

Revue de littérature

DSM5 : quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ?

DSM5: What changes for Specific Language Impairments?

S. Avenet^{a,*}, M.-P. Lemaître^b, L. Vallée^c

^a 30, rue Poullaouec, 29200 Brest, France

^b Centre régional de diagnostic des troubles d'apprentissage (CRDTA), université Lille Nord de France, CHRU Lille, bâtiment Paul-Boulangier, avenue du Professeur-Laguesse, 59000 Lille, France

^c Service de neuropédiatrie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, université Lille Nord de France, 59037 Lille cedex, France

Résumé

Le DSM5 a plus d'un an dans sa version anglo-saxonne, et vient d'être publié en français. Des changements, issus de la pratique clinique et des avancées de la recherche, ont été opérés dans la rubrique des troubles de la communication, concernant les troubles du langage. Afin d'appréhender la façon dont le DSM5 traite des troubles spécifiques du langage oral (TSLO), une revue de littérature ciblant l'analyse des évolutions conceptuelles dans les critères d'exclusion et d'inclusion, et dans la sous-catégorisation de ces troubles a été menée et confrontée à la comparaison : DSM-IV–DSM5. On peut résumer les principaux changements du DSM5 : les troubles mixtes et expressifs du langage sont regroupés, le critère de dissociation avec les performances intellectuelles non verbales n'est plus retenu, le trouble du spectre autistique n'est plus un critère d'exclusion. Le DSM5 intègre une perspective « life-span », c'est-à-dire tout au long de la vie, indispensable à la compréhension des troubles développementaux. Les éléments de la littérature qui n'ont pas été intégrés sont analysés. Le DSM 5 est comme tout test ou manuel nosographique soumis au principe de précaution. La distanciation par l'expérience de la pratique (clinique et recherche) en termes de validité et de fiabilité diagnostique, associée à une démarche critique éclairée par les avancées scientifiques, permettra une utilisation prudente et critique de l'outil pour servir la description du réel. On évitera ainsi l'écueil inverse dans le champ des troubles spécifiques du langage.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Nosographie ; DSM5 ; Troubles de la communication ; Troubles spécifiques du langage oral ; Critères diagnostiques

Abstract

The DSM5 is more than one year old in its English version. It has just been published in French. Changes for Language disorders resulting from clinical practice of DSMIV and from advancements in research have been made in the Chapter: Communication disorders. In order to understand the way the DSM5 tackles the language disorders as Specific Language Impairments (SLI), a literature review focusing on the conceptual evolutions, in exclusion/inclusion criteria, and in the subgrouping inside the category has been made and compared with DSM IV/DSM5 changes analysis. Main changes can be summarized as follows: expressive and mixed expressive-receptive language disorders are grouped, the discrepancy with nonverbal intellectual performances and the Autism Spectrum Disorder as exclusion criteria are not mentioned anymore. The DSM5 integrates the life-span perspective which is essential in understanding neurodevelopmental disorders. Literature data which have not been integrated are analyzed. The DSM5, like any test, or nosographic manual, has to be subject to the precautionary principle. Clinical practice and research, and validation of this tool, will enable to achieve a cautious and critical use in order to stick as closely as possible to reality, and not to fall into the opposite trap, in the field of the Specific Language Impairments.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Nosography DSM5; Communication disorders; Specific Language Impairments; Diagnostic criteria

* Auteurs correspondant.

Adresses e-mail : sabine.avenet@yahoo.fr (S. Avenet), marie-pierre.lemaitre@chru-lille.fr (M.-P. Lemaître), louis.vallee@chru-lille.fr (L. Vallée).

1. Abréviations

DSM5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition</i>
SLI	<i>Specific Language Impairment</i>
TSLO	<i>Troubles spécifiques du langage oral</i>
LD	<i>Language Disorder</i>
TL	<i>Trouble du langage</i>
SSD	<i>Speech Sound Disorder</i>
TPP	<i>Trouble phonético-phonologique</i>
ASD	<i>Autism spectrum disorder</i>
TSA	<i>Trouble du spectre de l'autisme (ancienne dénomination)</i>
PDD	<i>Pervasive developmental disorder</i>
TED	<i>Trouble envahissant du développement</i>
QInV	<i>Quotient intellectuel non-verbal</i>
PLI	<i>Pragmatic Language Impairment</i>
TPL	<i>Trouble pragmatique du langage</i>
S(P)SD	<i>Social (Pragmatic) Communication Disorder</i>
TCS(P)	<i>Trouble de la communication sociale et pragmatique</i>
DI	<i>Déficiência intellectuelle</i>

2. Introduction

Nombre de cliniciens sont confrontés aux troubles spécifiques du langage oral. Ces troubles sont définis comme des troubles de production et/ou de compréhension du langage en l'absence d'étiologie avérée [1]. Cette définition par exclusion (formalisant la condition idiopathique ou en d'autres termes le caractère inconnu ou ontogénique de l'étiopathogénie de ces troubles) est particulièrement difficile à opérationnaliser que ce soit en clinique dans la pratique diagnostique ou en recherche dans la pratique de recrutement. Les manuels nosographiques sont les outils vers lesquels les professionnels se tournent pour guider cette « opérationnalisation » de la définition.

Dix-neuf années après le DSM IV, le DSM a été publié dans sa 5^e édition en 2013 [2,3] en langue anglaise, et sa traduction française a été publiée en 2015. Des changements importants ont été opérés parmi lesquels l'explicitation de la notion de « parcours développemental », qui met parfois à mal les frontières entre troubles établies par le DSMIV-TR (APA, 2003) [4], et la dimension fonctionnelle de la sévérité des troubles neurodéveloppementaux dans une perspective au long cours (« life-span »).

Nous allons nous intéresser spécifiquement à la manière dont le DSM5 traite des troubles du langage de type troubles spécifiques du langage oral (TSLO) et intègre les évolutions conceptuelles issues de la recherche dans la façon de considérer, catégoriser et typer les troubles du langage.

3. Changements généraux

Anciennement catégorisés dans le chapitre « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », les TSLO (troubles développementaux et spécifiques du langage oral dont la cause n'est

actuellement pas identifiable) font désormais partie de la catégorie troubles du langage (*Language Disorder*) dans la catégorie troubles de la communication (*Communication Disorders*) dans le chapitre des troubles neurodéveloppementaux (*Neurodevelopmental Disorders*) (Tableau 1). La catégorie ne se définit plus sur l'âge de diagnostic, et intègre les dimensions suivantes : neurologique, développementale, à début précoce et à retentissements multiples au cours de la vie.

3.1. Description des troubles

Pour chacun des troubles du neurodéveloppement, sont abordés les critères diagnostiques, les traits diagnostiques (description clinique), les traits supplémentaires allant dans le sens du diagnostic, le parcours développemental, les facteurs de risque et facteurs pronostiques, diagnostics différentiels, les comorbidités. Pour certains des troubles les conséquences fonctionnelles, la prévalence, les données épidémiologiques liées au sexe, les spécificités diagnostiques liées aux facteurs culturels et socioéconomiques sont également décrites.

Au-delà des traits descriptifs des troubles, des traits dénommés « spécifiers » (« spécification » dans la traduction française [5]) sont développés pour caractériser et typer certains d'entre eux. Par exemple pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trois spécifications sont possibles : sous-type (ex : mixte/inattention prédominante), évolution/course développementale, et sévérité.

Les troubles du langage (*Language Disorders* en anglais), Les troubles phonético-phonologiques (*Speech sound disorders* en anglais, traduits dans la version française « Trouble de la Phonation » [5]) et le trouble de communication sociale et (pragmatique) (*Social (Pragmatic) Communication Disorders* en anglais) ne sont pas concernés.

3.2. Organisation des paragraphes

Dans le DSMIV-TR, pour chaque groupe clinique, les paragraphes des critères diagnostiques sont conçus de façon régulière, avec 4 critères (conjuguant critères quantitatifs, adaptatifs et critères par exclusion) :

- A : écart significatif à la norme sur des tests standardisés cibles et description clinique du trouble ;
- B : retentissement : troubles qui interfèrent avec la vie sociale, ou la réussite scolaire ou professionnelle ;
- C : diagnostics différentiels ;
- D : sévérité de l'atteinte non expliquée par des « comorbidités » ou étiologies possibles.

Dans le DSM5, l'architecture des critères est également régulière. Le tout premier critère énoncé au sein du critère A, avant même la caractérisation clinique du trouble, concerne la notion de persistance du trouble. Le second critère (B) recouvre la notion de sévérité diagnostique englobant le décalage qualitatif et quantitatif relativement à ce qui est attendu pour l'âge réel. Il prend en compte aussi le retentissement (c'est-à-dire, les limitations fonctionnelles dans tout ou partie des dimensions

Tableau 1
Catégorisation des troubles du langage ICD-10, DSMIV-TR, DSM5.

CIM10–Trouble du développement psychologique (F80-89)	DSMIV-TR- Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence	DSM5–Troubles du neurodéveloppement
<i>Survenant pendant la première ou deuxième enfance</i> Altération ou retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central Évolution continue sans rémissions ni rechutes	<i>Catégorie assumée comme artificielle</i> « exercice de pure forme » qui « n'est pas censé suggérer qu'il existe une distinction claire entre les troubles de l'enfant et les troubles de l'adulte »	<i>Manifestations d'apparition précoce dans le développement</i> <i>Age préscolaire</i> « Retentissements » dans le développement personnel, la participation sociale, la réussite académique, le fonctionnement et l'activité professionnels « Co-occurrences fréquentes » : ex : TSA/DI, ou TDAH/troubles spécifiques des apprentissages
<i>Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage</i> Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation (F80.0) Trouble de l'acquisition du langage de type expressif (F80.1) Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif (F80.2) Aphasie acquise avec épilepsie [syndrome de Landau-Kleffner] Autres troubles du développement de la parole et du langage Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision <i>Troubles spécifiques des acquisitions scolaires</i> Trouble spécifique de la lecture Trouble spécifique de l'orthographe Trouble spécifique de l'arithmétique Troubles mixtes des acquisitions scolaires Troubles des acquisitions scolaires sans précision <i>Troubles envahissants du développement</i> Autisme infantile Autisme atypique Syndrome de Rett Autre trouble désintégrantif de l'enfance Trouble hyperkinétique associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés Syndrome d'Asperger Autres troubles envahissants du développement Trouble envahissant du développement sans précision [...]	<i>Troubles des apprentissages</i> Trouble de la lecture Trouble du calcul Trouble de l'expression écrite Trouble des apprentissages non spécifié <i>Troubles de la communication</i> Trouble du langage de type expressif (315.31) Trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif (315.32) Trouble phonologique (315.39) Bégaiement Trouble de la communication non spécifié (ex dysphonie) <i>Troubles envahissants du développement</i> Trouble autistique Autisme atypique Syndrome de Rett Trouble désintégrantif de l'enfance Syndrome d'Asperger Trouble [...]	<i>Troubles de la communication</i> Trouble du langage (315.39) Trouble phonético-phonologique (traduit trouble de la phonation) (315.39) Trouble de la fluence à débutant dans l'enfance (bégaiement) Trouble de la communication sociale et (pragmatique)(315.39) Trouble de la communication non-spécifié <i>Troubles du spectre de l'autisme (TSA)</i> Trouble du spectre de l'autisme <i>Troubles spécifiques des apprentissages</i> [...]

suivantes : efficacité de la communication, participation sociale, réussite scolaire, activité professionnelle, développement personnel). Le critère C explicite un critère d'âge de début précoce du trouble. Le critère D liste les critères d'exclusion.

3.3. Terminologie

3.3.1. « Spécifique »

Au plan terminologique, le terme « spécifique » (utilisé dans la CIM-10 [6,7]) n'est pas utilisé dans le DSM IV qui traite de formes développementales comme acquises sous un angle symptomatique. Dans le DSM5, même si on assiste à un retour des critères d'exclusion neurologiques, les troubles du langage ne sont pas pour autant étiquetés « spécifiques ». Le terme n'est repris dans le DSM5 que pour les troubles d'apprentissage. Sa réapparition semble en lien avec le caractère plus ciblé du symptôme « trouble d'apprentissage scolaire » (ex : atteinte de la

précision de lecture des mots versus atteinte de l'ensemble de la sphère langagière).

Les troubles du langage des enfants présentant un TSLO sont en effet décrits dans la littérature comme fréquemment associés à des signes neurologiques mineurs, à une immaturité motrice [8], une maladresse motrice, des difficultés praxiques [9,10], un trouble d'acquisition de la coordination [10,11], un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité [10,12], un trouble de la lecture [13]. Le distinguo entre habileté « académique » (lecture, mathématiques) qui s'acquiert sur apprentissage explicite et habiletés développementales (motricité, langage) reposant sur la maturation cérébrale est également clairement établi dans le DSM5 [2].

Suite aux études de ces dernières années, le terme « spécifique » est resté connoté, par le critère de dissociation avec le quotient intellectuel non-verbal (*discrepancia criteria*), et le critère « absence de troubles associés ». Ces deux critères ayant

été invalidés, l'usage du terme spécifique pose, depuis, problème à certains auteurs car il reste chargé de ces connotations.

Initialement les auteurs du DSM5 avaient prévu des spécifications d'apparition tardive du langage (dénomination anglaise : « Late Language Emergence ») et de spécificité du trouble du langage. En raison d'un manque de consensus sur la validité et la robustesse de l'entité clinique TSLO, et du recours au quotient intellectuel non-verbal comme critère diagnostique (avec les problématiques bien décrites de scores seuils et de variabilité au cours du temps), l'American Speech-Language-Hearing Association a publié des recommandations en juin 2012 dans un rapport intitulé « ASHA's recommended revisions to the DSM-5 » [14], dont celle d'omettre la caractérisation « TSLO » (*Specific Language Impairment, SLI* en anglais).

3.3.2. « Troubles phonético-phonologiques »

Au plan terminologique le terme « Phonological Disorder » (auparavant « Articulation Disorders ») est désormais remplacé par « Speech Sound Disorder » plus largement employé dans la littérature. Nous le traduirons par trouble phonético-phonologique (TPP). Ce terme plus récent est préféré par certains auteurs [15] car il intègre une dimension mixte du trouble de la production des sons de la parole : articulatoire/sensorimotrice, d'une part, et phonologique/cognitivo-linguistique, d'autre part. Selon Shriberg [15], il permet de s'éloigner de la dichotomie « contraignante » phonologie/articulation (au regard des troubles intriqués parfois), et d'incorporer la complexité neurodéveloppementale des troubles. Il englobe les conditions idiopathiques et non-idiopathiques [16].

3.3.3. « Impairment »/« Disorder » dans la terminologie anglaise

Le terme « Language Disorder » que nous traduirons « Trouble du langage » (TL) se distingue quant à lui de la terminologie habituelle en recherche : « Language Impairment » incluse dans l'intitulé « Specific Language Impairment » (SLI), « Primary Language Impairment » . . . , et s'inscrit dans la continuité des anciennes dénominations du DSMIV (« Expressive Language Disorder », « Mixed Receptive-Expressive Disorder »).

4. Critères d'exclusion : évolution du DSMIV au DSM5

À terminologie égale « Trouble du Langage » ou « Language Disorders » entre DSMIV et DSM5, les critères d'exclusion (présentés dans le [Tableau 2](#)) sont très différents et in fine, les troubles délimités ne concernent pas les mêmes enfants.

Les différents critères d'exclusion du DSM5 ne sont pas hiérarchisés en fonction des niveaux étiopathogéniques versus syndrome cognitivo-comportemental symptomatique ou idiopathique versus profil sémiologique langagier. Ils sont convoqués parmi différents niveaux. Ainsi, la régression langagière constitue-t-elle un diagnostic différentiel sans considération de son étiopathogénie comme possible critère d'exclusion.

On assiste à un retour de l'exclusion de conditions neurologiques, même si elles sont très peu détaillées et distinguées des « conditions médicales » :

- pour le TL : dans le critère D : « neurological condition », dans le paragraphe sur le diagnostic différentiel : « neurological disorders including epilepsy (e.g. acquired aphasia or Landau-Kleffner syndrome) » [2] ;
- pour le TPP : dans le critère D : « congenital or acquired conditions such as cerebral palsy, cleft palate, deafness or hearing loss, traumatic brain injury, or other medical or neurological conditions » et dans le paragraphe sur le diagnostic différentiel : dysarthrie en contexte de trouble moteur comme la paralysie cérébrale (e.g., syndrome de Worster-Drought), [2].

Concernant les troubles envahissants du développement, dans le DSMIV-TR [4], leur exclusion était systématique pour le trouble du langage expressif comme pour le trouble du langage mixte expressif/réceptif (critère C « le trouble ne répond pas aux critères d'un TED »), et l'application du critère D [« dans le cas de retard mental, déficit moteur intéressant la parole, déficit sensoriel ou de carence de l'environnement » si le trouble phasique outrepassé celui attendu dans chacun des contextes pathologiques cités, alors un diagnostic additionnel de trouble phasique est autorisé] ne s'appliquait pas à cette condition.

Dans le DSM5 [2], il ne s'agit plus d'un critère d'exclusion. Dans le paragraphe comorbidité, le trouble du langage oral est rapporté comme fréquemment associé au trouble du spectre de l'autisme (TSA, nouvelle dénomination du trouble envahissant du développement). Le TSA n'est donc pas cité dans le diagnostic différentiel alors qu'au plan sémiologique la régression langagière (qui survient parfois dans l'autisme) doit, elle, faire l'objet d'un diagnostic différentiel.

Dans le chapitre diagnostic différentiel dans la catégorie TSA 299.00, [2], il est toutefois spécifié que les enfants avec TSLO (« specific language disorders ») ne présentent habituellement pas de troubles dans la communication non verbale, ni de comportement restreint ou répétitif.

Le fait que le TL et le TSA ne soient pas exclusifs l'un de l'autre dans le DSM5 semble inhérent :

- aux études de fratries [17] ;
- à l'analyse de la variabilité d'expression phénotypique TL/TSA pour une même anomalie génétique [18] ;
- aux études de phénotypes mixtes (troubles structurels de la parole ou du langage associés à des troubles de la sphère autistique) pour une même anomalie génétique [19,20] ;
- à la recherche questionnant le recouvrement TL/TSA au plan étiologique neuro-anatomique (l'implication cérébelleuse [21]) et génétique [22,23] ;
- à la considération d'un sous-groupe TSA + TL avec recouvrement phénotypique (TSA + trouble du langage formel et structurel) par certains auteurs [24,25] ;
- aux études de devenir des jeunes avec TSLO objectivant des « passerelles sémiologiques » dans la course développementale : avec sémiologie autistique détectée plus tardivement chez des enfants initialement catégorisés TSLO, l'autisme ayant été un critère d'exclusion [26,27].

Enfin, le diagnostic additionnel propre au DSMIV (critère D, pour les troubles du langage et critère C pour le trouble

Tableau 2
Critères d'exclusion CIM 10, DSMIV-TR, DSM5.

CIM 10	DSM IV-TR	DSM 5
<p><i>Exclusion d (e)</i> Anomalies neurologiques Anomalies de l'appareil phonatoire Des troubles sensoriels dont déficit auditif Retard mental Facteurs environnementaux <i>Manuel descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [6] p. 211-214</i> <i>Pour chaque sous-type : différentiel avec</i> Pour le trouble d'acquisition de l'articulation (F80.0) aphasie et apraxie, trouble d'articulation associé à un trouble d'acquisition du langage expressif ou réceptif Pour les troubles spécifiques du langage expressif (TSL-E, F80.1) : aphasie acquise avec épilepsie, mutisme électif, dysphasie ou aphasie SAI (R47.0), dysphasie ou aphasie de développement de type réceptif, Trouble envahissant du développement(TED) Et pour les troubles spécifique du langage de type réceptifs (TSL-R) : Trouble envahissant du développement, Aphasie acquise avec épilepsie, aphasie ou dysphasie SAI R47.0, aphasie ou dysphasie de développement de type expressif, mutisme électif, retard secondaire à une surdité <i>Manuel descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [6] p210</i> Diagnostic additionnel autorisé en contexte de Retard mental, quand l'atteinte du langage est plus sévère que l'atteinte des composantes non verbales et « lorsque cette inégalité est suffisamment marquée pour apparaître dans le fonctionnement quotidien, on doit faire à la fois un diagnostic de trouble spécifique de développement de la parole et du langage et un diagnostic de retard mental » Même nuance pour les « anomalies neurologiques discrètes » et les hypoacusies non causales <i>Manuel critère diagnostic pour la recherche-CDR-10 [7] p131-132, Critères (exclusion) plus strict, pour exemple</i> F80.0 : absence d'atteintes neurologiques sensorielles ou physiques altérant directement les productions des sons de la parole, absence de TED, Critère d'exclusion le plus couramment utilisé : Quotient Intellectuel non verbal inférieur à 70 sur un test standardisé</p>	<p><i>Exclusion de</i> Trouble envahissant du développement (TED), d'un trouble autistique Retard mental causal Déficit moteur affectant la parole causal Déficit auditif ou d'un autre déficit sensoriel causal Carence sévère de l'environnement causale <i>Pour les troubles phonologiques</i> Retard mental causal Déficit moteur affectant la parole causal Déficit auditif ou d'un autre déficit sensoriel causal Carence sévère de l'environnement causale <i>Pour chaque sous-type : différentiel</i> Trouble phonologique : différentiel avec trouble de la voix, du rythme de la parole, bégaiement pour TL-expressif et TL-expressif-réceptif : mutisme sélectif + trouble du langage transitoire en cas d'affection neurologique <i>Critère relatif (diagnostic additionnel) : « s'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel, ou une carence de l'environnement, les difficultés verbales dépassent celles habituellement associées à cette condition »</i> <i>Pas d'exclusion neurologique</i> Formes acquises et développementales En cas d'aphasie acquise (avec étiologie traumatique, virale. . .) le diagnostic de trouble expressif ou mixte est porté si les troubles phasiques persistent au-delà de la phase aiguë de guérison de l'affection à l'origine de l'aphasie acquise</p>	<p><i>Exclusion de</i> Dysfonctionnement moteur (traduit « déficit moteur cérébral » [4]) Autre condition médicale ou neurologique Handicap intellectuel ou retard de développement global Différentiel avec : régression langagière, troubles du langage en contexte de troubles neurologiques, handicaps intellectuels, déficits auditifs et autres troubles sensoriels <i>Pour le trouble phonético-phonologique (traduit « Trouble de la phonation » [5])</i> Exclusion des conditions acquises et congénitales, telles « fentes palatines, paralysie cérébrale, surdité ou déperdition auditive, traumatisme crânien (traduit « lésion cérébrale traumatique » [5]) ou autres conditions neurologiques et médicales » Différentiel avec : surdité et autres troubles sensoriels, dysarthries, anomalies anatomiques, mutisme sélectif <i>Dans le paragraphe diagnostic différentiel : nuance</i> Quand le trouble du langage est « en excès » par rapport à ce qui est habituellement rencontré dans la condition d'exclusion le diagnostic de trouble du langage « peut » être porté (déficits sensoriels, déficits moteurs affectant la parole et handicaps intellectuels) Quand le trouble phonético-phonologique est en excès en contexte de surdité d'un autre déficit sensoriel, de déficit moteur affectant la parole le diagnostic additionnel est « possible » Plus d'exclusion de TSA (trouble du spectre autistique), condition comorbide au même titre que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages (langage écrit et mathématiques), le trouble d'acquisition de la coordination</p>

phonologique) évoqué plus haut, reste « possible » avec le DSM5 si le TL est « en excès » en cas de trouble sensoriel et de déficience intellectuelle, et si le TPP est en excès en cas de troubles sensoriels ou moteurs. Les conditions suivantes ne figurent plus dans la liste : la déficience intellectuelle pour le TPP, et la carence de l'environnement pour le TL et le TPP (cette dernière condition ne figurant plus non plus dans les critères d'exclusion).

La sélection des conditions pour lesquelles il est toléré un diagnostic additionnel (dans le sens trouble du langage « en excès ») reste opaque dans le DSM5.

5. Critères d'inclusion : Évolution du DSMIV au DSM5

Les [Tableaux 3 et 4](#) font état des changements.

Le critère de dissociation avec le quotient intellectuel non-verbal n'est plus évoqué. Il s'agissait de la nécessité d'objectiver un écart entre le quotient intellectuel non-verbal et les scores standard à des tests de langage, ou un écart entre âges mentaux dérivés de ces deux types de tests. À ce propos, Leonard [28] rappelle que les batteries ne sont pas étalonnées sur les mêmes populations, ce qui invalide d'office leur comparaison.

De nombreux auteurs ont remis en question la fiabilité du « critère de dissociation » durant les vingt dernières années pour différentes raisons :

- concernant chacune des valeurs absolues (mesures de QInV ou mesures de langage) : variabilité des scores d'un test à l'autre, erreur standard de mesure, variabilité des mesures au cours du temps, manque de validité discriminante des scores seuils fixés, impact des troubles associés, [28,29] ;
- et concernant la comparaison de ces valeurs : absence de corrélation entre la tâche de répétition de non-mots et le quotient intellectuel, [29], pas d'héritabilité du critère de dissociation par opposition à la forte héritabilité de la tâche de répétition de non-mots [29], instabilité au cours du temps de la dissociation [29], bien moindre pouvoir discriminant de la dissociation en comparaison à des mesures de langage spontané [30], ce à quoi s'ajoute le fait qu'un critère de dissociation est retrouvé chez 18 % des enfants avec développement typique du langage oral dans l'étude d'Aram (1991) (citée dans [31]).

Le DSM5 ne fixe pas de seuil de significativité du trouble, et n'établit pas de procédure diagnostique de référence (« gold-standard ») si ce n'est qu'il est rappelé que le diagnostic doit se faire sur une synthèse de l'histoire de l'individu, d'une observation clinique directe en différents contextes (maison, école, travail), et que l'estimation de la sévérité doit être issue des scores obtenus à des tests standardisés de langage (sans comparaison avec le quotient intellectuel non-verbal). Une description qualitative des troubles est fournie comme grille de lecture [2].

Spaulding et al. [32] relèvent qu'en recherche les seuils pathologiques s'échelonnent le plus souvent de -1 à $-1,5$ ds sur un ou plusieurs tests de langage et qu'en clinique les critères d'éligibilité à des services d'éducation spécialisée diffèrent en

fonction des états aux États-Unis ($-1,5$ ds dans le Missouri et le Dakota du sud, $-1,75$ ds dans le Wisconsin, de $-1,5$ à -2 ds dans l'état de New York, et -2 ds dans le Kentucky).

La détermination des seuils de significativité les plus à même d'inclure le maximum de vrai-positifs sans exclure les faux négatifs ni inclure les faux positifs, c'est-à-dire garantissant un bon rapport spécificité/sensibilité est en réalité très difficile, et varie en fonction des tâches, des habiletés testées, des étapes développementales et des âges [32].

Concernant les modalités d'évaluation diagnostique, en recherche, les procédures sont très variables, il n'y a pas de consensus sur le choix des outils d'évaluation, le nombre et la nature des composantes langagières qui doivent être affectées pour que le diagnostic de TSLO soit porté. Bishop [29], Dunn et al. [30] et Rice [33] questionnent le choix du type de tâches : faut-il utiliser des batteries « généralistes » ou sélectionner les enfants en recourant à des tâches présentant un bon potentiel de tâches-marqueurs du trouble (répétition de non-mots, répétition de phrases, marqueurs syntaxiques cibles).

Concernant la sévérité (au sens diagnostique : distinction trouble versus non trouble), deux types de sévérité sont citées dans le DSM5. Le critère B évoque le décalage qualitatif et décalage quantitatif par rapport à ce qui est attendu pour l'âge. Le décalage quantitatif est ici réduit aux performances chiffrées : score absolu ou relatif du test diagnostique. Le critère B énonce également un critère de sévérité « fonctionnelle » : les limitations fonctionnelles. La persistance du trouble au long cours est quant à elle énoncée dans le critère A. Au-delà du diagnostic établi (trouble détecté), il n'est pas proposé de classification en termes de sévérité.

Spaulding et al., [34] signalent que des tests dont l'objectif est de détecter un trouble ne sauraient être construits en termes d'items comme un test visant à discriminer différents niveaux de sévérité, il ne s'agit pas des mêmes exigences de sensibilité pour les items (variables cibles et quantités d'items). Les tests visant à discriminer les différents niveaux de sévérité une fois le trouble reconnu nécessitent un très grand nombre d'items pour être sensibles à la sévérité. Spaulding et al. [34] rappellent également que la référence à une population au développement typique ne renseigne pas sur le niveau de sévérité, c'est la comparaison aux résultats d'une population TL qui l'autorise. Enfin des *cut-off* pour déterminer des seuils de sévérité des groupes ne sont pas transposables d'un test à l'autre, ils sont « tests-spécifiques », en lien avec la construction de chaque test et ce qui y est spécifiquement mesuré [35].

La question de la sévérité, pour les troubles de la communication, est traitée dans le DSM5 au travers des facteurs pronostiques. Un seul facteur pronostique est dégagé pour les TL : le trouble réceptif. Il est précisé qu'il alourdit le pronostic en termes de résistance au traitement, et de difficultés de compréhension de lecture.

Pour les TPP, l'association à un TL est de plus mauvais pronostic notamment sur les apprentissages scolaires dont le langage écrit. Ceci est une donnée répliquée dans la littérature comparative du devenir en langage écrit des TPP et des TPP + TL [36,37].

Tableau 3
Sous-types de troubles de la communication, DSM5 [2].

Catégorie	Spécificité	Critères
<i>Troubles du neurodéveloppement</i>	Non spécifiée dans l'intitulé	<i>315.39 Trouble du langage</i>
<i>Troubles de la communication</i>		
Trouble du langage (315.39)	Réintroduction de l'exclusion neurologique	Critère A : troubles persistants dans l'acquisition et l'utilisation du langage dans toutes les modalités dus à des déficits en compréhension ou production (incluant : une réduction lexicale en connaissance et utilisation, des limitations dans la structuration syntaxique, troubles discursifs)
Trouble phonético-phonologique (315.39)	Pas d'exclusion TSA explicite pour les deux premières entités	Critère B : qualitativement et quantitativement en deçà de ce qui est attendu à l'âge réel, avec retentissement dans la communication, et/ou dans la participation sociale, et/ou dans la réussite académique, et/ou dans la performance au travail (isolément ou en combinaison)
Trouble de la fluence démarrant pendant l'enfance -bégaiement	Diagnostiques additionnels en cas de troubles « en excès » restant possibles pour les deux premiers troubles	Critère C : début précoce
Trouble de la communication sociale et pragmatique (315.39)		Critère D : non secondaire à déficit sensoriel, condition médicale ou neurologique, handicap intellectuel ou retard global de développement
Trouble de la communication non spécifiée		<i>315.39 Trouble Phonético-Phonologique (TPP)</i> traduit <i>Trouble de la phonation</i> dans la version française
		Critère A : trouble persistant dans la production des sons de la parole qui interfère avec l'intelligibilité
		Critère B : retentissement dans la communication, et/ou dans la participation sociale, et/ou dans la réussite académique, et/ou dans la performance au travail (isolément ou en combinaison)
		Critère C : id
		Critère D : non secondaire à des conditions acquises ou congénitales comme paralysie cérébrale, fente palatine, surdité ou déperdition auditive, traumatisme crânien, ou autres conditions médicales ou neurologiques
		<i>315.39 Trouble de la Communication Sociale et Pragmatique</i>
		Critère A : troubles persistants dans l'utilisation sociale de la communication verbale et non verbale (dans l'adaptation à l'interlocuteur au contexte, dans le respect des règles conversationnelles, dans l'utilisation des signaux verbaux et non-verbaux dans la régulation de l'interaction, dans la compréhension de l'implicite, des ambiguïtés langagières et dans la réalisation d'inférences. . .)
		Critère B : retentissement dans la communication, et/ou dans la participation sociale, et/ou dans la réussite académique, et/ou dans la performance au travail (isolément ou en combinaison)
		Critère C : début précoce (peut rester discret jusque la maîtrise de l'outil langagier et la franche confrontation sociale)
		Critère D : exclusion de conditions médicales et neurologiques, de troubles structurels du langage causaux, de l'ASD, du handicap intellectuel, du retard de développement global ou de tout autre handicap mental

Tableau 4
Sous-types de TL, CIM-10, DSMIV-TR.

DSMIV-TR [4]	CIM-10—critères diagnostiques pour la recherche [7], Directives pour le diagnostic [6]
<p><i>Spécificités DSMIV-TR</i></p> <p>Critère retentissement (critère B)</p> <p>Pas de critère de décalage avec l'âge réel</p> <p>Critère de dissociation (critère A)</p> <p>S'applique aux mesures des capacités intellectuelles non verbales sans cut-off</p> <p>Avec un critère de dissociation supplémentaire pour le trouble expressif entre mesures de langage expressif et mesures de langage réceptif sans cut-off chiffré</p> <p><i>Critère A : critères de diagnostic positif</i></p> <p>Trouble du langage de type expressif : Critères de dissociation : « <i>les scores obtenus à des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités expressives sont nettement en dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part et de ceux obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités réceptives de langage d'autre part</i> ». + Caractérisation clinique</p> <p>Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif</p> <p>Critères de dissociation : « <i>les scores obtenus à des mesures standardisées administrées individuellement du développement des capacités expressives et des capacités réceptives du langage sont nettement en dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales</i> ». + Caractérisation clinique</p> <p><i>Trouble phonologique</i></p> <p>Caractérisation clinique : « <i>incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (...)</i> », p 77</p>	<p><i>Spécificités CIM-10</i></p> <p>Décalage significatif avec l'âge réel + cut-off (–2ds) [7]</p> <p>Critère de dissociation : avec cut-off (–1ds) : s'applique par rapport aux mesures des capacités intellectuelles non verbales</p> <p>Pas de comparaison chiffrée entre les mesures expressives et réceptives du langage</p> <p>Pour le trouble spécifique du langage de type expressif : « <i>compréhension dans les limites de la normale</i> »</p> <p>Pour le trouble spécifique du langage de type expressif-réceptif : « <i>expression atteinte dans la plupart des cas</i> »</p> <p><i>Critères de diagnostic positif</i></p> <p>Trouble du langage de type expressif :</p> <p>Critères de dissociation [7] : performances en expression langagière à –2 ds à des tests standardisés par rapport à la moyenne correspondant à l'âge réel de l'enfant et à au moins –1 ds du QInV. La compréhension du langage se situant dans la limite de –2 ds, l'utilisation et la compréhension de la communication non verbale et la fonction imaginative du langage se situant dans les limites de la normale</p> <p><i>Trouble du langage de type réceptif</i></p> <p>Critères de dissociation [7] : performances en compréhension du langage à –2 ds à des tests standardisés par rapport à la moyenne correspondant à l'âge réel de l'enfant et à au moins –1 ds du QInV.</p> <p>Directive pour le diagnostic [6] : caractérisation clinique + « <i>dans la plupart des cas le versant expressif est lui aussi nettement perturbé</i> » + « <i>il existe habituellement des troubles phonétiques</i> »</p> <p><i>Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation</i></p> <p>Critères de dissociation [7] : performances en articulation (phonologie) à –2 ds à des tests standardisés par rapport à la moyenne correspondant à l'âge réel de l'enfant et à au moins –1 ds du QInV</p> <p>L'expression et la compréhension du langage se situant dans la limite de –2 ds</p>

6. Classification au sein des troubles de la communication

6.1. Regroupement en une catégorie « Trouble du Langage » (TL) et maintien du trouble phonético-phonologique (TPP) comme entité homogène

Les sous-types de TL : expressifs et mixtes ne sont plus distingués, la variabilité sémiologique (qualitative et quantitative) est rapportée au sein d'une catégorie unique désormais. L'entité (hors critère additionnel) se rapproche du « TSLO typique » décrit par Bishop [29].

Ceci fait écho à :

- une problématique, soulevée dans la littérature [38] concernant la distinction entre trouble expressif et trouble mixte, qui questionne la validité d'une dichotomie (reposant sur l'hypothèse de mécanismes sous-jacents différents), et y oppose la notion de continuum de sévérité (avec les troubles les plus légers expressifs et les troubles plus lourds mixtes) ;
- la notion d'instabilité développementale. En utilisant les catégories TSLO expressif (« Expressive-SLI ») et TSLO

expressif-réceptif (« Expressive-receptive-SLI »), Conti-Ramsden et al. [39] ont constaté que de nombreux enfants classés 12 mois auparavant [40] comme présentant un TSLO expressif étaient reclassés dans la catégorie TSLO expressif-réceptif.

Leonard [41] questionne plus spécifiquement la validité de l'entité TSLO expressif, rappelant l'importance d'être prudent, concernant les enfants qui ne chutent pas aux tests réceptifs. Selon lui, s'ils doivent être décrits différemment de ceux qui chutent en réception et en expression, il n'est pas pour autant fait la preuve que leur « connaissance » des variables morpho-syntaxiques (chutées en expression) soit préservée. En effet, à l'heure actuelle, les moyens d'évaluation de la compréhension et des connaissances sont limités et insuffisamment fiables [41,42]. Ceci peut contribuer à l'impression que certains enfants ont des déficits limités à l'expression. Or des dimensions comme la récupération lexicale ou la complétion de phrases ne semblent pas purement expressives [41].

Le DSM5 affiche peu d'évolutions conceptuelles pour le TPP. Deux types sont dégagés (au niveau des mécanismes sous-jacents) : réalisation articuloire (avec l'habileté à coordonner les mouvements articuloires, la respiration le voisement), et les

processus phonologiques. Cette catégorie intègre la dyspraxie verbale. L'hétérogénéité des mécanismes sous-jacents est citée, mais non détaillée, alors qu'elle est plutôt documentée et modélisée en recherche (Stackhouse et Wells, 1997 cités dans [42,43]). Seule la dimension de connaissance phonologique des sons (dimension cognitive centrale) et de coordination des sons de la parole (output) sont dégagées. L'hétérogénéité sémiologique (Dodds, 2005, cité dans [44]) est peu développée si ce n'est le regroupement au sein de l'entité de troubles de natures articulatoire et phonologique. Il n'a pas été élaboré de spécification pour ces troubles hétérogènes (ex : dimension motrice et/ou praxique d'un trouble à résultante phonético-phonologique, ex : positionnement sur des continus perceptifs, cognitifs et moteurs) permettant de typer les troubles et de pister les mécanismes étiopathogéniques responsables. Au plan étiologique, le caractère idiopathique ou secondaire est cité rapidement.

6.2. Intégration du trouble de la communication sociale (et pragmatique) dans la catégorie des troubles de la communication

Ce syndrome initialement décrit par Rapin et Allen [45] sous l'appellation syndrome sémantico-pragmatique fait depuis longtemps débat sur sa catégorisation, sa sémiologie et sa validité.

La description princeps du « semantic-pragmatic syndrome without autism » est symptomatique. Le tableau est relevé dans plusieurs cadres pathologiques : chez les enfants porteurs d'une hydrocéphalie (avec le trait cocktail-party-syndrome), chez des enfants avec suspicion d'étiologie génétique, chez des enfants sans autre évidence de dysfonctionnement cérébral détectée à l'époque. Il intègre « un langage expressif très fluent », « des énoncés généralement syntaxiquement bien construits, phonologiquement intacts » « un langage de bonne qualité en surface », contrastant avec « des difficultés sévères à s'inscrire dans les principes de situation conversationnelle », à être « réellement informatif », « à comprendre le discours de l'interlocuteur alors que les phrases courtes et les mots sont compris », et « des réponses inadéquates aux questions ». Les auteurs soulignent la difficulté de distinguer ce qui relève d'un trouble de la communication de ce qui peut relever d'un trouble du cours de la pensée face à « certaines intrusions [qui] peuvent donner l'impression d'un langage psychotique ». Ils relèvent des similitudes avec le langage de l'enfant autiste (écholalie et inversion pronominale).

Dans sa dimension idiopathique, il continue de questionner au plan sémiologique [46] comme au plan conceptuel. S'agit-il d'un trouble phasique, d'un trouble appartenant au spectre autistique (forme légère, non spécifiée ou d'évolution favorable) ou d'un trouble se situant à un niveau intermédiaire sur un continuum [47]. Bishop et Norbury [48], isolent au sein d'enfants avec un diagnostic de trouble pragmatique du langage (*Pragmatic Language Impairment, PLI* en anglais), un groupe d'enfants (3/13) qui ne présentent pas les critères de l'autisme ni du trouble envahissant du développement-non spécifié aux tests et questionnaires cibles et qui ne les ont pas présenté à 4–5 ans. Il serait, selon les auteurs, prématuré d'amalgamer ce type de trouble pragmatique du langage à un trouble envahissant du développement-non spécifié. Selon Bishop [28], le syndrome

redénommé « Trouble Pragmatique du Langage » semble se situer au carrefour des deux pathologies TSLO et TSA.

Le DSM5 considère désormais ce trouble comme une entité à part entière (incluse dans les troubles de la communication et non dans les TSA pour lequel un diagnostic différentiel rigoureux doit être établi avec le TSA et le trouble anxieux social (phobie sociale). Les critères d'exclusion sont la déficience Intellectuelle, le TSA, des conditions médicales ou neurologiques, un trouble psychiatrique.

Le TSA est désormais modélisé en dyade (et non plus en triade) avec atteinte dans la communication sociale et l'interaction sociale dans de nombreux contextes d'une part et comportements, intérêts, activités restreints et répétitifs (« restricted, repetitive pattern of behavior, interests, activities ») d'autre part. C'est ce dernier facteur qui permet d'établir le différentiel. En effet, selon le DSM5, les enfants présentant un trouble de la communication sociale (et pragmatique) en sont exempts à toutes les étapes développementales et ne doivent pas être confondus avec des enfants TSA qui ont présenté mais ne présentent plus de comportements, intérêts, activités restreints et répétitifs. Quant au différentiel avec l'anxiété sociale, selon le DSM5, c'est l'âge de début et l'existence de compétences sociales réelles mais non utilisées qui permettent de faire la différence. Des comorbidités possibles avec un TL, un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, des troubles d'apprentissages, « des problèmes de comportement » sont évoquées dans le DSM5. Mais le trouble n'est pas secondaire au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, ni au trouble structurel du langage. Un diagnostic additionnel est autorisé si le trouble est « clairement en excès » en cas de « limitations intellectuelles ».

7. Description des troubles

Dans le DSM5, le TL est décrit selon une triade symptomatique : vocabulaire (usage ou connaissance) réduit, limitation dans la structuration phrastique (morphosyntaxe), trouble d'élaboration du discours s'exprimant dans toutes les modalités de langue (écrit, oral, langage des signes...). Le fait que les troubles du discours apparaissent au cœur de la définition est assez nouveau.

L'intérêt du discours déclaratif (« expository discourse » en anglais) et conversationnel comme outil diagnostique, offrant une situation de recueil écologique, et une sensibilité aux troubles (notamment syntaxiques) chez les adolescents, est relativement documenté [49].

Certaines études s'intéressent aux mesures plus spécifiquement discursives (cohérence, cohésion, etc.) auprès des enfants avec TSLO. Si l'importance d'explorer cette dimension et les enjeux sociaux en rapport est certaine [50], il n'est actuellement pas aisé de typer ces troubles. Sont-ils un retentissement du TL (secondaires) ou au contraire un trouble à connotation « pragmatique » associé/intégré au tableau ? Dans ce dernier cas, comment les distinguer de certains traits du trouble de communication sociale (et pragmatique) ? Il n'existe par ailleurs pas de procédure diagnostique de référence en termes de validité, fiabilité.

Dans le DSMIV-TR [3], ce dernier trouble (discursif) était plus discrètement évoqué.

La description des troubles du langage était plus qualitative dans le DSMIV-TR, avec une typologie des erreurs (ex : au plan phrastique « des phrases raccourcies, des structures grammaticales simplifiées, une limitation des types de structures grammaticales (ex., les formes des verbes), une limitation de propositions, des omissions de parties essentielles dans une phrase, l'emploi d'une succession inhabituelle de mots »). Certaines spécificités des troubles acquis étaient rapportées (âge de début, étiologies). Dans le DSM5, la description est plus concise, issue des éléments de la recherche sur les marqueurs morphologiques et syntaxiques [27] (« les phrases sont plus courtes et moins complexes avec des erreurs grammaticales spécialement sur le past-tense » en anglais). Les difficultés mnésiques dont la mémoire phonologique de travail et immédiate (« difficultés à retenir les nouveaux mots et phrases, à suivre les consignes longues, à retenir des séquences phonologiques nouvelles, à récupérer l'information verbale ex : se souvenir d'un numéro de téléphone d'une liste de course ») sont citées.

De la même façon, la description du trouble phonologique qualitative et « clinique » est réduite par rapport au DSM IV-TR au profit d'un tableau plus synthétique.

Pour la première description dans le DSM du trouble de la communication sociale (et pragmatique) quatre axes sont dégagés pour regrouper les particularités sémiologiques non secondaires à un trouble structurel du langage (même si une comorbidité n'est pas exclue) :

- l'usage de la communication dans sa dimension sociale de manière appropriée au contexte social (remerciement, partage d'information) ;
- l'ajustement à l'interlocuteur (contenu, forme) ;
- les règles conversationnelles narratives, régulation de l'interaction ;
- les difficultés de compréhension de ce qui n'est pas explicite (inférences, idiomes, humour, métaphores etc.).

Le trouble de la communication sociale (et pragmatique) est défini comme un trouble qui atteint l'ensemble de ces quatre dimensions de façon persistante. On ne dispose pas d'éléments sur le niveau de corrélation qui unit ces facteurs et pourrait en faire un construit unitaire.

Pour chacun des troubles, la notion de trajectoire développementale dans une perspective « au long cours » est déclinée, la persistance et le retentissement tout au long de la vie sont explicites, les paramètres servant à mesurer le retentissement dans la vie quotidienne plus détaillés, les facteurs prédictifs ou pronostiques dégagés.

Concernant la trajectoire développementale pour les TL, il est rappelé que la stabilité de l'existence du trouble est d'autant plus avérée que le trouble est persistant à quatre ans. Avant quatre ans, il existe une grande variabilité interindividuelle non prédictive du devenir. Dans la littérature, chez les très jeunes enfants l'instabilité est relativement bien documentée et la difficulté de prédire le devenir des « parleurs tardifs » (« late talkers »

en anglais) reconnue en raison de la grande variabilité dans les rythmes d'acquisition [51].

Les retentissements et leur présence à l'âge adulte sont bien rapportés, même si le *pattern* qualitatif de l'atteinte langagière peut changer au cours du temps. Cette dernière remarque du DSM5 fait référence à la notion de variabilité développementale qui a émergé suite à l'étude longitudinale de Conti-Ramsden et Botting [38] et Conti-Ramsden et al. [39].

Les retentissements dans la communication et/ou dans la participation sociale, et/ou dans la réussite académique, et/ou dans la performance au travail font partie des critères diagnostiques. Beaucoup d'études ont démontré les conséquences réelles et/ou ressenties d'un trouble du langage sur les relations sociales avec les pairs [52,53], sur la réussite scolaire [54], sur les apprentissages [55], dont le langage écrit [12,56] ou les acquisitions mathématiques [57].

Pour les TPP, comme pour le trouble de la communication sociale (et pragmatique), la variabilité des devenirs ainsi que quelques éléments pronostiques sont pointés.

8. Conclusion

Les évolutions les plus saillantes du DSM5 concernent les troubles du langage considérés comme troubles du neurodéveloppement, avec introduction du concept indissociable de parcours développemental et les chevauchements neurodéveloppementaux avec les troubles du spectre autistique. S'il est nécessaire que ces chevauchements soient reconnus, il semble pour autant qu'il ne faille pas démissionner sur la caractérisation précise de ces cooccurrences et la compréhension de la complexité étiopathogénique des troubles du langage oral idiopathiques. Une modélisation et une classification est un outil permettant une approche conceptuelle mais comporte une vision simplifiée voire artificielle du réel qui rend difficilement compte de la complexité d'un trouble.

Cette étape de description des changements du DSM5 nous est apparue être un préalable indispensable. Une seconde étape est désormais nécessaire, plus analytique par des études approfondies de la fiabilité et de la validité de l'outil. Le recul de la pratique en clinique et en recherche associé à une démarche critique éclairée par les avancées des neurosciences, permettront de tendre vers une utilisation prudente et critique du DSM pour servir la description du réel. Il est, comme tout test ou manuel nosographique, soumis au principe de précaution qui s'impose à toute utilisation d'outil dans le champ des Sciences Médicales et Humaines en général et dans le diagnostic des TSLO en particulier.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Schwartz RG. *Specific language impairment. Handbook of child language disorders*. New York and Hove: Psychology Press; 2009. p. 3–43.

- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5) Washington DC, London, England: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- [3] American Psychiatric Association; 2013, www.dsm5.org.
- [4] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e éd. Paris: Masson; 2003 [Texte révisé].
- [5] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015 [DSM-5, traduit par M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi].
- [6] Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification internationale des maladies. 10^e révision. Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2000.
- [7] Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification internationale des maladies. 10^e révision. Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Pull. Issy-les-Moulineaux: Masson; 1994.
- [8] Powell R, Bishop DVM. Clumsiness and perceptual problems in children with specific language impairment. *Dev Med Child Neurol* 1992;34:755–65.
- [9] Hill EL. Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *Int J Lang Com Disord* 2001;36:149–71.
- [10] Zardini G. Specific language impairment: definition and diagnostic criteria. Language: normal and pathological development, Mariani Foundation Paediatric Neurology 16. Montrouge: John Eurotext; 2006. p. 207–17.
- [11] Flapper BC, Schoemaker MM. Developmental coordination disorder in children with specific language impairment: co-morbidity and impact of quality of life. *Res Dev Disabil* 2013;34:756–63.
- [12] McGrath LM, Hutaff-Lee C, Scott A, Boada R, Shriberg LD, Pennington BF. Children with comorbid speech sound disorder and specific language impairment are at increased risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnormality Children Psychol* 2008;36:151–63.
- [13] McArthur GM, Hogben JH, Edwards VT, Heath SM, Mengler ED. On the “Specific” of specific reading disability and specific language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:869–74.
- [14] American Speech-Language-Hearing Association ASHA’s recommended revisions to the DSM-5; 2012, www.asha.org/uploadedFiles/DSM-5-Final-Comments.pdf.
- [15] Shriberg LD. Childhood speech sound disorders: from postbehaviorism to the postgenomic era. Speech sound disorders in children, in honor of Lawrence D. Shriberg. San Diego, Oxford, Brisbane: Plural Publishing; 2010. p. 1–33.
- [16] Verdon S, McLeod S, Wong S. Reconceptualizing practice with multilingual children with speech sound disorders: people, practicalities and policy. *Int J Lang Com Disord* 2015;50:48–62.
- [17] Tomblin JB, Hafeman M, O’Brien M. Autism and autism risk in siblings of children with specific language impairment. *Int J Lang Com Disord* 2003;38:235–50.
- [18] Bacon C, Rappold GA. The distinct and overlapping phenotypic spectra of FOXP1 and FOXP2 in cognitive disorders. *Hum Gen* 2012;131:1687–98.
- [19] Newbury DF, Francesca M, Akha ES, Masdermot KD, Caninato R, Monaco AP, et al. Dual copy number variants involving 16p11 and 6q22 in a case of childhood apraxia of speech and pervasive developmental disorders. *Eur J Hum Gen* 2012;21:361–5.
- [20] Raca G, Baas BS, Kirmani S, Laffin JJ, Jackson C, Strand EA, et al. Childhood Apraxia of Speech (CAS) in two patients with 16p11.2 microdeletion syndrome. *Eur J Hum Gen* 2013;21:455–9.
- [21] Hodge SM, Makris N, Kennedy DN, Caviness VS, Howard J, McGrath L, Steele S, Frazier JA, Tager-Flusberg H, Harris GJ. Cerebellum, language, and cognition in autism and specific language impairment. *J Autism Dev Disord* 2010;40:300–16.
- [22] Bishop DVM. Overlaps between Autism and Language Impairment: Phenimicry or Shared Etiology? *Behavior Gen* 2010;40:618–29.
- [23] Peñagarikano O, Geschwind DH. What does CNTNAP2 reveal about autism spectrum disorder? *Trends Mol Med* 2012;18:156–63.
- [24] Kjelgaard MM, Tager-Flusberg H. An investigation of language impairment in autism: implications for genetic subgroups. *Lang Cogn Proc* 2001;16:287–308.
- [25] Tager-Flusberg H, Joseph RM. Identifying neurocognitive phenotypes in autism. *Phil Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2003;358:303–14.
- [26] Bishop DVM, Whitehouse AJO, Watt HJ, Line EA. Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Dev Med Child Neurol* 2008;50:341–5.
- [27] Roy P, Chiat S. Developmental pathways of language and social communication problems in 9–11 year olds: unpicking the heterogeneity. *Res Dev Disabil* 2014;35:2534–46.
- [28] Leonard LB. Children with Specific Language Impairment. 2nd ed. Cambridge: MIT Press; 2014.
- [29] Bishop DVM. Specific language impairment: diagnosis dilemmas. Classification of developmental language disorders: theoretical issues and clinical implications. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2004. p. 309–26.
- [30] Dunn M, Flax J, Sliwinski M, Aram D. The use of spontaneous language measures as criteria for identifying children with specific language impairment: an attempt to reconcile clinical and research incongruence. *J Speech Lang Hear Res* 1996;39:343–54.
- [31] Leonard LB. Children with Specific Language Impairment. Cambridge: MIT Press; 1998.
- [32] Spaulding TJ, Plante E, Farinella KA. Eligibility criteria for language impairment: is the low end of normal always appropriate? *Lang Speech Hear Serv Sch* 2006;37:61–72.
- [33] Rice ML. Grammatical symptoms of specific language impairment. Speech and language impairments. Children: causes, characteristics, intervention and outcome. Hove: Psychology Press; 2000. p. 17–34.
- [34] Spaulding TJ, Swartwout SM, Figueroa C. Using norm-referenced tests to determine severity of language impairment in children: disconnect between U.S. policy markers and test developers. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2012;43:176–90.
- [35] Spaulding TJ. Comparison of severity ratings on norm-referenced tests for children with specific language impairment. *J Com Disord* 2012;45:59–68.
- [36] Pennington BF, Bishop DVM. Relations among Speech, Language and Reading Disorders. *Ann Rev psychology* 2009;60:283–306.
- [37] Sices L, Taylor HG, Freebairn L, Hansen A, Lewis B. Relationship between speech-sound disorders and early literacy skills in preschool-age children: impact of comorbid language impairment. *J Dev Behav Ped* 2007;28:438–47.
- [38] Nickisch A, Von Kries R. Short-term memory (STM) constraints in children with Specific Language Impairment (SLI): are there differences between receptive and expressive SLI? *J Speech Lang Hear Res* 2009;52:578–95.
- [39] Conti-Ramsden G, Botting N. Classification of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1999;42:1195–204.
- [40] Conti-Ramsden G, Crutchley A, Botting N. The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997;40:765–77.
- [41] Leonard LB. Is expressive language disorder an accurate diagnostic category? *Am J Speech Lang Pathol* 2009;18:115–23.
- [42] Pascoe M, Stackhouse J, Wells B. Persisting Speech difficulties in children. Children’s Speech and literacy difficulties. England: John Wiley; 2006.
- [43] Waring R, Knight R. How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. *Int J Lang Com Disord* 2013;48:25–40.
- [44] Schelstraete MA. Troubles phonologiques : évaluation. Traitement du langage oral chez l’enfant, interventions et indications cliniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. p. 57–90.
- [45] Rapin I, Allen DA. Developmental language disorders: nosologic considerations. Neuropsychology of language reading and spelling. New York: Academic Press; 1983. p. 155–84.
- [46] Ketelaars MP, Hermans SIA, Cuerus J, Jansonius K, Verhoeven L. Semantic abilities in children with Pragmatic Language Impairment: the case of picture naming skills. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54:87–98.
- [47] Bishop DVM. Pragmatic language impairment: a correlate of specific language impairment, a distinct subgroup or part of the autistic continuum?

- Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome. Hove: Psychology Press; 2000. p. 99–113.
- [48] Bishop DVM, Norbury CF. Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:917–29.
- [49] Wetherell D, Botting N, Conti-Ramsden G. Narrative in adolescent specific language impairment: a comparison with peers across two different narrative genres. *Int J Lang Com Disord* 2007;42:583–605.
- [50] Befi-Lopes DM, Bento AC, Perissinoto J. Narration of stories by children with specific language impairment. *Pro-Fono revista de Atualização Científica* 2008;20:93–108.
- [51] Everitt A, Hannaford P, Conti-Ramsden G. Markers for persistent specific expressive delay in 3–4 year olds. *Int J Lang Com Disord* 2013;48:534–53.
- [52] Conti-Ramsden G, Mok PHL, Pickles A, Durkin K. Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): strengths and difficulties in social emotional and behavioural functioning. *Res Dev Disabil* 2013;34:4161–9.
- [53] Mok PL, Pickles A, Durkin K, Conti-Ramsden G. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:516–26.
- [54] Durkin K, Simkin Z, Knox E, Conti-Ramsden G. Specific language impairment and school outcomes. II: Educational context, student satisfaction, and post-compulsory progress. *Int J Lang Com Disord* 2009;44:36–55.
- [55] Conti-Ramsden G, Durkin K, Simkin Z, Knox E. Specific language impairment and school outcomes. I: identifying and explaining variability at the end of compulsory education. *Int J Lang Com Disord* 2009;44:15–35.
- [56] Simkin Z, Conti-Ramsden G. Evidence of reading difficulty in subgroups of children with specific language impairment. *Child Lang Teach Therapy* 2006;22:315–31.
- [57] Cowan R, Donlan C, Newton EJ, Lloyd D. Number skills and knowledge in children with specific language impairment. *J Educ Psychol* 2005;97:732–44.