignent donc à la fois d'une boucle phonologique effondrée en mémoire de travail verbale et d'un langage archaïque, où les éléments segmentaux n'ont pas pu s'installer. Ainsi, d'une part, Maël ne peut pas segmenter les mots à l'oral, ce qui signifie qu'il s'est constitué un dictionnaire fait de blocs figés et non segmentaux, et d'autre part, il n'a pas accès à la suffixation et ne peut donc pas décliner le masculin en féminin (chien/chienne par exemple), de la même manière qu'il ne peut pas comprendre une action à venir, par rapport à une action passée ou en cours (mettent/mettront/mettaient).

La NEPSY permet d'évaluer la mémoire narrative. Le score obtenu est celui d'un enfant de 3 ans 6 mois. Le langage oral apparaît comme une contrainte majeure pour l'accès à l'écrit.

En résumé, on peut faire l'hypothèse de troubles séquellaires de la période préverbale. Le discours de la mère, comme le comportement de l'enfant, révèlent un passé symbiotique, compliquant l'accès à l'individuation. D'ailleurs, les entretiens montrent combien Maël est en recherche d'enveloppes matérielles. Le langage de cet enfant évite tout conflit, et un lien peut être fait avec la difficulté à s'opposer à une mère si fragile.

### **Bilan psychologique**

Le contact s'établit facilement avec l'enfant. Lors du premier entretien, il exprime sa difficulté à rester seul, sans sa maman.

Un des dessins réalisé par Maël représente un cœur transpercé par une flèche. La flèche évoque clairement une représentation phallique.

Au *CAT*, Maël met en place des défenses obsessionnelles, s'attachant à des détails successifs, lui permettant de laisser émerger un contenu manifeste, sans aucune conflictualité. Ces aménagements défensifs entravent la verbalisation des problématiques suggérées par le matériel, et agissent comme une protection contre le risque d'éclatement sous la charge d'une violence interne majeure. Maël a beaucoup d'interrogations quant au corps, aux postures, à l'intégrité corporelle ; il semble à la recherche d'une enveloppe. Il s'accroche massivement à la planche évoquant la scène primitive, source d'interrogation et de fascination. Le champ du savoir est contaminé, voire envahi, par la curiosité sexuelle. La matière scolaire est érotisée et Maël ne peut donc pas avoir accès aux stratégies d'apprentissages.

Au *Prédasco*, Maël est en difficultés et ne peut organiser ni structurer le matériel. Il n'a pas intégré d'architecture de parenté. Pendant ce test, Maël exprimera : « mon frère, il est pas à nous...il est chez quelqu'un des fois... », ce qui témoigne des représentations précaires de cet enfant.

### **Problématique et propositions thérapeutiques**

L'organisation psychique de cet enfant, marquée par des éléments archaïques et par des angoisses corporelles massives, évoque une prépsychose. Il n'a pas construit d'identité propre et ne reconnaît pas les autres dans leur identité sexuée. La recherche permanente d'enveloppes témoigne de l'insécurité corporelle dans laquelle se trouve Maël.

Les angoisses de Maël face à l'apprentissage peuvent être mises en lien avec une pulsion épistémophilique sexualisée qui ne peut être sublimée au profit de la curiosité intellectuelle. Il ne peut donc pas accéder à des apprentissages, trop contaminés par la charge sexuelle. Ainsi l'accolement des lettres peut-il être angoissant pour cet enfant.

Dans la réalité, le père de Maël ne semble pas positionné par la mère comme tiers séparateur. L'enfant et sa mère ont été pris dans une relation symbiotique, empêchant Maël d'accéder à l'individuation, et le maintenant dans une aconflictualité ainsi qu'une absence d'agressivité. Dès lors, il lui est impossible de couper dans les mots. L'accès au père est ici

barré au niveau paternel, et au niveau grand-paternel. En effet, le père lui-même est pris dans une problématique de filiation, l'ayant conduit à prendre le nom de famille de sa mère. On peut s'interroger sur l'impact de ce changement de nom, chez un enfant pour lequel le mot et la chose ne sont pas toujours distincts.

Les antécédents somatiques d'otites doivent également être considérés dans la compréhension des difficultés langagières de l'enfant. Un environnement sonore précaire agit comme une contrainte sur l'acquisition du langage.

L'appareil psychique particulièrement fragile de cet enfant pose la question d'un encadrement thérapeutique important. C'est une indication de prise en charge en hôpital de jour. Le manque de place dans cette structure a entraîné la proposition d'alternatives thérapeutiques.

Il est alors proposé une prise en charge en unité du soir, deux fois par semaine pendant deux heures, avec l'encadrement de deux soignants, et des visites à domicile par une infirmière. Le but est de travailler autour des angoisses en lien avec les apprentissages (espace devoirs), et de travailler autour de l'imaginaire (espace legos).

Quelques mois plus tard, une prise en charge cognitive sera associée à la prise en charge groupale, permettant à Maël de commencer à aborder la lecture. Des rencontres régulières sont organisées entre l'école et la psychologue de la cognition.

## **C. Lucie**

### **Motif de consultation**

Lucie est âgée de 8 ans et demi lors de la première consultation. Elle est adressée par le CMPP qui la suit depuis six mois, en orthophonie et en psychothérapie, pour des difficultés scolaires, dans un contexte de troubles du langage oral évoluant depuis la petite enfance.

### **Biographie**

Lucie est la seconde d'une fratrie de deux enfants. Elle a une sœur aînée de 12 ans. Sa mère est secrétaire, et son père a monté une société avec son frère.

Lucie redouble son CE1. Elle pratique le basket.

## **Antécédents**

La grossesse et l'accouchement se sont révélés sans particularités.

Lucie commence à parler vers 2 ans et demi, mais de manière incompréhensible. Un suivi orthophonique libéral est mis en place de l'âge de 3 ans et demi à l'âge de 7 ans et demi, interrompu devant l'absence de progrès. L'été précédent, Lucie a présenté des conduites d'opposition : refus de manger, de donner la main, colères... Le médecin traitant conseille alors le CMPP, qui propose une prise en charge en orthophonie, et met en place une psychothérapie qui durera six mois. Les colères de Lucie ont alors cessé.

Lucie a eu de nombreuses otites ayant nécessité des paracentèses et une adénoïdectomie à l'âge d'un an. Elle présente également une rhinite chronique allergique.

Un examen ophtalmologique récent ne retrouve qu'une légère baisse d'acuité visuelle gauche à 9/10.

Dans les antécédents familiaux, on note un important strabisme maternel. De plus, Madame dit qu'elle-même n'a pas parlé avant 4 ans, et a bénéficié d'une prise en charge orthophonique. Un des cousins de Lucie, du côté maternel, a été suivi au centre pour des troubles du langage.

## **Consultation pédopsychiatrique**

Au moment de la consultation, Lucie redouble son CE1. Elle se présente comme une fillette brune et souriante.

Il ressort de la consultation que Lucie a des difficultés pour écrire et appréhende la lecture devant un grand texte. De plus, il apparaît qu'elle ne comprend pas le sens du texte qu'elle lit. Des troubles du langage oral persistent.

Les colères auraient disparu à la suite des consultations avec la psychologue du CMPP.

Lucie se plaint depuis quelques mois d'entendre des sons « étouffés ».

Dans ce contexte de troubles du langage et de difficultés scolaires, un bilan cognitivo-langagier et un bilan psychologique sont programmés dans le cadre du CESTI.

Les bilans ne pourront être réalisés qu'un an après la consultation, pour des raisons internes au service. Lucie, alors âgée de 9 ans et demi, est en CE2.

## **Bilan cognitivo-langagier**

Le bilan se fait sur deux séances, où Lucie est successivement accompagnée par sa maman et son papa. Elle apparaît très contrôlée et mesurée dans son rapport à l'autre. La parole reste marquée par des troubles phonético-phonologiques.

### *Evaluation des compétences scolaires, cycle des approfondissements (ECSIII)*

Les notes globales sont très hétérogènes, marquées par un très bon raisonnement à l'épreuve de résolution de problèmes verbaux, de bons résultats à l'épreuve de résolution de problèmes non verbaux et à l'épreuve de graphisme, alors que le traitement du mot écrit et le traitement du nombre sont chutés, à la fois dans la reconnaissance et la production. Ces premiers résultats renvoient l'image d'une enfant en difficultés d'apprentissage en lecture et en mathématiques, sans difficulté de raisonnement, ni atteinte du graphisme. Mais, Lucie révélant qu'elle a déjà travaillé en rééducation l'exercice de compréhension, la bonne note en compréhension a peu de valeur, et une autre épreuve devra être proposée.

Il apparaît que Lucie présente des difficultés d'apprentissage du codage du nombre, venant entraver les procédures calculatoire, et du codage écrit des mots, compromettant la compréhension. Le graphisme ne semble pas constituer une contrainte.

### *Evaluation du langage oral (ELO)*

Les troubles du langage oral doivent compliquer les apprentissages. En effet, les lexiques d'entrée et de sortie sont très restreints, entravés par une contrainte phonoarticulaire encore importante. La syntaxe sur le versant expressif est très touchée.

### *K-ABC*

Lucie dispose d'un potentiel cognitif réel, mais légèrement dichotomique (séquentiels à 98 et simultanés à 82). L'échelle des connaissances est très chutée (71), mais de manière homogène, de même que l'échelle non verbale (79). Le statut lexique est en décalage de deux ans pour l'identification des mots écrits, et de dix-huit mois pour la compréhension.

Dans les processus séquentiels, l'empan verbal est bon, contrairement à l'empan de gestes. Dans les processus simultanés, les épreuves nécessitant une programmation sont chutées.

Ainsi le K-ABC met-il en évidence, au sein de la mémoire de travail verbale, une perturbation de la boucle articulatoire correspondant à la programmation des gestes articulatoires nécessaires à la répétition subvocale, pour maintenir les informations phonologiques.

### *NEPSY*

Cette batterie évalue cinq grands domaines : les fonctions attentionnelles et exécutives, le langage, la sensori-motricité, le traitement visuo-spatial, l'apprentissage et la mémoire. Les résultats montrent un domaine visuo-spatial correct, alors que le langage est effondré, notamment dans sa composante « contrôle moteur de séquences oromotrices ».

Ainsi, la coordination de séquences en motricité fine est perturbée, et entrave la boucle articulatoire. La vitesse d'articulation doit gêner la programmation des gestes fins nécessaires à la parole. La répétition subvocale est alors difficile tandis que l'empan verbal est bon.

En conclusion, Lucie a des difficultés en lecture, dues à des troubles dans le traitement du nombre et du mot, eux-mêmes en lien avec d'anciennes difficultés oromotrices gênant la répétition subvocale. L'automatisation des correspondances graphies/phonies n'est alors pas possible, d'où les difficultés présentées par Lucie dans les apprentissages de base.

### **Bilan psychologique**

Lucie tente d'esquiver les échanges par des « je ne sais pas » défensifs. Elle évoque ses difficultés à parler, à lire, et ses troubles d'endormissement nécessitant la présence rassurante de sa maman.

Au *CAT*, Lucie est anxieuse. Elle semble contaminée par l'angoisse ressentie en situation d'apprentissage scolaire. Ses récits se font dans un registre régressif. Elle évite toute conflictualisation et ne reconnaît pas la relation dans sa triangulation. Les affects sont verrouillés. L'image paternelle est perçue de manière archaïque. Lucie ne semble pas avoir

constitué d'objet interne, ce qui se manifeste par l'expression de thématique d'abandon, de solitude, voire d'angoisses de mort face à certaines planches.

Le test projectif semble donner des éléments en faveur de troubles identitaires, d'un fonctionnement dysharmonique marqué par des angoisses de séparation non élaborées.

Au *Prédasco*, Lucie semble décontenancée et doit être rassurée. La parentalisation n'est pas établie, et la famille nucléaire n'est pas repérée. L'identification des personnages est erronée, sauf la mère et la fille. Les termes de parenté ne sont pas définissables par Lucie. D'ailleurs, elle confond le sens du mot *père*, avec celui d'une *paire* de chaussures et le verbe perdre : « c'est quand on *perd* quelque chose ». L'architecture de parenté n'est donc pas intériorisée. Le *Prédasco* confirme les hypothèses évoquées à la suite du CAT.

### **Problématique et propositions thérapeutiques**

Lucie présente des difficultés d'apprentissage, en lien avec une mauvaise construction du langage. Différentes hypothèses complémentaires donnent des pistes sur l'origine de ces troubles.

On peut faire l'hypothèse que les interactions précoces mère-enfant ont été troublées par le strabisme maternel important. En effet, le premier miroir renvoyé à l'enfant est le visage de la mère. Du fait du regard maternel marqué par ce strabisme, tout se passe comme si le bébé était face à un miroir déformant. Dans ce cas, l'accrochage par le regard trouble le bébé et risque de focaliser l'interaction sur la vision, et de perturber l'accession à la conscience de l'autre. Or, pour pouvoir se séparer, il faut avoir conscience de l'autre. Ces éléments ont pu favoriser une relation exclusive de Lucie à sa mère, d'où les angoisses de séparation exprimées au CAT. De plus, l'accrochage réciproque des regards, qu'on pourrait nommer « danse des yeux », constitue un des précurseurs venant ancrer l'interaction langagière, au même titre que la prosodie du discours maternel. Cet accrochage perturbé a pu entraver le développement langagier.

Le contexte somatique d'otites à répétition de Lucie doit également être pris en compte. En effet, une audition perturbée risque de compromettre l'acquisition du langage oral, puis du langage écrit. D'ailleurs, quelques années plus tard, dans le cadre de la prise en charge de Lucie, un examen audiométrique mettra en évidence, dans un premier temps, une surdité de

perception bilatérale, de moins 30 dB, niveau surdité légère. Une consultation un mois plus tard ne confirmera pas cette surdité. Néanmoins, on peut s'interroger sur l'environnement sonore, probablement précaire, dans lequel a évolué Lucie. Même à un seuil limite pour le diagnostic de surdité, les perceptions sont modifiées, et risquent de compromettre le développement du langage.

Lucie semble prise dans une organisation psychique de surface, fragile, marquée par une insécurité importante. Elle ne peut lier les représentations mentales entre elles. Ainsi, l'exemple du mot *père*, compris dans sa polysémie, montre combien Lucie reste à un niveau de surface de l'objet. La langue qu'elle utilise n'est pas habitée de l'intérieur, et le langage prend difficilement sens pour elle. Les colères et les mécanismes obsessionnels qu'elle utilise apparaissent alors comme des tentatives de se sécuriser.

Dès lors, l'objectif thérapeutique est de sécuriser Lucie en lui proposant d'analyser le langage via le sens. La prise en charge avec la psychologue de la cognition repose sur l'idée de lui faire construire des histoires à partir d'homonymes et de travailler sur les métaphores. Cet accompagnement doit lui faire comprendre que son problème a été compris. Il est nécessaire que Lucie habite son langage de l'intérieur afin de retrouver une sécurité interne. Ce travail vise à lui restituer une place active, la bonne santé psychique passant par le fait d'être auteur de sa vie. Cette prise en charge apparaît comme un préalable nécessaire à une psychothérapie, qui sera sans doute nécessaire dans un second temps.

La prise en charge en psychologie cognitive durera un an et demi. Lucie y est peu présente et peu motivée. Les parents resolliciteront le centre quelques mois plus tard, dans le cadre de difficultés en français en 6<sup>ème</sup>. Une prise en charge en psychothérapie est alors débutée.

## **D. Sébastien**

### **Motif de consultation**

Agé de 11 ans, Sébastien consulte, sur les conseils d'une psychologue scolaire amie de ses parents, pour des problèmes d'orthographe, et dans un contexte d'effondrement consécutif à une mauvaise note en mathématiques.

## **Biographie**

Sébastien est le troisième enfant d'une fratrie de quatre. Il a une sœur aînée de 16 ans, un frère aîné de 14 ans, et une petite sœur de 7 ans. Ses parents sont tous les deux enseignants, son père en CP, sa mère en maternelle. Sébastien est en 6<sup>ème</sup>.

On note dans la famille plusieurs maladies graves et décès :

- la grand-mère paternelle est décédée d'une tumeur cérébrale, alors que Sébastien avait 1 an et demi, la maladie ayant débuté lorsqu'il avait 3 mois ;
- la mère de Sébastien a développé un cancer du sein, alors que celui-ci avait 7 ans. Le traitement a duré trois mois et n'a pas nécessité de chimiothérapie, ni de radiothérapie ;
- alors que Sébastien avait 8 ans, une sœur de madame est décédée des suites d'une tumeur cérébrale non cancéreuse, ayant entraîné des troubles visuels et langagiers importants ;
- deux ans plus tard, le grand-père maternel de Sébastien est décédé d'un cancer du rectum évoluant depuis deux ans.

## **Antécédents**

Les parents rapportent une apparition tardive du langage oral en maternelle.

Sébastien a eu des diabolos, à la suite d'otites, aux alentours de la moyenne section de maternelle.

En CP, son père, qui est alors son instituteur, remarque qu'il parle fort. Les bilans auditif et visuel demandés se révèlent normaux.

Des difficultés orthographiques apparaissent durant le CE1. Du CE2 au CM2 se met en place un suivi orthophonique discontinu, du fait du non investissement de Sébastien dans un premier temps, puis de l'orthophoniste qui décide d'interrompre des séances jugées inutiles.

## **Consultation pédopsychiatrique**

Décrit comme un « beau et grand garçon...mais un peu bébé » par ses parents, Sébastien se présente comme un garçon d'allure sportive.

La grossesse est marquée par une amniocentèse. L'accouchement se déroule normalement, à terme.

Les premières années sont marquées par une apparition tardive du langage, en maternelle.

Les parents rapportent une histoire familiale marquée par des cancers et des décès. Les parents de Sébastien ont été très présents aux côtés de sa grand-mère paternelle, souffrant d'une tumeur cérébrale ayant entraîné une aphasie. La mère de Sébastien prolongera d'ailleurs son congé parental de six mois dans ce contexte.

Actuellement en 6<sup>ème</sup>, Sébastien souffre de ses difficultés orthographiques qui le pénalisent. Il est sportif et investit bien ce domaine.

Les parents de Sébastien ont été alertés par l'effondrement de leur fils à la suite d'une note de 6,5/10 en mathématiques.

Dans ce contexte de difficultés orthographiques persistantes malgré un suivi orthophonique, et d'effondrement consécutif à une note en mathématiques, un bilan cognitivo-langagier et un bilan psychologique sont réalisés.

### **Bilan cognitivo-langagier**

Le bilan se fait sur deux séances. La psychologue utilise le K-ABC et l'évaluation des compétences linguistiques au collège (ECL. C).

Sébastien, gaucher, relate une gêne à l'écriture, expliquant qu'il ne peut voir ce qu'il fait, et se plaint d'avoir « le poignet bloqué » lorsqu'il doit écrire un texte. Sa mère se demande même s'il est vraiment gaucher, énonçant les difficultés de son fils dans les activités manuelles (découpage, arts plastiques).

#### *K-ABC*

Sébastien dispose d'un bon potentiel cognitif, avec un score de 122 aux processus simultanés, de 93 aux processus séquentiels, de 105 aux connaissances et de 117 au non verbal. Néanmoins, on note une dichotomie au détriment des séquentiels, dont l'échelle est elle-même hétérogène. Si Sébastien est intelligent, sa mémoire de travail est vite saturée par les problèmes de nature verbale. Le statut lexique est, lui aussi, hétérogène, puisque Sébastien a une note chutée pour le subtest Lecture et déchiffrement de l'échelle des connaissances, mais pas pour le subtest Lecture et compréhension, où il a un âge de développement supérieur à 12 ans 6 mois.

## *ECL.C*

Les résultats confirment la dichotomie du statut lexique mis en évidence au K-ABC : l'épreuve évaluant la maîtrise des processus d'identification des mots est chutée alors que l'épreuve de compréhension est bien réussie. Le sous profil de l'épreuve d'identification des mots montre l'absence de maîtrise de l'adressage, Sébastien ne disposant pas de lexique visuel. Ainsi, la production de mots écrits irréguliers et leur reconnaissance sont toutes deux atteintes.

L'orthographe subit la double influence de la lecture et de l'écriture. Or, la voie d'adressage n'est pas maîtrisée par Sébastien ; la lecture n'est donc pas automatisée, et l'écriture est contrainte par la gaucherie. Cet ensemble entrave le lexique orthographique d'entrée et de sortie, de même que les processus de production orthographique.

Les résultats du K-ABC associés à ceux de l'ECL.C mettent en évidence une dysorthographe en lien avec une dyslexie de type dyséidétique.

Les contraintes distales, liées à la surcharge rapide de la mémoire, rendant difficiles le stockage d'unités linguistiques complexes, et la gêne induite par la gaucherie, ne permettant pas d'apprendre par feedback visuel, pourraient expliquer le lexique orthographique entravé, à un niveau plus profond.

L'hypothèse d'une trop longue ambilatéralité et d'un regard non vectorisé peut être évoquée. Sébastien a longtemps utilisé une main, ou l'autre, sans que son père, pourtant instituteur, n'intervienne. Le contexte familial difficile (cancer de la mère de Sébastien, décès dans la famille) a pu rendre moins disponibles ou moins vigilants les parents de Sébastien.

Un bilan en orthoptie paraît pertinent pour évaluer l'oculomotricité notamment. Celui-ci ne montrera rien de particulier.

### **Bilan psychologique**

Sébastien est décrit par ses parents comme l'enfant le plus fragile de la fratrie, ayant des angoisses au moment de l'endormissement. Il se distingue, par sa passivité, dans une famille dynamique et tonique.

Lors de l'entretien, Sébastien semble sur la défensive, tentant de contenir une anxiété qui se manifeste à travers son agitation motrice (mains, pieds, grattages).

Le *CAT* est abordé de manière crispée. Sébastien a du mal à se confronter aux images du test projectif. Face à la planche renvoyant à un rapproché père/fils, où le conflit doit se nouer autour du rapprochement en terme de tendresse et d'opposition, Sébastien s'effondre. Tentant de contenir ses émotions dans un premier temps, il finit par les libérer dans des sanglots bruyants. Plus tard, il s'exprime : « Ma maman m'a dit que son père, s'il était là, il serait content de voir ce qu'elle fait... » La suite du test projectif, réalisée lors d'une autre séance montre les difficultés de Sébastien à élaborer des récits. Il maintient en effet son activité dans un cadre factuel et aconflictuel. Il semble utiliser son énergie pour se défendre d'un envahissement dépressif. La pensée opératoire domine.

Au *Prédasco*, le support du matériel protège Sébastien. Les différences des sexes et des générations sont acquises. Il semble avoir intériorisé la structure de parenté.

En conclusion, on peut faire l'hypothèse que bébé, Sébastien s'est trouvé confronté à une mère dont le psychisme était tourné vers d'autres préoccupations, compte tenu du contexte de la maladie et du décès de la grand-mère paternelle à cette période. Tout se passe comme s'il s'était trouvé alors impuissant et s'était forgé une carapace pour se protéger d'émotions trop fortes. Sébastien souffre en silence, et privilégie l'absence de conflit. Lorsqu'il est débordé, les défenses cèdent la place à un véritable effondrement narcissique, témoignant de sa grande fragilité. C'est ce qui s'est produit lors de l'annonce d'une note plus faible qu'à l'habitude en mathématiques, domaine privilégié pour Sébastien, et lors de la passation du test projectif.

### **Problématique et propositions thérapeutiques**

La fragilité narcissique de Sébastien apparaît au premier plan. Malgré des aménagements défensifs marqués par une pensée opératoire, la dépression menace de l'envahir et de le désorganiser. Cette souffrance est mal identifiée par ses parents qui perçoivent plutôt une « différence » entre Sébastien et sa fratrie, expliquant que leur fils ne leur ressemble pas.

En l'absence d'un objet interne suffisamment solide, toute situation inconnue est potentiellement menaçante pour cet enfant.

Cette fragilité est à mettre en perspective avec l'histoire précoce de cet enfant confronté à des maladies graves et à des décès familiaux. Dans ce contexte, ses parents, et en particulier sa mère, ont pu être moins disponibles. Les difficultés d'orthographe de Sébastien le fragilisent, et c'est un échec relatif en mathématiques qui l'effondre.

La fragilité extrême de cet enfant contre-indique une psychothérapie d'emblée, le risque étant à nouveau un effondrement dépressif. Néanmoins, il est nécessaire que cette fragilité puisse s'élaborer. Il lui est donc proposé une approche indirecte avec la psychologue de la cognition. Le but de cette prise en charge est de lui renvoyer une image positive de lui-même. Dans cet espace, Sébastien peut faire part de ses inquiétudes à la psychologue, soucieuse de son bien-être, sans qu'un travail soit fait sur ses angoisses. Le support des bandes dessinées, très investies par Sébastien, sera ainsi utilisé pour la prise en charge. L'objectif de cette prise en charge est bien le renforcement narcissique, grâce notamment à la restauration du lexique d'écrit.

Après un an de prise en charge, celle-ci a été interrompue devant l'amélioration clinique de Sébastien et les bons résultats scolaires. Quelques mois plus tard, ses parents le sentant à nouveau fragilisé, un contact est repris avec le centre. Sébastien est alors prêt pour démarrer une psychothérapie.

## CONCLUSION

La notion de trouble complexe du langage et des apprentissages constitue une perspective axée sur la dimension structurelle des troubles. Elle permet de se démarquer du concept de trouble spécifique reposant sur des critères d'exclusion, et sur une approche catégorielle de l'enfant, et non pas dimensionnelle. L'enfant « dys » est défini par rapport à une norme. Ce dysfonctionnement apparent incite à s'interroger, à le considérer comme un symptôme d'appel nécessitant une exploration. Derrière ce clignotant peuvent émerger des enfants aux profils psychologiques et cognitifs très divers.

Le risque est de restreindre ces enfants à un point de vue psychanalytique ou neurologique pur. Un équipement physiologique et des conditions anatomiques optimales sont évidemment nécessaires pour que l'enfant accède aux apprentissages mais probablement pas suffisantes. Le langage prend ses racines dans l'intersubjectivité, et la place des interactions doit être soulignée dans l'émergence de la pensée et le développement du langage. Les travaux actuels en psychologie cognitive vont dans le sens de compétences très précoces des nourrissons pour la communication. Les thèses socio-constructivistes, défendues par Bruner ou Vygotski, insistent sur l'importance des interactions sociales dans l'apprentissage et le développement du langage.

Si les troubles cognitifs retentissent sur le psychisme de l'enfant et fragilisent son narcissisme, il ne faut pas négliger les répercussions des difficultés psychologiques sur le développement cognitif. Finalement, développement affectif et cognitif sont étroitement mêlés et ne peuvent être analysés indépendamment. Les modèles actuels d'évaluation de l'intelligence vont d'ailleurs dans le sens d'une conception multifactorielle.

Parler de trouble complexe pousse à faire du lien entre différents points de vue complémentaires : neurologique et psychiatrique, psycho-affectif et cognitif, pédagogique et psychologique... Chacun des professionnels de ces disciplines a un point de vue sur les troubles des apprentissages, et peut être impliqué à différents niveaux, dans le dépistage, le diagnostic, ou encore la prise en charge de ces enfants. Un travail en réseau est alors nécessaire pour dépasser les clivages idéologiques.

Longtemps isolés face à leurs difficultés, les parents d'enfants souffrant de troubles des apprentissages se sont impliqués et ont informé les pouvoirs publics. Des centres de référence ont alors pu se constituer, mais la marche est encore longue avant un accès aux soins et une prise en charge dans des délais raisonnables. Sur le plan de la prise en charge, les enjeux pédagogiques se mêlent aux enjeux thérapeutiques, et il importe de réfléchir, grâce à différents points de vue experts, à une prise en charge adaptée à chaque enfant. L'idée d'un centre de référence régional multisite, dans les Pays de Loire, va dans le sens d'une articulation étroite entre ces différents points de vue.

Les enfants souffrant de troubles complexes des apprentissages amènent donc le pédopsychiatre à s'ouvrir à d'autres disciplines, complémentaires, afin d'appréhender au mieux les enjeux de tels troubles, dépassant largement le champ médical. C'est de l'analyse des différentes dimensions des difficultés de l'enfant que découleront des prises en charge thérapeutiques, qui ne seront jamais du prêt-à-porter, mais seront à construire et reconstruire, toujours de façon singulière, autour de la réalité psychique et environnementale de chaque enfant.

## BIBLIOGRAPHIE

**1. Gossot B., Dubreuil P.**

Les élèves en difficultés à l'entrée au collège : rapport de la commission « élèves en difficultés ». Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et la recherche, Paris, 2003, 27 p.

**2. Vaivre-Douret L., Tursz A.**

Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? Actualité et dossier en santé publique mars 1999 ; 26 : 23-66.

**3. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).**

Organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. Circulaire n°dhos/01/2001/209, 4 mai 2001.

**4. Le Monde.**

Cours particuliers : le marché de l'angoisse parentale. 11 mars 2003.

**5. Hallahan D.P., Mercer C.D.**

Learning disabilities: Historical perspectives. In : R. Bradley, L. Danielson, and D.P. Hallahan (Eds): Identification in learning disabilities : Research to practice. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2002, p. 1-67.

**6. Lebovici S., Diatkine R., Soule M.**

Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, PUF, 2004, 3141 p.

**7. Orton S.T.**

A neurological explanation of the reading disability. The Educational Record, 20 (Supp. N°12), 1939, p. 58-68.

**8. Strauss A.A., Lehtinen L.E.**

Psychopathology and education of the brain-injured child. New York, Grune et Stratton, 1947.

**9. Ajuriaguerra J. De.**

Manuel de psychiatrie de l'enfant (1974). 2<sup>ème</sup> éd., Paris, Masson, 1980.

**10. Kirk S.A.**

Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child 1963 ; 1 : 1-23.

**11. INSERM.**

Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Paris, Les éditions INSERM, 2007, 842 p.

**12. Rutter M.**

Child psychiatric disorders in ICD-10. J Child Psychol Psychiatry 1989 ; 30 : 499-513.

- 13. Broca P.**  
Ecrits sur l'aphasie (1861-1869). L'Harmattan, 2004.
- 14. Mazeau M.**  
Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Masson, 2006, 286 p.
- 15. Mazeau M.**  
Troubles cognitifs, déficience mentale, troubles spécifiques des apprentissages: un mot peut en cacher un autre. Contraste (publication de l'ANECAMSP) avril 2005 ; 22.
- 16. Organisation Mondiale de la Santé.**  
Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, dixième révision (CIM -10). Masson, 1992.
- 17. American Psychiatric Association.**  
Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision, DSM-IV-TR. Washington DC, 2000, 943 p.
- 18. Mises R., Quemada N.**  
Nouvelle classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CFTMEA R-2000. Paris, CTNERHI, PUF, 2002.
- 19. Billard C.**  
Un centre de référence sur les troubles de l'apprentissage du langage chez l'enfant (dysphasies et dyslexies de développement). Psychologie et Education 2001 ; 47 : 43-58.
- 20. Ringard J.C.**  
A propos de l'enfant dysphasique, l'enfant dyslexique. Février 2000.
- 21. Delahaie M.**  
L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. INPES, 2004, 97 p.
- 22. Gross-Tsur V., Manor O., Shalev R.S.**  
Developmental dyscalculia : prevalence and demographic features. Developmental Medicine and Child Neurology 1996 ; 38 : 25-33.
- 23. Catheline N.**  
Psychopathologie de la scolarité. 2<sup>ème</sup> édition. Masson, 2007, 335 p.
- 24. Billard C., Touzin M.**  
Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances. Paris, Signes Editions, 2004.
- 25. Gibello B.**  
L'enfant à l'intelligence troublée. Collection Paidos, Le Centurion, Paris, 1989, 238 p.

**26. Rispens J., Van Yperen T.A.**

How specific are « specific developmental disorders » ? The relevance of the concept of specific developmental disorders for the classification of childhood developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1997 ; 38 : 351-363.

**27. Shaywitz S.E., Escobar M.D. et al.**

Evidence that dyslexia may represent the lower tail of a normal distribution of reading ability. *New England Journal of Medicine* 1992 ; 326 : 145-150.

**28. Brunet J.P.**

Pour une définition des difficultés d'apprentissage : du caractère déclaratif à la modalité opérationnelle. UQAM, Montréal, 2001. Consultable sur [http://www.adaptationscolaire.org/themes/fs\\_themes.htm](http://www.adaptationscolaire.org/themes/fs_themes.htm).

**29. Adelman H.S.**

Learning disabilities : The next 25 years. *Journal of Learning Disabilities* 1992 ; 1 : 17-22.

**30. Misès R.**

Troubles instrumentaux et psychopathologie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2004 ; 52 : 353-355.

**31. Kandel E.**

Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie : la biologie et le futur de la psychanalyse. *L'Evolution psychiatrique* 2002 ; 78(1) : 12-82.

**32. Stanovich K.E.**

The construct validity of discrepancy definitions of reading disability. In : *Better understanding learning disabilities : New views on research and their implications for education and public policies*. G.R. Lyon, D.B. Gray, J.F. Kavanagh, and N.A. Krasnegor, eds Baltimore : Paul H. Brookes, 1993, p. 273-307.

**33. Lyon G.R.**

Learning disabilities. *The Future of Children, Special education for students with disabilities* Spring 1996; 6(1) : 54-76.

**34. Lyon G.R.**

Toward a definition of dyslexia. *Annals of dyslexia* 1995 ; 45 : 3-27.

**35. Lyon G.R., Fletcher J.M. et al.**

Rethinking learning disabilities. In: *Rethinking special education for a new century*. C.E. Finn, A.J. Rotherham and C.R. Hokanson (Eds) Washington, D.C. : Thomas B. Fordham Foundation and the Progressive Policy Institute, 2001.

**36. American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP).**

Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 : 10.

- 37. Willcutt E.G., Pennington B.F.**  
Comorbidity of Reading disability and Attention Deficit/Hyperactivity disorder : Differences by gender and subtype. *J Learn Disabil* 2000 ; 33 : 179-191.
- 38. Metz-Lutz M.N. et al.**  
Développement cognitif et troubles des apprentissages : évaluer, comprendre, rééduquer et prendre en charge. Solal, 2004, 270 p.
- 39. Habib M.**  
La dyslexie à livre ouvert. Résodys, Marseille, 2003, 171 p.
- 40. Kendell R., Jablensky A.**  
Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 4-12.
- 41. Bursztejn C., Golse B.**  
L'hyperactivité avec troubles de l'attention : questions cliniques et épistémologiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2006 ; 24 : 29-37.
- 42. Misès R., Quemada N.**  
Les troubles des apprentissages à la pré-adolescence. Une étude épidémiologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1998 ; 46 (5-6) : 279-284.
- 43. Berger M.**  
Les troubles du développement cognitif. Dunod, 2006, 244 p.
- 44. Hallgren B.**  
Specific dyslexia : a clinical and genetic study. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.* 1950; 65 (Supl.) : 1-287.
- 45. Finucci J.M., Guthrie J.T. et al.**  
The genetics of specific reading disability. *Annals of Human Genetic* 1976; 40 : 1-23.
- 46. Defries J.C. et al.**  
Familial nature of reading disability . *British Journal of Psychiatry* 1978 ; 132 : 361-367.
- 47. Stromsworld K.**  
The heritability of language : A review and metaanalysis of twin, adoption, and linkage studies. *Language* 2001; 77 : 647-723.
- 48. Grigorenko E.**  
Genetic bases of developmental dyslexia : a capsule review of heritability estimates. *Enfance* 2004; 3 : 273-288.
- 49. Hommet C. et al.**  
Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement. Solal, 2005, 415 p.
- 50. Stromsworld K.**  
Genetics of spoken language disorders. *Hum. Biol.* 1998 ; 70(2) : 297-324.

- 51. Auche-Lemagny C., Bachelier M., et al.**  
Dysphasie(s) : aspects scientifiques, pédagogiques et vie quotidienne. A.N.A.E. Mars 2004 ; vol.16, n°76-77.
- 52. Bishop D.V.M. et al.**  
Genetic basis of specific language impairment : Evidence from a twin study. Dev. Med. Child Neurol. 1995 ; 37 : 56-71.
- 53. Galaburda A.M. et al.**  
Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia : a case study. Ann. Neurol. 1979 ; 6 : 94-100.
- 54. Cheminal R., Echenne B.**  
Dyslexie(s)-Textes fondamentaux. A.N.A.E. Mai 2001 ; vol. 13, tome 2/3, n°62/63 : 61-168.
- 55. Jenner A.R., Galaburda A.M. et al.**  
Connectivity of ectopic neurons in the molecular layer of the somatosensory cortex in autoimmune mice. Cerebral Cortex 2000 ; 10 : 1005-1013.
- 56. Habib M.**  
The neurological basis of developmental dyslexia : an overview and working hypothesis. Brain 2000 ; 123 : 2373-2399.
- 57. Shaywitz B.A. et al.**  
Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia. Biol. Psychiatry 2002 ; 52 : 101-110.
- 58. Tallal P., Piercy M.**  
Defects of non-verbal auditory perception in children with developmental aphasia. Nature 1973 ; 241 : 468-469.
- 59. Cohen M. et al.**  
Neuropathological abnormalities in developmental dysphasia. Annals of Neurology 1989 ; 25 : 567-570.
- 60. Boder E.**  
Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. Developmental Medicine Child Neurology 1970 ; 15 : 663-687.
- 61. Stanovich K., Siegel L. et al.**  
Converging evidence for phonological and surface subtypes of reading disability. Journal of Educational Psychology 1997 ; 89(1) : 114-127.
- 62. Gerard C.L.**  
L'enfant dysphasique. Paris, De Boeck, 1991, 118 p.

- 63. Danon-Boileau L.**  
Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Que sais-je ?, PUF, 2004, 127 p.
- 64. Badian N.A.**  
Dyscalculia and nonverbal disorders of learning. In : Progress in learning disabilities. Myklebust H.R. (ed), Vol. 5, Stratton, New York, NY, 1983, p. 235-364.
- 65. Freud S.**  
L'interprétation des rêves (1900). PUF, 1967.
- 66. Freud S.**  
Formulation sur les deux principes de fonctionnement mental, 1911, trad. J. Laplanche. In : Résultats, idées, problèmes (I). Paris, PUF, 1984.
- 67. Laplanche J., Pontalis J.B.**  
Vocabulaire de la psychanalyse (1967). 4<sup>ème</sup> éd., PUF, 2004, 523 p.
- 68. Freud S.**  
La négation, 1925, trad. J. Laplanche. In : Résultats, idées, problèmes (II). Paris, PUF, 1985, p. 135-139.
- 69. Freud S.**  
Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Folio, 2005, 211 p.
- 70. Freud S.**  
Les théories sexuelles infantiles (1908). In : La vie sexuelle, PUF, 1969.
- 71. Klein M.**  
Essais de Psychanalyse (1947). Payot, 2005, 452 p.
- 72. Winnicott D.W.**  
De la pédiatrie à la psychanalyse (1958). Science de l'homme Payot, 2005, 464 p.
- 73. Winnicott D.W.**  
Jeu et réalité (1971). Folio, 2004, 276 p.
- 74. Bion W.R.**  
Aux sources de l'expérience (1962). 5<sup>ème</sup> éd., PUF, 2007, 137 p.
- 75. Anzieu D.**  
Le Moi-peau (1985). Dunod, 2001, 291 p.
- 76. Ferrari P., Stern D.N. et al.**  
Journal de la psychanalyse de l'enfant : Naissance de la pensée, processus de pensée 1993 ; 14.
- 77. Golse B.**  
Naissance de la pensée et aléas de son développement. L'information psychiatrique Novembre 2006 ; 82(9) : 713-721.

- 78. Brazelton T.B.**  
Echelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1983 ; 31 : 61-96.
- 79. Guillaume J.C., Francois F. et al.**  
*Journal de la psychanalyse de l'enfant : Langages* 2004 ; 35 : 302 p.
- 80. Lieury A., De La Haye F.**  
*Psychologie cognitive de l'éducation. Topos*, Dunod, 2004, 119 p.
- 81. Meltzer D.**  
Le mutisme dans l'autisme infantile, la schizophrénie et les états maniaco-dépressifs. Corrélation entre psychopathologie clinique et linguistique. In : Meltzer D., Brenner J. et al. *Explorations dans le monde de l'autisme*, trad. fr., G. et M. Haag, et al. Paris, Payot, 1980, p. 200-215.
- 82. Trevarthen C., Aitken K.J.**  
Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir* 2003/4 ; vol. 34 : 309-428.
- 83. Stern D.N.**  
*Le monde interpersonnel du nourrisson* (1989). 4<sup>ème</sup> édition, Le fil rouge, PUF, 2006, 381 p.
- 84. Bruner J.S.**  
*Comment les enfants apprennent à parler* (1983). Paris, Editions Retz, 1987, 127 p.
- 85. Chomsky N.**  
*Réflexions sur le langage* (1975). Flammarion, 2006, 282 p.
- 86. Golse B.**  
Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005 ; 53 : 340-348.
- 87. Piaget J.**  
*La formation du symbole chez l'enfant* (1945). 8<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Lausanne-Paris, 1994, 310 p.
- 88. Golse B.**  
*Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 3<sup>ème</sup> édition, Masson, 2006, 303 p.
- 89. Piaget J.**  
*Le langage et la pensée chez l'enfant* (1923). 5<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Neufchâtel-Paris, 1962, 215 p.
- 90. Vygotski L.**  
*Pensée et langage* (1934). La Dispute, 1997, 536 p.

- 91. Danon-Boileau L.**  
Des enfants sans langage. Odile Jacob, 2002, 281 p.
- 92. Abraham N., Torok M.**  
L'écorce et le noyau (1978). Flammarion, Paris, 2006, 480 p.
- 93. Diatkine G.**  
Chasseurs de fantômes. Psychiatrie de l'enfant 1984 ; XXVII(1) : 223-248.
- 94. Halimi Y., Khomsi A.**  
Savoirs et structures architecturales de parenté. Anorexies intellectuelles (première partie). L'information psychiatrique Février 1991 ; 2 : 111-117.
- 95. Misès R.**  
Santé mentale : encore les troubles de l'apprentissage ! La Lettre de Psychiatrie Française Mars 2002 ; 113 : 7.
- 96. Berger M.**  
L'échec de la protection de l'enfance. Paris, Dunod, 2004.
- 97. Anzieu D. et al.**  
Emergences et troubles de la pensée. Paris, Dunod, 1994, 221 p.
- 98. Fournier M., Lecuyer R. et al.**  
L'intelligence de l'enfant. Les dossiers de l'éducation, éditions Sciences Humaines, 2006, 328 p.
- 99. Piaget J.**  
La naissance de l'intelligence chez l'enfant (1936). 9<sup>ème</sup> édition, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris, 1977, 370 p.
- 100. Bruner J.S.**  
Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire (1983). 7<sup>ème</sup> édition, PUF, Paris, 2002, 313 p.
- 101. Onishi K.H., Baillargeon R.**  
Do 15-month-old infants understand false beliefs ? Science 2005 ; 308.
- 102. Grégoire J.**  
L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant. Fondements et pratique du WISC-IV. Mardaga, 2007, 302 p.
- 103. Binet A., Simon T.**  
1904-1905, L'élaboration du premier test d'intelligence. Paris, L'Harmattan, 2004.
- 104. Sternberg R.J.**  
Beyond IQ : a triarchic theory of human intelligence. Cambridge : Cambridge University Press, 1985.

**105. Gardner H.**

Are there additional intelligences ? The case for naturalist, spiritual and existential intelligences. In : J. Cain (Ed.), Education: Information and transformation (p. 111-132). Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1999.

**106. Spearman C.**

General intelligence, objectively determined and measured. American Journal of Psychology 1904 ; 15 : 201-293.

**107. Carroll J.B.**

Human cognitive abilities. Cambridge : Cambridge University Press, 1993.

**108. Flagey D.**

Mal à penser, mal à être. Troubles instrumentaux et pathologie narcissique. Enfances et psy, Erès, 2002, 189 p.

**109. Golse B.**

Apprentissages et échecs scolaires : aspects psychodynamiques. Journal français de psychiatrie 2002 ; 15 : 9-12.

**110. Verdier-Gibello M.L. et al.**

Comment les enfants apprennent-ils ? Enfances et Psy, 24, Erès, Septembre 2003, 143 p.

**111. Altet M.**

Les pédagogies de l'apprentissage. PUF, 2006, 128 p.

**112. Reniers D.**

On n'apprend pas la tête pleine. Schémas éducatifs et parlottes postmodernes. Le Journal des psychologues Septembre 2006 ; 240 : 34-38.

**113. Plantevin-Yanni E.**

Comprendre et aider les élèves en échec : l'instant d'apprendre. Paris, ESF éditeur, 2001, 231 p.

**114. Dehaene S.**

Les neurones de la lecture. Odile Jacob, 2007, 478 p.

**115. Goigoux R.**

Apprendre à lire à l'école : les limites d'une approche idéovisuelle. Psychologie française 2000 ; 45 : 235-245.

**116. Boimare S.**

L'enfant et la peur d'apprendre. 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, 2004, 196 p.

**117. Bergès-Bounes M., Jean-Calmettes S.**

Interview du Dr Florence Veber sur le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage ». Journal français de psychiatrie 2002 ; 15 : 24-25.

- 118. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) – Inspection Générale de l'Éducation Nationale (IGEN).**  
Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. Janvier 2002.
- 119. Wahl G., Madelin-Mitjavile C.**  
Comprendre et prévenir les échecs scolaires. Odile Jacob, 2007, 295 p.
- 120. Le Monde.**  
La société Méthodia profite du succès du soutien scolaire à domicile. 14 Mars 2007.
- 121. Wahl G.**  
Pluriel échec scolaire. Le Monde de l'éducation Décembre 2006.
- 122. Voyazopoulos R.**  
A propos de l'école et des apprentissages entre 5 et 8 ans : quelle clinique pour demain ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2003 ; 51 : 316-323.
- 123. Bergès J, Bergès-Bounes M., Calmettes-Jean S. et al.**  
Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ? Les dossiers du Journal français de psychiatrie, Erès, 2003.
- 124. Misès R., Quemada N.**  
Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. 3<sup>ème</sup> édition, CTNERHI, PUF, 1993.
- 125. Bouvard M. et al.**  
L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. Paris, Doin Ed, 2002.
- 126. Ansermet F., Magistretti P.**  
A chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient. Odile Jacob, Paris, 2004, 264 p.
- 127. Veber F., Ringard J.C.**  
Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. Mars 2001. Consultable sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/index.htm> ou <http://www.education.gouv.fr>
- 128. Nguyen The Tich S.**  
Centres de référence des troubles d'apprentissage scolaire: effets et conséquences. Archives de pédiatrie 2005 ; 12 : 897-899.
- 129. Welniarz B.**  
Les troubles du langage ne concernent plus les pédopsychiatres ! L'information psychiatrique Octobre 2001 ; 8 : 760-767.
- 130. Chagnon J.Y.**  
Regard clinique sur les troubles des apprentissages. Le Journal des psychologues Septembre 2006 ; 240 : 29-33.

**131. Haute Autorité de Santé.**

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Dépistage des troubles du langage. Septembre 2005, p. 49-70.

**132. Centre d'étude et de soins des troubles de l'intelligence (CESTI).**

Texte de formation continue. Equipe du CESTI, Centre Donald Winnicott, Secteur Nord de Psychiatrie Infanto-juvénile de Vendée, Décembre 2001.

**133. Halimi Y., Khomsi A.**

« Protopédagogies » ou « pédagogie de grand-mère ». Anorexies intellectuelles (deuxième partie). L'information psychiatrique Novembre 1995 ; 9 : 847-855.

**134. Huet A.**

Aptitude lexicale et dysfonctionnements développementaux de la lecture. Thèse de doctorat de psychologie, Université de Nantes ; 2000.

**135. Huet A., Khomsi A.**

Traitement oral des mots et acquisition de la lecture. Glossa 2002 ; 80 : 44-53.

## **ANNEXES**

## **TABLE DES ANNEXES**

**Annexe 1 :** Etudes en imagerie fonctionnelle chez les enfants dyslexiques (Dys) comparés aux contrôles normo-lecteurs.

**Annexe 2 :** De l'intersubjectivité primaire à l'intersubjectivité secondaire.

**Annexe 3 :** Intersubjectivité chez le nourrisson.

**Annexe 4 :** Liste des centres référents pour les troubles du langage.

## Annexe 1

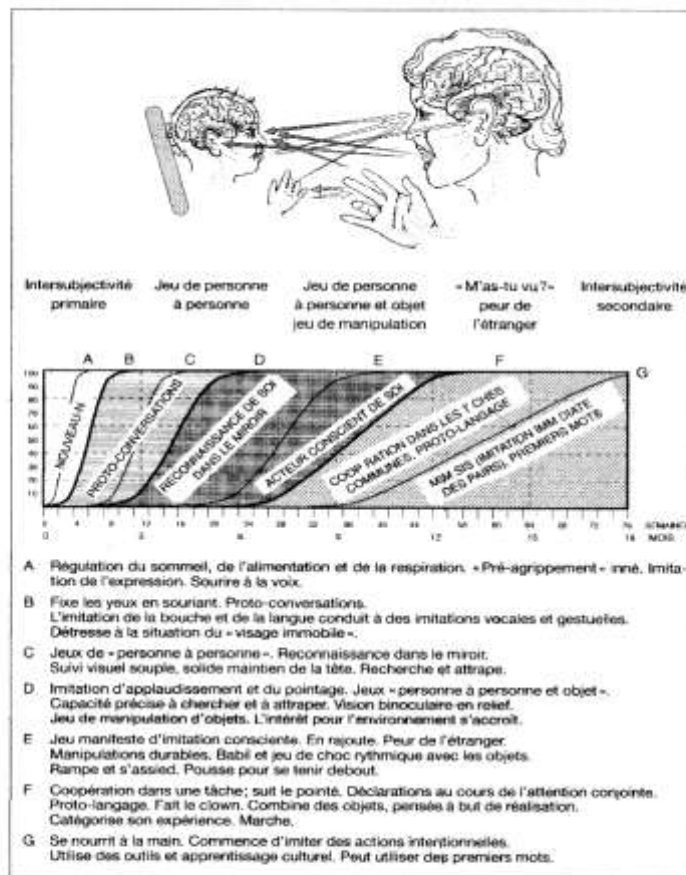
Études	Technique d'imagerie	Population (âge, type, ans)	Tâches cognitives	Principaux résultats chez les Dys comparés aux NL
Georgiewa et al., 1999	IRM f	17 Dys (9-17) 17 NL (9-17)	Paradigme visuel hiérarchique : Processus orthographique, phonologique et sémantique	Diminution de l'activation des régions frontale et temporale inférieures gauches lors de la lecture de non-mots et d'une tâche métaphonologique
Richards et al., 1999	sIRM	6 Dys (9-12) 7 NL (9-12y)	Tâche auditive de rimes	Augmentation du métabolisme du lactate dans les régions frontales gauches
Simos et al., 2000a	MEG	10 Dys (10-17) 8 NL (8-16)	Tâches visuelle et auditive de reconnaissance de mots	Activation normale région temporale inférieure gauche / diminution activité région temporo-pariétale gauche et augmentation dans la région homologue droite lors de la lecture de mots
Simos et al., 2000b	MEG	11 Dys (10-17) 10 NL (8-16)	Tâche visuelle de rimes avec des pseudo-mots	Activation normale région temporale inférieure gauche / diminution activité région temporo-pariétale gauche et augmentation dans la région homologue droite lors de la lecture de non-mots
Corina et al., 2001	IRMf	8 Dys (10-13) 8 NL (10-13)	Tâche auditive de jugement phonologique et lexical	Augmentation supérieure de l'activité de la région du gyrus temporal inférieur droit par rapport aux gyrus temporal inférieur et précentral gauches, lors d'une tâche de jugement phonologique Diminution de l'activité du gyrus frontal moyen de façon bilatérale; augmentation de l'activité au niveau du cortex fronto-orbitaire gauche lors d'une tâche de jugement lexical
Temple et al., 2001	IRMf	24 Dys (8-12) 15 NL (8-12)	Tâches visuelles : traitement phonologique et orthographique	Activation normale de la région frontale gauche et diminuée dans la région temporo-pariétale gauche lors d'une tâche de jugement de rimes
Shaywitz et al., 2002	IMR f	70 Dys (7-18) 74 NL (7-17)	Paradigme visuel hiérarchique : Processus orthographique, phonologique et sémantique	Réduction d'activité dans les régions pariéto-temporale et occipito-temporale gauches lors de processus impliqués dans la lecture - Corrélation entre l'âge et le niveau d'activation des régions frontales droite et gauche (augmentation avec l'âge des sujets)
Georgiewa et al., 2002	IRM f + PE	9 Dys (12,6) 8 NL (12,7)	Lecture silencieuse de mots et de non-mots	Augmentation de l'activation au niveau du gyrus frontal gauche

D'après :

Hommet C. et al. Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement. Solal, 2005, p. 85.

## Annexe 2

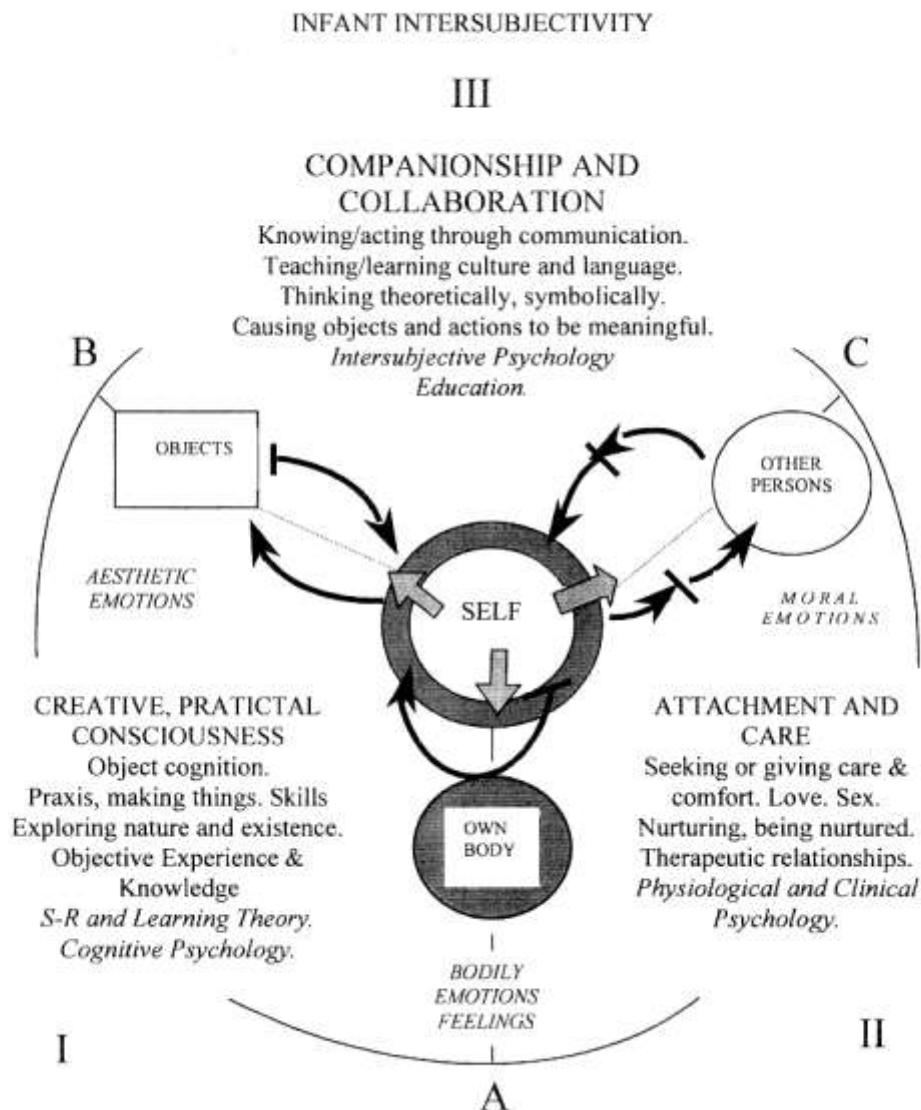
**Figure 1.** **En haut :** Dans la proto-conversation, un nourrisson de deux mois et sa mère communiquent par de nombreuses modalités de perception et d'expression transmettant l'information sur les rythmes de pulsions intrinsèques et les émotions par contact visuel, par la voix, l'expression faciale et le geste.  
**Au milieu :** Durant les 18 premiers mois de la vie, la conscience de l'autre et les pulsions de communication du nourrisson subissent des changements importants sans influence du langage. Des transitions majeures sont observées à certains âges particuliers, de la conscience de soi et de l'autre. Grâce à elles, l'enfant développe un intérêt coopératif pour les actions, les objets et l'apprentissage culturel.  
**En bas :** Des études longitudinales utilisant des observations détaillées à intervalle fréquent, ont mis en évidence des ARC – Age Related Changes – dans la coordination motrice, la perception et la communication. Ces ARC peuvent être considérés comme des élaborations de moyens par lesquels les pulsions intentionnelles initiales intersubjectives du nourrisson l'entraînent à l'apprentissage. La bibliographie sur laquelle est basé ce résumé est citée dans l'article Trevarthen et Aitken (2003).



D'après :

Trevarthen C., Aitken K.J. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. Devenir 2003/4 ; vol. 34 : 309-428.

Annexe 3



D'après :

Trevarthen C., Aitken K.J. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir* 2003/4 ; vol. 34 : 309-428.

## Centres référents pour les troubles du langage

Régions	Établissements
Aisace	Unité d'évaluation des troubles d'apprentissage Strasbourg Hôpitaux universitaires de Strasbourg Responsable : Dr A. de Saint Martin Rattachement : Service de Pédiatrie 1 (Pr Fischbach) Site : CHU Hautepierre Avenue Molière 67098 Strasbourg cedex Téléphone : 03 88 12 83 28 Fax : 03 88 12 83 30
Aquitaine	Centre de référence des troubles spécifiques du langage Bordeaux Responsable : Dr M. Husson/Dr Pedespan Rattachement : CHU Bordeaux Département de pédiatrie médicale Site : Hôpital Pellegrin-Enfants Place Amélie Raba Léon 33076 Bordeaux cedex Téléphone : 05 56 79 59 36 Fax : 05 56 79 60 54
Auvergne	Unité d'évaluation des troubles du développement Clermont-Ferrand Responsable : Dr J. Geneste Rattachement : CHU de Clermont-Ferrand Site : Groupe hospitalier Saint-Jacques Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent BP 69 63003 Clermont-Ferrand cedex 1 Téléphone : 04 73 75 19 50/19 52 Fax : 04 73 75 19 51
Basse-Normandie	Centre audition et langage, et troubles des apprentissages Caen Responsable : Dr M.J. Penniello-Valette Rattachement : CHU Caen Site : CHRU de Caen Service de pédiatrie B Avenue Georges-Clémenceau 14033 Caen cedex

Régions	Établissements
	<p>Téléphone : 02 31 27 25 77 Fax : 02 31 27 25 81</p> <p>Centre Audition et Langage Caen Responsable : Pr Valdazo Rattachement : CHU Caen Site : CHU Côte de Nacre Service : Service ORL CHU Côte de Nacre 14033 Caen cedex Téléphone : 02 31 06 46 40 Fax : 02 31 06 49 16</p>
Bourgogne	<p>Dijon Responsable : Pr Huet CHU de Dijon Service de pédiatrie et génétique médicale 1 boulevard Jeanne d'Arc BP 77908 21079 Dijon cedex Téléphone : 03 80 29 34 14</p>
Bretagne	<p>Rennes Responsable : Dr Allaire/Dr Pialoux Rattachement : CHRU de Rennes Service MPR enfants 2 rue Henri Guillou 35033 Rennes cedex 9 Téléphone : 02 99 28 95 33 Fax : 02 99 28 42 05</p> <p>Brest Responsable : Dr S. Peudenier Rattachement : CHU de Brest Service pédiatrie et génétique médicale 2 avenue Foch 29609 Brest cedex Téléphone : 02 98 22 36 57</p>
Centre	<p>Réseau DYS 45 Orléans Responsable : Dr C. Boisseau/Dr Bentata Rattachement : CHR Orléans Site : Hôpital Porte Madeleine 1, rue Porte Madeleine 45032 Orléans cedex 1 Téléphone : 02 38 74 44 61 Centre référent des troubles du langage et des apprentissages Tours Responsable : Dr MA. Barthez</p>

Régions	Établissements
	<p>Rattachement : CHRU Tours  Site : Hôpital Clocheville  Service de neurologie pédiatrique  49, boulevard Béranger  37044 Tours  Téléphone : 02 47 47 47 57  Fax : 02 47 47 82 50</p>
Champagne-Ardenne	<p>Centre régional de référence sur les troubles spécifiques du développement du langage oral et écrit  Reims  Responsables : Pr J. Motte/Pr G. Schmit  Rattachement : CHU Reims  Site : American Memorial Hospital  Service de pédiatrie A  47, rue Cognacq-Jay  51092 Reims cedex  Téléphone : 03 26 78 88 70  Fax : 03 26 78 91 62</p>
Franche-Comté	<p>Centre de référence des troubles d'apprentissage de l'enfant du langage oral/écrit  Besançon  Responsable : Dr D. Amsellem  Rattachement : CHU de Besançon  Site : CHU Saint-Jacques  Service de pédiatrie  2 place Saint-Jacques  25000 Besançon  Téléphone : 03 81 21 84 29</p>
Haute-Normandie	<p>Rouen  Responsables : Dr Marret/Dr Charollais  Rattachement : CHU Rouen  Site : CHU Charles Nicolle  1 rue de Germont  76000 Rouen  Téléphone : 02 32 88 01 03/80 99  Fax : 02 32 88 86 33</p> <p>Le Havre  Responsable : Dr J. Bouloche  Rattachement : CH du Havre  Site : Hopital Flaubert  Service de neuropédiatrie  BP 24  76083 Le Havre cedex  Téléphone : 02 32 73 36 30  Fax : 02 32 73 35 51</p>

Régions	Établissements
Ile-de-France	<p>Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Paris Responsable : Dr E. Lanoble Rattachement : Centre Hospitalier Sainte Anne (CHSA) Site : Centre Hospitalier Sainte Anne (CHSA) Service de psychologie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - 6<sup>e</sup> secteur de psychiatrie infantile 1, rue Cabanis 75014 Paris Téléphone : 01 45 65 80 69</p>
	<p>Centre de Garches Garches Responsable : Pr P. Azpuri Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Raymond Poincaré Service de médecine physique et réadaptation de l'enfant 104, boulevard Raymond Poincaré 92380 Garches Téléphone : 01 47 10 79 16/79 10/76 58 Fax : 01 47 10 79 15</p>
	<p>Centre du langage d'Avicenne Bobigny Responsable : Pr MR. Moro Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Avicenne Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Bâtiment Claude Bernard - Porte 3 - 1<sup>er</sup> étage 125, rue de Stalingrad 93009 Bobigny cedex Téléphone : 01 48 95 53 74</p>
	<p>Unité de rééducation neuropédiatrique Le Kremlin Bicêtre Responsable : Dr C. Billard Rattachement : AP-HP Site : CHU Bicêtre Unité de rééducation neuropédiatrique 78, rue du Général Leclerc 94275 Le Kremlin Bicêtre Téléphone : 01 45 21 22 90/24 89</p>
	<p>Unité de langage et de neuropsychologie Responsables : Pr Billette de Villemeur/Pr Ponsot Rattachement : AP-HP Site : Hôpital Trousseau Service de neuropédiatrie 26, avenue du Dr Arnold Netter 75012 Paris Téléphone : 01 44 73 66 37</p>

Régions	Établissements
	<p>Centre référent des troubles du langage et des apprentissages  Responsable : Pr B. Golse  Rattachement : AP-HP  Site : Hôpital Necker Enfants malades  Service de pédopsychiatrie  149-161, rue de Sevres  75015 Paris  Téléphone : 01 44 49 46 44  Fax : 01 44 49 47 10</p> <p>Centre de référence des troubles du langage du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré  Responsables : Dr MF. Le Heuzey/Pr MC. Mouren-Simeoni/Dr CL. Gerard/  Dr S. Franc  Rattachement : AP-HP  Site : Hôpital Robert Debré  Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent  48, boulevard Sérurier  75019 Paris  Téléphone : 01 40 03 22 67/22 63  Fax : 01 40 03 22 97</p> <p>Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  Responsables : Pr Philippe MAZET/Dr David COHEN  Rattachement : AP-HP  Site : CHU Pitié-Salpêtrière  47, bd de l'Hôpital  75651 Paris cedex 13  Téléphone : 01 42 16 23 63/23 33  Fax : 01 42 16 23 31</p>
Languedoc-Roussillon	<p>Centre référent pour l'analyse des outils du langage  Montpellier  Responsable : Pr B. Echenne  Rattachement : CHU Montpellier  Site : Hôpital Gui de Chauiac  Service neuropédiatrie  34295 Montpellier  Téléphone : 04 67 33 72 23/01 82  Fax : 04 67 33 77 33</p> <p>Unité de neuropsychologie et analyse des troubles du langage  Montpellier  Responsable : Dr R. Cheminal  Rattachement : CHU de Montpellier  Site : Hôpital Gui de Chauiac  Service de neuropédiatrie  80, avenue Augustin Fliche  34295 Montpellier cedex 5  Téléphone : 04 67 33 01 89  Fax : 04 67 33 77 33</p>

Régions	Établissements
Limousin	Centre de référence des troubles de l'apprentissage Limoges Responsable : Pr C. Laroche Rattachement : CHU Limoges Site : CHU Dupuytren Département de pédiatrie médicale 2 avenue M.L. King 87042 Limoges cedex 1 Téléphone : 05 55 05 68 80 Fax : 05 55 05 67 97
Lorraine	Nancy CHU de Nancy Pr Vidailhet
Midi-Pyrénées	Centre d'évaluation des troubles de langage et des difficultés d'apprentissage chez l'enfant Toulouse Responsable : Dr Y. Chaix Rattachement : CHU Toulouse Site : Hôpital des enfants 330 avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 31059 Toulouse cedex 9 Téléphone : 05 34 55 87 05 Fax : 05 34 55 87 10  Centre référent du Piémont pyrénéen Tarbes Responsable : Dr JC. Netter Site : Centre hospitalier de Tarbes Service de pédiatrie et néonatalogie Boulevard de Lattre de Tassigny BP 1330 65013 Tarbes cedex 9 Téléphone : 05 62 51 54 26 Fax : 05 62 51 58 41
Nord - Pas-de-Calais	Centre d'expertise des troubles des apprentissages pour la région NPC Lille Responsables : Pr L. Vallee/Dr MP. Lemaitre Rattachement : CHRU Lille/GHICL Lille Site : Hôpital Roger Salengro Service de neurologie pédiatrique 59037 Lille cedex Téléphone : 03 20 44 40 57 Fax : 03 20 44 53 93
Pays de la Loire	Centre de référence des troubles spécifiques pour l'apprentissage du langage Nantes Responsable : Pr Beauvillain de Montreuil Rattachement : CHU Nantes Site : Hôtel Dieu - Hôpital Mère Enfant

Régions	Établissements
	<p>Service ORL  1, place Alexis Ricordeau  44093 Nantes cedex 1  Téléphone : 02 40 08 43 09  Fax : 02 40 08 34 77</p>
Picardie	<p>Centre de référence régional des troubles du langage et des apprentissages  Amiens  Responsable : Pr P. Berquin  Rattachement : CHU Amiens  Site : Hôpital Nord  Département de pédiatrie  Place Victor Pauchet  80054 Amiens  Téléphone : 03 22 66 87 32  Fax : 03 22 66 82 94</p>
Poitou-Charentes	<p>CMPEA  Poitiers  Responsable : Dr J. Uze  Rattachement : CH Henri Laborit  7 allée Martin Luther King  86000 Poitiers  Téléphone : 05 49 01 62 30  Fax : 05 49 01 40 20</p>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	<p>Marseille  Responsable : Pr Mancini  Rattachement : CHU Marseille  Site : Hôpital Timone  Service de neurologie pédiatrique  264 rue Saint Pierre  13385 Marseille cedex 5  Téléphone : 04 91 38 68 07  Fax : 04 91 38 68 09</p> <p>Nice  Responsable : Dr C. Richelme  Rattachement : CHU Nice  Site : Hôpital de l'Archet 2  Unité de neuropédiatrie  BP 3079  06202 Nice cedex 3  Téléphone : 04 92 03 60 80/93 03  Fax : 04 92 03 60 81</p>
Rhône-Alpes	<p>Centre de dépistage et de référence des troubles des apprentissages scolaires  Grenoble  Responsable : Dr A. Joannard  Rattachement : CHU Grenoble  Site : Hôpital de La Tronche</p>

Régions	Établissements
	<p>Département de pédiatrie BP 217 38013 Grenoble cedex 09 Téléphone : 04 76 76 92 98 Fax : 04 76 76 58 30</p> <p>Centre d'évaluation des troubles du langage Saint-Étienne Responsable : Dr G. Damon Rattachement : CHU Saint-Étienne Site : Hôpital Nord Service de pédiatrie Niveau -1 / Secteur mère-enfant 42055 Saint-Étienne cedex Téléphone : 04 77 82 80 38/82 91</p> <p>Service d'exploration fonctionnelle – ORL Lyon Responsables : Pr L. Collet / Dr I. Soares-Boucaud Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Hôpital Édouard Herriot Place d'Arsonval 69003 Lyon Téléphone : 04 72 11 05 17 Fax : 04 72 11 05 04</p> <p>Service de neuropédiatrie de l'enfant Responsable : Dr O. Révol Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Hôpital Pierre Wertheimer Unité 502 59 Boulevard Pinel 69394-Lyon cedex 03 Téléphone : 04 72 35 74 57/75 94 Fax : 04 72 35 73 43</p> <p>Service de pédiatrie/Unité de neurologie Pierre Bénite Responsables : Pr M. David / Dr C. Rousselle Rattachement : Hospices Civils de Lyon (HCL) Site : Centre Hospitalier Lyon Sud 69405 Pierre Bénite cedex Téléphone : 04 78 86 14 95 Fax : 04 78 86 57 16</p>
Dom Réunion	<p>Unité référente des troubles des apprentissages Saint-Denis Responsable : Dr S. Burlot Rattachement : Hôpital d'enfants Site : Hôpital d'enfants 60, rue Bertin BP 840 97476 Saint-Denis cedex Téléphone : 02 62 90 87 06/87 79 Fax : 02 62 90 87 79</p>

D'après :

INSERM. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Paris, Les éditions INSERM, 2007, 842 p.

## GLOSSAIRE

**Adressage (voie d') ou voie orthographique, voie directe :** Procédure d'identification des mots écrits qui consiste à reconnaître un mot en le comparant à une représentation modèle mémorisée dans le lexique. [1]

**Assemblage (voie d') ou voie phonologique, voie alphabétique, voie indirecte :** procédure d'identification des mots écrits qui consiste à reconstituer un mot séquentiellement (de gauche à droite) à partir de ses éléments (graphèmes) et en utilisant la correspondance graphèmes/phonèmes. [1]

**Dyscalculie :** dysfonctionnement dans les domaines de la logique, de la construction du nombre et des opérations sur ces nombres, de difficultés de structuration du raisonnement et de l'utilisation des outils logiques et mathématiques. Ces troubles existent en l'absence de déficit intellectuel. [3]

**Dyslexie :** trouble spécifique d'apprentissage de la lecture, en l'absence de toute autre cause évidente, chez des enfants normalement intelligents. Les différentes formes de dyslexie sont définies en fonction des stratégies déficitaires et préservées d'identification des mots (assemblage ou adressage) et du type d'erreurs observées (visuelles ou auditives). Elles ont donné lieu à plusieurs terminologies : dysphonétiques, dyséidétiques et mixtes, ou phonologiques et de surface. On préfère aujourd'hui, à juste titre, aux classifications, l'analyse fine des stratégies et des processus cognitifs sous-jacents (déficit phonologique, en mémoire de travail, ou visuo-attentionnels...) L'intérêt de cette analyse étant la construction du programme rééducatif et pédagogique. [3]

**Dysorthographe :** trouble spécifique de l'apprentissage de l'orthographe, en l'absence de toute cause évidente, chez des enfants normalement intelligents. Elle peut concerner l'orthographe phonétique (« corbeau » écrit « cordeau »), lexicale (« corbeau » écrit « caurbo »), grammaticale (« le corbeau percher »). [3]

**Dysphasie :** trouble développemental grave du langage se manifestant par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse du langage, ainsi que par des difficultés de manipulation du code entraînant des altérations durables dans l'organisation du langage à différents

niveaux : phonologique, lexical, syntaxique, sémantique et pragmatique, sans qu'il ne semble exister à l'origine des troubles, de lésion cérébrale. [3]

**Dyspraxie** : trouble du geste qui affecte l'habileté et la réalisation de certaines activités, en raison d'une anomalie de la gestion même du geste au niveau cérébral. C'est un trouble de la programmation gestuelle qui a des répercussions sévères dans l'ensemble du développement de l'enfant (en distordant ses premières expériences sensorimotrices), dans sa vie quotidienne (en affectant les gestes tels que se laver, manger, s'habiller) et dans son parcours scolaire du fait de la dysgraphie, qui constitue d'ailleurs souvent le signe d'appel. [2]

**Fonctions cognitives** : Les fonctions cognitives comprennent le langage, le raisonnement, la perception, la coordination motrice, la mémoire, l'attention et la planification. Elles dépendent de structures et de sous-systèmes complexes au niveau du système nerveux central. [1]

**Langage** : capacité spécifique de l'espèce humaine de communiquer au moyen d'un système symbolique (un système de signes permettant de se représenter la réalité en son absence). [1]

**Langue** : système symbolique permettant aux individus d'une même communauté de se comprendre et de communiquer. [1]

**Quotient intellectuel (QI)** : rapport de l'âge mental d'un enfant (apprécié par des tests d'intelligence), à son âge réel. Le QI revient donc au rapport entre la note obtenue à un test et la note présumée obtenue par un individu moyen du même âge au même test d'intelligence. Le QI mesuré peut être global, ou verbal (aux tests faisant intervenir le langage) ou de performance (aux tests ne faisant pas directement intervenir le langage). Le Quotient Intellectuel moyen est de 100. Le score moyen des différents subtests des échelles composites est de 10. [3]

**Trouble spécifique des apprentissages** : terme désignant les troubles d'un ou de plusieurs apprentissages (parole, langage oral, écrit, graphisme, calcul...) alors que les autres apprentissages sont préservés ainsi que les capacités intellectuelles et toutes les fonctions sensorielles. [3]

D'après :

1. Delahaie M. L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. INPES, 2004, 97 p.
2. Mazeau M. Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Masson, 2006, 286 p.
3. Billard C., Touzin M. Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances. Paris, Signes Editions, 2004.

**Titre de thèse : Troubles du langage et des apprentissages de l'enfant :  
du trouble spécifique au trouble complexe.**

---

**Résumé**

Si la notion de trouble spécifique du langage et des apprentissages est aujourd'hui de plus en plus souvent utilisée, les enjeux sous-jacents à l'identification de cette entité clinique méritent d'être explorés. Dans cette perspective, ce travail s'intéresse à la complexité de l'enfant souffrant de troubles des apprentissages. La réflexion menée dans le cadre de ce travail nous a amené à trouver préférable le terme de trouble complexe, reflétant mieux les réalités cliniques telles que nous avons pu les appréhender, à partir de situations cliniques ou au travers de la littérature sur le sujet.

Une approche intégrant les différentes dimensions, pouvant être concernées par l'émergence de ces troubles, nous paraît à développer, dans le cadre des stratégies cliniques et thérapeutiques à mettre en œuvre pour la population des enfants en difficultés d'apprentissage.

---

**MOTS-CLES**

Troubles spécifiques du langage et des apprentissages, troubles complexes du langage et des apprentissages, centres référents des troubles du langage et des apprentissages.