

 **Enfants d’âge préscolaire évalués en psychiatrie : l’inquiétude parentale concernant le langage dépend-elle de la sévérité des atteintes expressives et réceptives?**

 **Preschool Children Assessed in Psychiatry: Does Parental Concern About Language Depend on the Severity of Expressive and Receptive Deficits?**

MOTS-CLÉS
ENFANTS D’ÂGE PRÉSCOLAIRE
TROUBLE DU LANGAGE
PSYCHIATRIE
INQUIÉTUDE PARENTALE
ATTEINTES EXPRESSIVES
ATTEINTES RÉCEPTIVES
PROFILS LANGAGIERS

Nicole Smolla  
 Marie-Julie Béliveau  
 Chantale Breault  
 Raphaële Noël  
 Alain Lévesque  
 Guylaine Gagné  
 Claude Berthiaume  
 Véronique Martin

**Nicole Smolla**  
 CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, installation Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, QC, CANADA

**Marie-Julie Béliveau**  
 Université de Montréal, Montréal, QC, CANADA

**Chantale Breault**  
 CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, installation Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, QC, CANADA

**Raphaële Noël**  
 Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, CANADA

**Alain Lévesque, Guylaine Gagné, Claude Berthiaume et Véronique Martin**  
 CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, installation Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, QC, CANADA

**Abrégé**

Même s’il est reconnu que les troubles langagiers sont fréquents en pédopsychiatrie, un taux élevé d’entre eux demeure insoupçonné. La présente étude a évalué si l’inquiétude des parents concernant le langage de leur enfant, au moment d’une demande de services en psychiatrie, est liée à la sévérité des atteintes et à la prédominance, dans le profil langagier de l’enfant, d’une atteinte expressive ou réceptive. L’échantillon comportait 103 enfants âgés de trois à cinq ans, tous diagnostiqués avec un trouble du langage de type mixte réceptif/expressif (DSM-IV-TR). La sévérité des atteintes a été codifiée à partir des conclusions orthophoniques contenues dans les dossiers cliniques. Les troubles langagiers se sont avérés fréquents et sévères : 69,9% des enfants présentaient une atteinte expressive sévère et 53,4% présentaient une atteinte réceptive sévère. Tous les parents, sauf 11, s’inquiétaient à propos du langage. Les atteintes expressives des enfants dont les parents s’inquiétaient étaient plus sévères, comparativement à celles des enfants dont les parents ne s’inquiétaient pas. Toutefois, la sévérité des atteintes réceptives était équivalente dans les deux groupes. Un profil langagier où prédomine l’atteinte réceptive était plus fréquent chez les enfants dont les parents ne s’inquiétaient pas. Ces résultats suggèrent qu’un déficit expressif sévère est plus susceptible de susciter l’inquiétude parentale, tandis qu’un profil langagier où prédomine l’atteinte réceptive risque davantage de passer inaperçu aux yeux des parents. Bien que ce profil soit rare, ceci est préoccupant car la non-détection des difficultés de compréhension par l’entourage peut être très néfaste pour les enfants. Ces résultats préliminaires devront être répliqués à l’aide d’un échantillon plus important.

### Abstract

Despite the recognition that language disorders are frequent in child psychiatry, a high rate of them remains unsuspected. This study examined whether parental concern about their child's language at the time of request for psychiatric services is associated with the severity of expressive and receptive deficits. The predominance in the child's language profile of an expressive or receptive impairment was also examined. The sample comprised 103 children aged 3 to 5 years, all diagnosed with a mixed receptive/expressive language disorder (DSM-IV-TR). The severity of expressive and receptive deficits was coded by using the conclusions of the speech-language assessments contained in the clinical records. Language disorders in these children were frequent and severe: 69.9% had severe expressive impairment and 53.4% had severe receptive impairment. Although parents were overwhelmingly concerned about their child's language, a few ( $n = 11$ ) were not. Children whose parents were concerned about language had more severe expressive impairment. The two groups did not differ regarding the severity of receptive impairment. A profile where receptive impairment predominates was more frequent among children whose parents were not concerned about language. These results suggest that a severe expressive deficit was more likely to elicit parental concern, and a profile where receptive impairment predominates was more likely to be overlooked. Although such a profile is rare, this is worrying because the lack of detection of understanding difficulties by their family can be very harmful for these children. These preliminary results will need to be replicated with a larger sample.

La cooccurrence des troubles langagiers et des problèmes émotionnels et/ou comportementaux (problèmes E/C) chez les enfants d'âge scolaire a été abondamment étudiée dans les 30 dernières années (p. ex., Cohen, Davine et Meloche-Kelly, 1989; Kotsopoulos et Boodoosingh, 1987; Mack et Warr-Leeper, 1992; Maggio et al., 2014; Petersen et al., 2013). Une recension de la littérature effectuée par Benner, Nelson et Epstein (2002) a révélé qu'environ 71% des enfants référés en milieu d'intervention pour des problèmes E/C présentaient aussi des déficits langagiers cliniquement significatifs. Dans Smolla et al. (2015), 73,1% des enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie dans la région de Montréal présentaient des troubles langagiers, ce qui converge avec le taux établi dans la recension de Benner et al.

Ce taux de 71%, rapporté par Benner et al. (2002), paraît décuplé par rapport à la prévalence des retards langagiers chez les jeunes enfants de la population générale, estimée à environ 5,95% (Law, Boyle, Harris, Harkness et Nye, 2000). La grande majorité des études recensées, sinon la totalité, recommandent un dépistage systématique des déficits langagiers chez les enfants qui présentent des problèmes E/C, et ce, le plus tôt possible.

Cette recommandation prend pleinement son sens considérant le phénomène de sous-identification qui s'ajoute à l'importante cooccurrence observée entre les troubles langagiers et les psychopathologies. Dans une récente méta-analyse, Hollo, Wehby et Oliver (2014) ont estimé à 80,6% la fréquence de troubles langagiers insoupçonnés chez les enfants d'âge scolaire qui recevaient des services spécialisés en raison de leurs problèmes E/C. Or, la sous-identification des troubles langagiers peut s'avérer particulièrement préjudiciable au développement cognitif, émotionnel et social de ces enfants. Comment expliquer que des déficits langagiers passent inaperçus aux yeux des professionnels travaillant dans les milieux d'intervention? Ces déficits langagiers seraient-ils ignorés depuis la petite enfance?

Récemment, le U.S. Preventive Services Task Force (Siu, 2015) estimait que les données actuelles étaient insuffisantes pour conclure à l'efficacité et à l'efficacité des programmes de dépistage universel des déficits langagiers chez les enfants de moins de cinq ans. Dans un tel contexte, les parents sont souvent ceux qui détermineront le besoin de consultation de leur très jeune enfant. Or, pour entamer une recherche d'aide, il est crucial que les parents soient préoccupés par le développement langagier lorsqu'il y a effectivement un problème.

Dans l'étude précédente de Smolla et al. (2015), portant sur des enfants âgés de trois à cinq ans référés en psychiatrie, l'inquiétude parentale concernant le développement langagier avait été colligée au moment de la demande de services. Cette inquiétude s'était avérée sensible (88,5%) et spécifique (91,1%) quant à la présence d'un diagnostic psychiatrique de trouble du langage posé ultérieurement, à l'évaluation psychiatrique de l'enfant. Cependant, la valeur prédictive négative (VPN) de l'inquiétude parentale était de 74,5%, signifiant que pour 25,5% des parents non inquiets, l'enfant était ultérieurement diagnostiqué avec un trouble du langage. Comment l'expliquer?

La présente étude vise à vérifier, chez les enfants diagnostiqués avec un trouble du langage dans Smolla et al. (2015), si des caractéristiques langagières contribuent à expliquer pourquoi certains parents étaient inquiets à propos du langage de leur enfant, tandis que d'autres ne l'étaient pas alors qu'ils auraient dû l'être. Les caractéristiques examinées sont la sévérité des atteintes expressives et réceptives, de même que la prédominance, dans le profil langagier de l'enfant, d'une atteinte expressive ou réceptive. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à repérer, chez le jeune enfant, des caractéristiques du trouble du langage susceptibles de passer inaperçues aux yeux des parents et permettre de sensibiliser les professionnels à l'importance de ces caractéristiques.

### **Déficits langagiers insoupçonnés chez les enfants présentant des problèmes émotionnels et/ou comportementaux**

Dans une méta-analyse sur les déficits langagiers insoupçonnés chez les enfants qui reçoivent des services pour leurs problèmes E/C, Hollo et al. (2014) visaient à préciser l'ampleur du phénomène de sous-identification et à documenter la sévérité des atteintes expressives et réceptives des déficits langagiers insoupçonnés.

Pour sélectionner les études, les auteurs ont utilisé les critères suivants :

- Les participants, âgés de 5 à 13 ans, ne devaient jamais avoir été diagnostiqués avec un trouble du langage, avoir bénéficié de services orthophoniques ou audiolinguistiques, ou même, avoir été recrutés en raison de la suspicion d'un déficit langagier.
- Les participants ne devaient pas présenter d'antécédents neurologiques associés à des difficultés de langage ou d'apprentissage (p. ex., retard intellectuel ou développemental, trouble du

spectre de l'autisme [TSA], schizophrénie, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), ou encore, avoir un quotient intellectuel (QI) inférieur à 80.

- Les études devaient fournir soit le nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic (retard, déficit ou trouble du langage) à la suite d'une évaluation du langage, soit les résultats des évaluations (rapportés en unités d'écart-types [ÉT] de la moyenne ou en scores standardisés).

Vingt-deux études répondant à ces critères ont été retenues. Parmi celles-ci, 13 ont été réalisées en milieu scolaire et neuf en milieu psychiatrique. Toutes ces études provenaient du monde anglo-saxon : cinq ont été réalisées en Ontario (toutes en milieu psychiatrique), une au Royaume-Uni et 16 aux États-Unis.

Afin de synthétiser les résultats hétérogènes rapportés par ces études, les auteurs ont défini une performance comme étant déficitaire lorsqu'elle se situait à au moins un écart-type ( $\geq 1 \text{ ÉT}$ ) sous la moyenne. Deux niveaux de sévérité ont été définis : « léger » ( $1 \geq \text{ÉT} < 2$  sous la moyenne) et « modéré/sévère » ( $\geq 2 \text{ ÉT}$  sous la moyenne). Lorsque seuls les diagnostics cliniques de trouble du langage étaient disponibles, ces troubles ont été considérés de niveau « modéré/sévère ».

Les résultats méta-analytiques de cette étude ont révélé que les déficits langagiers insoupçonnés étaient largement répandus chez les enfants qui reçoivent des services pour leurs problèmes E/C. La prévalence estimée d'un déficit langagier global ( $\geq 1 \text{ ÉT}$  sous la moyenne) se distribuait autour d'une moyenne de 80,6% (33,8% de ces déficits étaient considérés « légers » et 46,5% étaient considérés « modérés/sévères »). Quant à la nature des atteintes, la prévalence estimée d'un déficit expressif s'établissait à 85,7%. Pour le déficit réceptif, elle s'établissait à 64,8%. Le nombre d'échantillons et de participants variaient en fonction des analyses réalisées.

Ainsi, les déficits langagiers insoupçonnés seraient plus souvent de niveau « modéré/sévère » que « léger ». Les atteintes expressives seraient plus fréquentes que les atteintes réceptives. Cette prédominance d'atteintes expressives fait cependant controverse. Les enfants suivis dans les écoles seraient plus susceptibles de présenter des déficits langagiers où l'expressif est davantage atteint (Nelson, Benner et Cheney, 2005). Pour les enfants suivis en psychiatrie, ce sont les déficits langagiers de type mixte, impliquant la compréhension et le traitement du langage, qui seraient plus fréquents (Cantwell et Baker, 1991).

Comme la méta-analyse comportait des études réalisées dans ces deux types de milieux, elle ne permettait pas de résoudre cette controverse.

Cette méta-analyse, réalisée par Hollo et al. (2014), a exclu les études comportant des enfants de moins de cinq ans car, selon ces auteurs, les enfants ne sont généralement pas identifiés avec des problèmes E/C avant leur entrée à la maternelle ou à l'école primaire. Or, de nombreux milieux psychiatriques reçoivent des enfants d'âge préscolaire. De plus, une telle exclusion limite considérablement les connaissances sur les déficits langagiers insoupçonnés pour ce groupe d'âge, alors que le repérage et l'orientation vers les services scolaires adaptés devraient logiquement débuter à cette période (Parsons, Schoon, Rush et Law, 2011). En effet, l'identification des difficultés de développement chez les enfants d'âge préscolaire est primordiale, puisque leur plus grande plasticité cérébrale offre de meilleures possibilités de réponse aux interventions (Thomas et Karmiloff-Smith, 2002). De plus, le début de la scolarisation des enfants à risque peut être marqué par une augmentation appréciable de la psychopathologie, en particulier des problèmes de conduite (Cohen et Horodezky, 1998). Dans la présente étude, nous examinerons la sévérité des atteintes langagières chez des enfants âgés de trois à cinq ans référés en psychiatrie. Pour certains d'entre eux, les parents ne s'inquiétaient pas du développement langagier.

### Caractéristiques des enfants aux déficits langagiers insoupçonnés

Seules trois études, parmi celles de la méta-analyse de Hollo et al. (2014), ont comparé les enfants aux déficits langagiers connus et diagnostiqués à ceux dont les déficits étaient insoupçonnés. Ce sont celles de Cohen et ses collaborateurs (1989, 1993, 1998), réalisées en Ontario. Les comparaisons effectuées dans ces études visaient à comprendre pourquoi les déficits langagiers étaient insoupçonnés jusqu'à ce qu'une évaluation en révèle l'existence.

Dans Cohen, Davine, Horodezky, Lipsett et Isaacson (1993), les évaluations psychiatriques d'enfants âgés de 4 à 12 ans ont été retenues, sauf celles qui révélaient un QI non verbal inférieur à 80 ou des pathologies spécifiques (p. ex. troubles de la communication d'origine neurologique, pathologies neurosensorielles ou neuromotrices, perte auditive, autisme). Le langage des 399 enfants retenus a ensuite été évalué au moyen d'outils standardisés. Parmi les 288 enfants référés sur la seule base d'un motif psychiatrique, 78 (27,1%) ne présentaient aucune difficulté langagière tandis que 111 (38,5%) présentaient des déficits

langagiers déjà repérés et diagnostiqués (*Previously Identified Language Impairment* [PILI]). Les 99 autres (34,4%) présentaient des déficits langagiers cliniquement significatifs mais insoupçonnés jusqu'à ce qu'ils soient évalués dans le cadre de l'étude (*Unsuspected Language Impairment* [ULI]). Les chercheurs ont ensuite comparé les enfants ULI et PILI sur le plan de leurs caractéristiques langagières et comportementales.

Sur le plan langagier, 62,6% des enfants ULI présentaient un déficit « modéré » (scores  $\geq 2 \text{ ÉT}$  sous la moyenne dans un domaine ou scores  $\geq 1 \text{ ÉT}$  sous la moyenne dans deux domaines) et 37,4% présentaient un déficit « sévère » (au moins deux scores  $\geq 2 \text{ ÉT}$  sous la moyenne, à l'exception de la mémoire auditive). Chez les enfants PILI, cette distribution était inversée. En effet, 33,6% des enfants PILI présentaient un déficit « modéré », tandis que 46,4% présentaient un déficit « sévère ». La comparaison des groupes ULI et PILI a révélé une différence dans la distribution de ces catégories ( $p < 0,0001$ ). Notons que 20% des enfants PILI présentaient des déficits langagiers légers qui ne satisfaisaient pas les critères diagnostiques des chercheurs.

Cohen et al. (1993) ont ensuite vérifié si les groupes ULI et PILI présentaient la même répartition d'enfants ayant une atteinte mixte ou uniquement réceptive ou expressive. Les résultats ont montré que, parmi tous les enfants ayant un trouble langagier dans l'échantillon (c.-à-d., ULI + PILI,  $n = 210$ ), 44,5% présentaient une atteinte mixte, 34,9% une atteinte réceptive et 15,3% une atteinte expressive. Le pourcentage restant (5,3%) correspondait aux enfants PILI dont les déficits langagiers ne satisfaisaient pas les critères diagnostiques utilisés par les chercheurs. La comparaison des groupes ULI et PILI n'a révélé aucune différence dans la distribution de ces catégories. Soulignons que la stratégie utilisée par Cohen et al. (1993) ne pouvait rendre compte de la sévérité relative des atteintes expressives et réceptives dans les cas de troubles mixtes. Finalement, les enfants ULI affichaient une meilleure performance que les enfants PILI pour la syntaxe expressive ( $p < 0,02$ ), le vocabulaire expressif ( $p < 0,10$ ) et le vocabulaire réceptif ( $p < 0,10$ ), quoique les deux dernières différences n'atteignaient pas le seuil de signification fixé pour l'étude (c.-à.-d.,  $p < 0,05$ ).

Sur le plan comportemental, les enfants ULI ont obtenu une moyenne plus élevée à l'échelle de délinquance ( $p < 0,001$ ), s'avérant même les plus délinquants de tout l'échantillon selon les réponses parentales au *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach et Edelbrock, 1983).

Pour Cohen et al. (1993), la sous-identification des déficits langagiers résultait principalement du fait que ceux-ci étaient globalement moins sévères que les déficits langagiers déjà repérés et diagnostiqués. De plus, même si l'étude ne permettait pas de conclure qu'une prédominance réceptive ou expressive des déficits caractérisait un groupe d'enfants en particulier, les enfants ULI avaient tendance à formuler des phrases grammaticalement correctes plus facilement que les enfants PILI. Par ailleurs, le taux élevé de comportements perturbateurs – voire délinquants – parmi les enfants aux déficits insoupçonnés suggérait que leurs difficultés langagières avaient pu être mésinterprétées pour de l'inattention ou de l'opposition par l'entourage, augmentant par le fait même les risques d'interactions conflictuelles. Les comportements délinquants seraient identifiés par l'entourage comme la principale condition handicapante de l'enfant et masqueraient les déficits langagiers. Comme les problèmes de conduite s'accroissent souvent lors du passage à l'école pour les enfants à risque, les déficits langagiers continueraient de passer inaperçus. Ces hypothèses explicatives suggèrent qu'il est crucial de repérer les déficits langagiers insoupçonnés dès la période préscolaire, afin d'en diminuer les dommages collatéraux pour le devenir de l'enfant.

Seule l'étude de Cohen et al. (1993), parmi celles de la méta-analyse de Hollo et al. (2014), a examiné la répartition d'enfants ayant une atteinte mixte ou uniquement réceptive ou expressive. Conti-Ramsden (2013) a récemment proposé que les études cliniques devraient davantage considérer les profils langagiers individuels afin d'élucider les relations entre les problèmes E/C et les troubles langagiers. De plus, comme l'échantillon de Cohen et al. (1993) comportait très peu d'enfants âgés de quatre et cinq ans, la pertinence d'identifier des caractéristiques langagières associées à la sous-identification des déficits chez les enfants d'âge préscolaire demeure.

### Mesure de la sévérité des troubles langagiers

Pour mesurer la sévérité des troubles langagiers, les études incluses dans la méta-analyse de Hollo et al. (2014) ont utilisé une variété de stratégies. Certaines ont utilisé les résultats obtenus à un seul test, d'autres les résultats provenant de plusieurs tests pourvu que ces derniers soient normalisés. En effet, il peut être problématique de comparer les scores de tests qui ne sont pas normalisés (Hudry et al., 2010). Dans les études réalisées en milieu psychiatrique, la mesure de la sévérité des troubles langagiers se rapprochait plutôt de la méthode clinique. Par exemple, Giddan, Milling et Campbell (1996) ne se sont pas

uniquement appuyés sur l'interprétation des résultats à des tests normalisés, mais aussi sur des observations, des mises en situation, etc. En effet, l'ensemble de ces informations était combiné au jugement clinique afin de qualifier la parole et le langage comme étant « normaux » ou « déficitaires ». Cependant, cette stratégie ne permettait pas d'établir la sévérité relative des atteintes expressives et réceptives dans les cas de troubles mixtes.

Dans Smolla et al. (2015), le diagnostic d'un trouble de la communication à l'évaluation psychiatrique, majoritairement un trouble du langage de type mixte réceptif/expressif (American Psychiatric Association, 2000), a été utilisé comme critère externe pour établir la sensibilité (88,5%) et la spécificité (91,1%) de l'inquiétude des parents à propos du développement langagier de leur enfant. Bien qu'utile, cette stratégie ne permettait pas de qualifier la sévérité relative des atteintes expressives et réceptives.

### La conclusion orthophonique

L'étendue et la sévérité du trouble du langage doivent être précisées lors de la formulation d'une conclusion orthophonique (Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec [OOAQ], 2016). Selon les règlements sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'OOAQ (Éditeur officiel du Québec, 2015), la conclusion orthophonique doit faire partie de la synthèse des données relatives à l'évaluation. Elle doit préciser la problématique langagière, son niveau de sévérité, le contexte dans lequel cette problématique prend place, les facteurs de risque et de protection observés et l'impact actuel ou projeté sur le fonctionnement du client.

La conclusion orthophonique peut donc présenter un avantage en matière de validité pour qualifier la sévérité des atteintes expressives et réceptives puisqu'elle constitue la synthèse clinique la plus complète pour décrire le fonctionnement langagier de la personne évaluée. En effet, « l'orthophoniste se distingue par sa capacité à avoir une vision systémique de la communication, qui le ou la guide dans son évaluation des troubles du langage, de la parole et de la voix » (Office des professions du Québec, 2013).

À titre d'exemple, Thordardottir et al. (2011) ont utilisé le diagnostic clinique d'un trouble primaire du langage posé par un(e) orthophoniste membre de l'OOAQ, en tant que critère externe de validation dans une étude sur la sensibilité et la spécificité de différentes mesures à l'égard du trouble primaire du langage chez les enfants franco-québécois âgés de cinq ans.

Dans la présente étude, nous aurons recours à la conclusion orthophonique comme source d'information pour mesurer la sévérité des atteintes expressives et réceptives.

### Objectifs et hypothèses

Dans un échantillon psychiatrique d'enfants âgés de trois à cinq ans, tous diagnostiqués avec un trouble du langage, l'étude vise à vérifier si des caractéristiques langagières permettent de distinguer les parents inquiets à propos du développement langagier de leur enfant de ceux qui ne le sont pas. Ces caractéristiques sont la sévérité des atteintes expressives et réceptives, de même que la prédominance d'une atteinte expressive ou réceptive dans le profil langagier de l'enfant. Trois hypothèses sont proposées :

- *Hypothèse 1* : les enfants des parents inquiets présenteront des atteintes expressives et réceptives plus sévères que ceux des parents non inquiets.
- *Hypothèse 2* : les enfants des parents inquiets présenteront, en plus petite proportion que ceux des parents non inquiets, un profil où prédominent les atteintes réceptives (Profil 1).
- *Hypothèse 3* : les enfants des parents inquiets présenteront, en plus grande proportion que ceux des parents non inquiets, un profil où prédominent les atteintes expressives (Profil 2).

Les deux dernières hypothèses peuvent sembler redondantes en raison de leur formulation. Cependant, elles concernent des phénomènes dont les distributions s'avèrent indépendantes étant donné la présence d'un troisième profil, où les atteintes réceptives sont considérées aussi sévères que les atteintes expressives (Profil 3). Aucune hypothèse n'est posée quant à la proportion d'enfants des parents inquiets ou non inquiets qui présenteront le Profil 3.

À notre connaissance, aucune étude n'a examiné ces questions auprès d'enfants d'âge préscolaire référés en psychiatrie et aucune n'a utilisé la conclusion orthophonique comme source d'information pour mesurer la sévérité des déficits langagiers.

### Méthodologie

#### Participants et procédures

Les participants à cette étude ont consulté à la Clinique psychiatrique de la petite enfance (CPPE) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, entre 2006 et 2009. Cet établissement est maintenant intégré au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Pour consulter à la CPPE, les enfants devaient

avoir été référés par leur médecin alors qu'ils étaient âgés de moins de six ans pour obtenir une opinion psychiatrique. Lorsque des parents faisaient une demande d'évaluation pour leur enfant, des questionnaires leur étaient envoyés, dont le CBCL 1½-5 ans (Achenbach et Rescorla, 2000) et un questionnaire de préinscription permettant de recueillir des informations sur l'enfant et sa famille. À la réception des questionnaires complétés, une rencontre était fixée pour l'évaluation de l'enfant par le médecin-psychiatre. Les diagnostics psychiatriques, émis selon les critères du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), étaient ensuite enregistrés dans le dossier de l'enfant par les Archives cliniques de l'établissement. Pour étayer ou préciser ses diagnostics initiaux, le médecin-psychiatre pouvait acheminer des requêtes pour évaluations complémentaires aux professionnel(le)s de la CPPE (p. ex. : psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, nutritionniste, etc.).

Entre 2006 et 2009, 296 patients ont été évalués à la CPPE. Ceux-ci constituaient l'échantillon initial. Une autorisation accordée par le Comité d'éthique de la recherche (HRDP-#05-10A) et par la Direction des services professionnels de l'établissement a permis d'accéder aux 296 dossiers cliniques pour sélectionner l'échantillon final et recueillir les données. Les étapes de sélection sont décrites ci-après.

#### Âge de l'enfant et diagnostics psychiatriques initiaux.

Seuls les enfants âgés de 36 à 71 mois, au nombre de 237, ont été retenus. Ensuite, ceux ayant reçu à l'évaluation initiale le diagnostic psychiatrique d'un trouble de la communication, au nombre de 175, ont été retenus. Dans le DSM-IV-TR, les troubles de la communication comportent les diagnostics suivants : trouble du langage de type expressif, trouble du langage de type mixte réceptif/expressif, trouble phonologique, bégaiement et trouble de la communication non spécifié. Le diagnostic de bégaiement n'a pas été conservé, à moins d'être associé à un trouble du langage. Trente enfants également diagnostiqués avec un TSA, un syndrome de Rett ou un retard global de développement ont été exclus. À cette étape, l'échantillon comportait 145 enfants.

**Inquiétude parentale à propos du développement langagier et diagnostics psychiatriques finaux.** Pour mesurer l'inquiétude parentale à propos du développement langagier de leur enfant, la réponse à une question contenue dans le *Language Development Survey* (LDS; Rescorla, 1989), qui était intégré au même feuillet que le CBCL 1½-5 ans (Achenbach et Rescorla, 2000), a été utilisée : « Avez-vous des inquiétudes concernant le

développement du langage chez votre enfant? (réponse oui/non) ». Tout comme le CBCL, le LDS a fait l'objet d'une étude de validation (Rescorla et Alley, 2001), mais les auteures n'ont publié aucune directive ou donnée générée par cette question du LDS jusqu'à présent. L'examen des 145 dossiers a révélé que 23 parents avaient omis de répondre à cette question, réduisant l'échantillon à 122.

Les diagnostics psychiatriques finaux ont ensuite été vérifiés dans les dossiers. À la lumière des évaluations complémentaires, le médecin-psychiatre a révisé son diagnostic pour neuf enfants. Pour trois autres, les évaluations complémentaires n'ont pas confirmé le diagnostic de trouble de la communication. Pour deux des enfants diagnostiqués avec un trouble phonologique uniquement, aucune requête en orthophonie n'a été formulée. Pour quatre autres enfants, les parents ont abandonné le suivi. L'échantillon final comporte 104 enfants, tous diagnostiqués avec un trouble du langage de type mixte réceptif/expressif confirmé par une évaluation orthophonique.

#### Instruments et variables

##### Grille de codification des conclusions orthophoniques.

Les orthophonistes sont de plus en plus sensibilisés aux pièges reliés à l'utilisation des tests normalisés, surtout lorsqu'il est question de traductions ou d'adaptations (Lefebvre et Trudeau, 2005). Les tests traduits ou adaptés font néanmoins partie de la pratique clinique au Québec, où les outils validés ou normalisés en franco-québécois pour l'évaluation du langage des enfants sont rares (sept outils recensés de 1980 à 2014) et limités à certaines tranches d'âge ou à des composantes spécifiques (Monetta et al., 2016).

Durant la période concernée pour notre étude (2006-2009), une dizaine de tests étaient utilisés à la CPPE. Certains visaient l'évaluation globale de la compréhension et de l'expression, alors que d'autres concernaient des composantes spécifiques du langage (p. ex. : vocabulaire, concepts linguistiques, phonologie, morphosyntaxe, narration). La majorité de ces tests ayant été développés dans une autre langue et normalisés auprès d'une population pédiatrique autre que franco-québécoise (Béliveau, Smolla, Breault et Lévesque, 2014), les résultats obtenus n'ont pu que contribuer partiellement à l'établissement de la conclusion orthophonique, notamment en ce qui concerne la sévérité des atteintes relevées. Les limites relatives aux qualités métriques des données objectives sont tempérées du fait que l'orthophoniste doit tenir compte d'autres dimensions pour formuler une conclusion orthophonique, comme de ses

observations cliniques et des informations rendant compte de la capacité de l'enfant à actualiser sa compétence langagière dans une variété de contextes.

Afin de rendre le libellé des conclusions orthophoniques utilisable dans le cadre de l'étude, quatre orthophonistes œuvrant à l'établissement ont conçu une grille de codification des conclusions orthophoniques. Visant à refléter l'ensemble des jugements cliniques pouvant se trouver dans les rapports orthophoniques, cette grille comporte six niveaux de sévérité : (1) « dans les limites de la normale », (2) « léger », (3) « léger à modéré », (4) « modéré », (5) « modéré à sévère » et (6) « sévère ».

En l'absence de guide précis dans la littérature concernant la définition des niveaux de sévérité, les orthophonistes sont arrivés à un consensus concernant leur signification clinique. Chaque niveau a donc été assorti d'une définition (tableau 1) qui s'appuyait sur trois éléments : (1) les données objectives interprétées avec précaution, résultant des tests standardisés employés, (2) les observations faites par l'orthophoniste, relatives aux outils non standardisés et à la performance en situations réelles, et (3) l'évaluation du niveau de handicap, tenant compte des facteurs de risque et des facilitateurs dans l'environnement de l'enfant relevés lors de l'anamnèse (p. ex. en entrevues, avec des questionnaires destinés aux

Tableau 1. Scores de sévérité de la grille de codification des conclusions orthophoniques.

Score	Description du niveau	Composantes
1	« Dans les limites de la normale »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données objectives dans les limites de la normale (basse moyenne ou supérieur)</li> <li>Particularités langagières dans un contexte de comorbidités</li> <li>Pas de handicap – fonctionnement socio-communicatif et réflexif adéquat pour l'âge, variété de contexte</li> </ul>
2	« Léger »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte objective, rangs centiles : entre 10<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> rang centile, entre -1 écart-type et -1,5 écart-type</li> <li>Résultats aux tests standardisés dans la moyenne, mais des observations cliniques/informelles/subjectives en faveur de difficultés légères</li> <li>Hétérogénéité des résultats/difficultés ciblées dans certaines tâches plus complexes (p. ex. : habiletés discursives)</li> <li>Handicap jugé léger</li> </ul>
3	« Léger à modéré »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hétérogénéité des résultats : certains résultats au niveau de l'atteinte légère et d'autres au niveau de l'atteinte modérée</li> </ul>
4	« Modéré »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte objective, rangs centiles : entre 2<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> rang centile, entre -1,5 écart-type et -2 écarts-types</li> <li>Certains résultats aux tests standardisés sont meilleurs, mais des observations cliniques/informelles/subjectives en faveur de difficultés plus importantes ou se manifestant dans des tâches plus complexes</li> <li>Handicap jugé modéré</li> </ul>
5	« Modéré à sévère »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hétérogénéité des résultats : certains résultats au niveau de l'atteinte modérée et d'autres au niveau de l'atteinte sévère</li> </ul>
6	« Sévère »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte objective, rangs centiles : inférieur au 2<sup>e</sup> rang centile, sous -2 écarts-types</li> <li>Certains résultats aux tests standardisés sont meilleurs, mais des observations cliniques/informelles/subjectives en faveur de difficultés plus importantes ou se manifestant dans des tâches plus complexes</li> <li>Handicap jugé sévère</li> </ul>

parents et aux éducateurs). Les composantes énoncées dans le tableau 1 pour chaque niveau sont inter-reliées; elles n’avaient pas à être toutes présentes pour établir le niveau de sévérité. L’intention des conceptrices de la grille était de s’entendre sur le sens véhiculé par chacun des niveaux de sévérité pouvant se retrouver dans une conclusion orthophonique.

Une assistante de recherche a extrait manuellement les libellés des conclusions orthophoniques des 104 dossiers cliniques. Deux orthophonistes et une deuxième assistante de recherche, aveugles aux dossiers cliniques des patients et aux autres informations les concernant, ont codifié de façon indépendante les 104 conclusions orthophoniques. Deux scores de sévérité (étendue : 1 à 6) ont été accordés : l’un pour les atteintes du langage expressif et l’autre

pour les atteintes du langage réceptif. Sur 208 scores possibles, un accord inter-juges de 93,7% a été obtenu. Les désaccords ont été résolus par consensus entre les deux orthophonistes. Les désaccords comportaient notamment le cas d’un enfant dont la conclusion orthophonique était particulièrement hétérogène. Considérant les critères de la grille, les deux orthophonistes ont déclaré que ce dossier était impossible à codifier, ce qui a réduit l’échantillon final à 103 enfants.

Les réponses des parents à la question du LDS sur l’inquiétude parentale concernant le développement langagier a permis de créer deux groupes : les parents inquiets (I; n = 92) et les parents non inquiets (N-I; n = 11). Le tableau 2 rapporte la distribution des caractéristiques sociodémographiques et familiales dans l’échantillon

**Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et familiales dans l’échantillon total et test exact de Fisher sur les différences de proportions entre parents inquiets et non inquiets**

Variables	Échantillon total (N = 103)		Parents inquiets (n = 92)		Parents non inquiets (n = 11)		Test exact de Fisher
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p <sup>1</sup>
Âge							0,12
3 ans (36 à 47 mois)	42	(40,8)	39	(42,4)	3	(27,3)	
4 ans (48 à 59 mois)	34	(33,0)	32	(34,8)	2	(18,2)	
5 ans (60 à 71 mois)	27	(26,2)	21	(22,8)	6	(54,5)	
Sexe							1,00
Garçon	80	(77,7)	71	(77,2)	9	(81,8)	
Fille	23	(22,3)	21	(22,8)	2	(18,2)	
Fratrie							0,72
Enfant unique	24	(23,3)	21	(22,8)	3	(27,3)	
Toute autre situation	79	(76,7)	71	(77,2)	8	(72,7)	
Structure familiale (n = 102)							1,00
Famille biparentale	77	(75,5)	68	(74,7)	9	(81,8)	
Famille monoparentale	19	(18,6)	17	(18,7)	2	(18,2)	
Toute autre situation	6	(5,9)	6	(6,6)	-	-	

Scolarité de la mère ( $n = 93$ )							0,74
≤ Secondaire V	34	(36,6)	31	(37,8)	3	(27,3)	
Postsecondaire	59	(63,4)	51	(62,2)	8	(72,7)	
Pays de naissance de la mère ( $n = 96$ )							1,00
Canada	54	56,2	48	56,5	6	54,5	
Autre pays	42	43,8	37	43,5	5	45,5	
Langues parlées à la maison ( $n = 101$ )							1,00
Unilingue français	52	(51,5)	46	(51,1)	6	(54,5)	
Bi/multilingue	49	(48,5)	44	(48,9)	5	(45,5)	
Antécédents familiaux de retard langagier ( $n = 100$ )							0,30
Présence	41	(41,0)	39	(42,9)	2	(22,2)	
Absence	59	(59,0)	52	(57,1)	7	(77,8)	

Note. <sup>1</sup>Signification exacte bilatérale

total et dans les deux groupes. Aucune des caractéristiques retenues ne permet de différencier les deux groupes.

**Sévérité des déficits expressifs et réceptifs.** Les scores de sévérité (étendue : 1 à 6) de la grille de codification des conclusions orthophoniques ont permis de générer des fréquences par niveau de sévérité et des scores moyens de sévérité pour les atteintes expressives et réceptives, distinctement.

**Profil langagiers.** À partir des scores de sévérité, une variable représentant la prédominance d'une atteinte langagière sur l'autre a été créée. Les catégories de cette variable s'opérationnalisent ainsi :

- Profil 1 : sévérité de l'atteinte réceptive > sévérité de l'atteinte expressive (atteinte réceptive prédominante);
- Profil 2 : sévérité de l'atteinte expressive > sévérité de l'atteinte réceptive (atteinte expressive prédominante);
- Profil 3 : sévérité de l'atteinte expressive = sévérité de l'atteinte réceptive (sévérité équivalente pour l'atteinte réceptive et expressive).

Pour les Profils 1 et 2, l'écart entre les scores de sévérité

doit être d'au moins un (1) rang sur l'échelle (étendue des scores : 1 à 6).

En raison de la petite taille du groupe de parents non inquiets ( $n = 11$ ), le test non paramétrique *U* de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer, entre les deux groupes, les rangs moyens des scores de sévérité obtenus pour les atteintes expressives et réceptives. Le test exact de Fisher (signification bilatérale) a été utilisé pour les analyses de différences de proportions.

## Résultats

### Sévérité des atteintes expressives et réceptives

Dans l'échantillon total, la majorité des enfants présentent un trouble du langage considéré sévère, tant pour le volet expressif (69,9%) que réceptif (53,4%; tableau 3). Ces taux attestent de la lourdeur des difficultés langagières manifestées par ces enfants.

Selon la première hypothèse, les enfants des parents inquiets (I) présenteront des atteintes expressives et réceptives plus sévères que celles des enfants des parents non inquiets (N-I). Cette hypothèse est partiellement

Tableau 3. Fréquences des scores de sévérité pour les atteintes expressives et réceptives, dans l'échantillon total et dans les groupes de parents inquiets et non inquiets

Scores de sévérité	Échantillon total (N = 103)		Parents inquiets (n = 92)		Parents non inquiets (n = 11)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Atteintes expressives						
Score 1 – Limites de la normale	3	(2,9)	2	(2,2)	1	(9,1)
Score 2 – Léger	2	(1,9)	2	(2,2)	-	-
Score 3 – Léger à modéré	5	(4,9)	3	(3,3)	2	(18,2)
Score 4 – Modéré	17	(16,5)	14	(15,2)	3	(27,3)
Score 5 – Modéré à sévère	4	(3,9)	4	(4,3)	-	-
Score 6 – Sévère	72	(69,9)	67	(72,8)	5	(45,5)
Atteintes réceptives						
Score 1 – Limites de la normale	9	(8,7)	9	(9,8)	-	-
Score 2 – Léger	5	(4,9)	4	(4,3)	1	(9,1)
Score 3 – Léger à modéré	3	(2,9)	2	(2,2)	1	(9,1)
Score 4 – Modéré	18	(17,5)	15	(16,3)	3	(27,3)
Score 5 – Modéré à sévère	13	(12,6)	11	(12,0)	2	(18,2)
Score 6 – Sévère	55	(53,4)	51	(55,4)	4	(36,4)

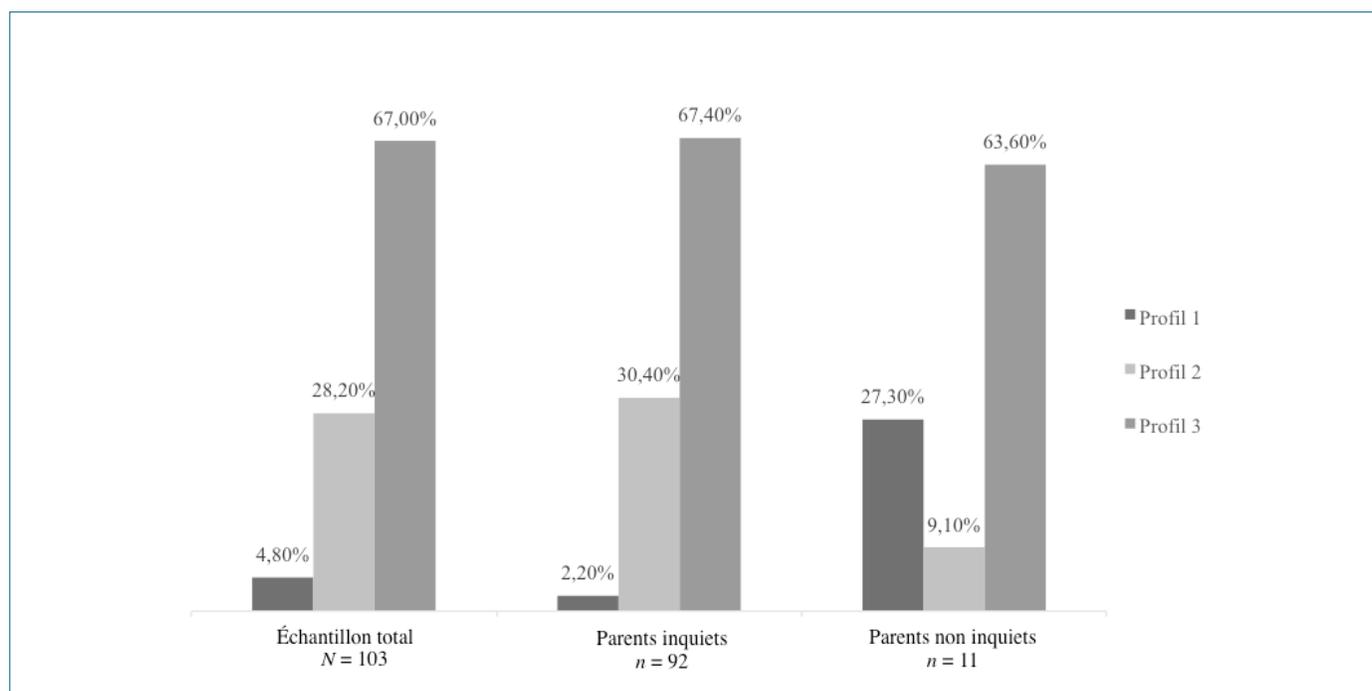
appuyée. Selon le test non paramétrique de Mann-Whitney, le groupe I présente une moyenne pour les atteintes expressives (5,36,  $ÉT = 1,2$ ) significativement plus élevée que celle du groupe N-I (4,45,  $ÉT = 1,7$ ) ( $U = 346,5$ ,  $n_1 = 92$ ,  $n_2 = 11$ ,  $p = 0,04$ , bilatérale). Les moyennes des deux groupes pour les atteintes réceptives (groupe I : 4,83,  $ÉT = 1,7$ ; groupe N-I : 4,64,  $ÉT = 1,4$ ) ne se distinguent pas ( $U = 429,5$ ,  $n_1 = 92$ ,  $n_2 = 11$ ,  $p = 0,38$ , bilatérale). Les médianes des scores de sévérité indiquent qu'au moins 50% des enfants du groupe I présentent des atteintes expressives et réceptives « sévères » (médianes à 6,00). Ceci contraste avec les enfants du groupe N-I où au moins 50% d'entre eux présentent des atteintes expressives « modérées »

(médiane à 4,00) et des atteintes réceptives « modérées à sévères » (médiane à 5,00).

### Profils langagiers

Tels que définis précédemment, dans le Profil 1, l'atteinte réceptive prédomine, tandis que dans le Profil 2, l'atteinte expressive prédomine. Dans le Profil 3, la sévérité des atteintes est considérée comme équivalente. La figure 1 illustre la distribution des profils dans l'échantillon total et dans les deux groupes. Le Profil 1 s'avère rare, 4,8% des enfants présentant ce profil. Le Profil 2 caractérise 28,2% des enfants. Le Profil 3 est le plus fréquent et caractérise 67% des enfants.

Figure 1. Fréquences des profils langagiers des enfants dans l'échantillon total et dans les groupes de parents inquiets et non inquiets



Note. Test exact de Fisher (signification bilatérale) sur les différences de proportions entre les groupes de parents inquiets et non inquiets : (9,363,  $p = 0,007$ ); Profil 1 = atteinte réceptive prédominante; Profil 2 = atteinte expressive prédominante; Profil 3 = sévérité équivalente pour l'atteinte réceptive et expressive.

Selon la deuxième hypothèse, les enfants des parents inquiets présenteront, en plus petite proportion que ceux des parents non inquiets, un profil où l'atteinte réceptive prédomine (Profil 1). Selon la troisième hypothèse, les enfants des parents inquiets présenteront, en plus grande proportion que ceux des parents non inquiets, un profil où l'atteinte expressive prédomine (Profil 2).

Seulement deux enfants (2,2%) des parents inquiets présentent le Profil 1, versus trois enfants (27,3%) des parents non inquiets. Vingt-huit enfants (30,4%) des parents inquiets présentent le Profil 2, versus un enfant (9,1%) des parents non inquiets. Le Profil 3 caractérise la majorité de l'échantillon et sa répartition s'avère équivalente dans les deux groupes (64,7% et 63,6%, respectivement). Ces résultats vont dans le sens des hypothèses 2 et 3. Par ailleurs, le test exact de Fisher ( $p = 0,007$ , signification bilatérale) indique qu'il y a une association entre la distribution des enfants en fonction des trois profils et de l'inquiétude parentale. L'examen des résidus ajustés révèle que les pourcentages observés sont statistiquement différents des pourcentages attendus concernant le Profil 1, ce qui confirme l'hypothèse 2. Pour le Profil 2 (hypothèse 3), bien que les pourcentages observés aillent dans le sens de

l'hypothèse, les résidus ajustés sont cependant insuffisants pour conclure à une différence statistique.

Quelles pourraient être les raisons qui ont amené les parents non inquiets concernant le développement langagier de leur enfant à consulter la CPPE? Comme ces derniers sont peu nombreux ( $n = 11$ ), des données qualitatives individuelles peuvent offrir des pistes à cet égard. Un tableau placé en annexe (voir Annexe 1) rapporte, pour chaque enfant du groupe N-I, le profil langagier, ainsi que le motif de référence du médecin consulté par les parents et qui les avait orientés vers la CPPE. Le tableau rapporte également les réponses des parents de ce groupe à deux questions ouvertes du questionnaire CBCL 1½-5 ans complété au moment de leur demande de services à la CPPE : (1) qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre enfant? (2) qu'est-ce qui est le plus positif à propos de votre enfant? Finalement, le libellé de la conclusion orthophonique et les scores de sévérité accordés y sont présentés.

En résumé, ces données qualitatives indiquent que les motifs de référence médicale et les inquiétudes parentales portaient très souvent sur l'anxiété, l'agitation, ainsi que

les crises de colère et l'agressivité présentées par l'enfant. Les réponses des parents ne permettent toutefois pas de distinguer s'ils ne percevaient pas les difficultés langagières de leur enfant ou s'ils n'avaient pas jugé pertinent de les signaler malgré les avoir observées, car leurs sources d'inquiétudes portaient sur les comportements. Aussi, plusieurs parents avaient souligné l'intelligence de leur enfant. Ceci a pu leur sembler incompatible avec la présence de difficultés langagières. Cette dimension a même pu amplifier le phénomène signalé par Cohen et al. (1993) concernant la mésinterprétation des erreurs de compréhension de l'enfant et soutiendrait leur hypothèse que des attributions négatives, comme un refus de coopérer ou un problème d'attention, alimenteraient des interactions négatives. Il est également plausible que les difficultés comportementales étaient tellement importantes que les parents ne voyaient pas l'importance des autres difficultés. Ce constat demeure surprenant étant donné que la majorité de ces enfants présentaient des atteintes sévères des sphères expressive et réceptive.

### Discussion

Cette étude visait à vérifier si l'inquiétude des parents concernant le langage dépendait de la sévérité des atteintes langagières de leur enfant.

Dans Smolla et al. (2015), il avait été établi qu'une grande proportion (73,1%) des jeunes enfants référés en clinique pédopsychiatrique présentait un trouble du langage. Ce taux élevé convergeait avec celui établi dans la recension de Benner et al. (2002; 71%). Par ailleurs, la majorité des parents s'inquiétaient à propos du développement langagier de leur enfant. Cependant, parmi ceux qui n'étaient pas inquiets, 25,5% n'avaient pas détecté la présence de difficultés langagières chez leur enfant puisque celui-ci allait recevoir, à la suite d'une évaluation psychiatrique, un diagnostic de trouble du langage. Comment expliquer cela? Des caractéristiques langagières, comme la sévérité des atteintes, pouvaient-elles être en cause? La méthodologie de cette étude ne permettait pas de répondre à cette question, car elle ne prenait pas en compte la sévérité des atteintes. Dans la présente étude, l'échantillon des enfants diagnostiqués dans Smolla et al. (2015) a été repris et une méthodologie a été conçue pour prendre en compte la sévérité des atteintes. S'appuyant sur le libellé de la conclusion orthophonique comme source d'information, la grille de codification des conclusions orthophoniques a permis d'examiner si des caractéristiques comme la sévérité des déficits expressifs et réceptifs, de même que la prédominance d'une atteinte expressive ou réceptive

dans le profil langagier, pouvaient influencer l'inquiétude parentale.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à s'intéresser à ces questions chez des enfants d'âge préscolaire référés en psychiatrie et parmi des locuteurs francophones. Bien que préliminaires et exploratoires, ces résultats permettent de mieux comprendre pourquoi certains troubles langagiers d'enfants référés pour des problèmes émotionnels et comportementaux demeurent insoupçonnés.

### Sévérité des déficits expressifs et réceptifs

Tous les enfants de l'échantillon ont reçu un diagnostic psychiatrique de trouble du langage de type mixte réceptif/expressif, confirmé par l'évaluation d'une orthophoniste. Les déficits langagiers présentés par ces enfants sont très importants. En effet, une proportion de 69,9% présente une atteinte « sévère » à l'expressif et une proportion de 53,4% présente une atteinte « sévère » au réceptif. En considérant qu'une atteinte « modérée » ou « modérée à sévère » est rencontrée dans une proportion de 20,4% sur le plan expressif et dans une proportion de 30,1% sur le plan réceptif, il en ressort que très peu d'enfants de notre échantillon ont des difficultés langagières pouvant être qualifiées de « légères » ou de « légères à modérées » (9,7% à l'expressif et 16,5% au réceptif).

Cette importante homogénéité dans la sévérité des troubles est-elle due au fait qu'il s'agit de jeunes enfants référés en clinique psychiatrique spécialisée? En serait-il de même avec des enfants référés en services de santé mentale de première ligne? De futures études auprès d'autres populations cliniques seraient nécessaires pour répondre à ces questions.

Conséquemment aux importantes difficultés présentées par leur enfant, la vaste majorité des parents de l'échantillon sont inquiets à l'égard du développement langagier de leur enfant. Cela souligne la pertinence de prendre en compte les préoccupations des parents à l'égard de leur enfant (Smolla et al., 2015). Aucune des caractéristiques sociodémographiques retenues n'a permis de différencier les parents inquiets de ceux qui ne l'étaient pas. Considérant la petite taille du groupe de parents non inquiets et la difficulté à obtenir une différence statistique, la possibilité que l'âge de l'enfant puisse influencer sur la capacité des parents à détecter des difficultés langagières devrait être examinée dans d'autres études. Dans leur échantillon clinique d'âge scolaire, Cohen et Horodezky (1998) n'ont, quant à elles, pas trouvé d'effet d'identification des déficits langagiers selon l'âge. Ainsi, même s'il est

proposé que la scolarisation devrait favoriser l'identification des difficultés langagières, il est possible qu'avec l'âge, un enfant parvienne à développer un langage fonctionnel (capacité à décoder les indices non verbaux, à utiliser des phrases courtes, etc.) qui pourrait masquer ses difficultés langagières. Pour établir si les parents non inquiets ne l'ont jamais été, ou encore, pour déterminer à partir de quel moment les parents inquiets ont commencé à l'être, un devis longitudinal serait nécessaire.

Selon la première hypothèse, les enfants des parents inquiets présenteraient des atteintes expressives et réceptives plus sévères que celles des enfants des parents non inquiets. Cette hypothèse est partiellement appuyée. Les enfants des parents inquiets présentent des atteintes expressives plus sévères que celles des enfants de l'autre groupe, mais les deux groupes ne se distinguent pas quant à la sévérité des atteintes réceptives. Comme plus de 50% des enfants des parents non inquiets présentent une atteinte réceptive « modérée à sévère », comment expliquer que ces parents ne s'en soient pas inquiétés?

On peut penser que plus les atteintes expressives sont sévères, plus elles sont visibles et susceptibles d'alarmer les parents. Sur ce plan, nos résultats concordent avec ceux de Cohen et al. (1993) obtenus aussi auprès de patients psychiatriques, mais plus âgés. Les patients de cette étude, dont les déficits avaient été repérés et diagnostiqués, avaient une moins bonne syntaxe expressive que ceux dont les déficits étaient passés inaperçus. Nos résultats concordent aussi avec ceux d'une étude prospective de jumeaux de la population générale (Hayiou-Thomas, Dale et Plomin, 2014). Dans cette étude, les parents inquiets à propos du langage de leur enfant âgé de quatre ans l'étaient majoritairement pour des problèmes d'élocution (57,3%) ou de langage expressif (21,6%), mais très peu (1,2%) pour la compréhension du langage.

Les difficultés de compréhension verbale, du fait qu'elles sont moins visibles, plus subtiles et à la limite méconnues, peuvent passer inaperçues (American Psychiatric Association, 2013). À l'âge préscolaire, l'enfant parvient à suivre la routine en déduisant, par des indices non verbaux et des éléments contextuels, le sens des demandes qui lui sont faites. Les attentes parentales envers un très jeune enfant peuvent aussi être moindres qu'envers un enfant d'âge scolaire.

Par ailleurs, lorsqu'interrogés dans le même questionnaire à propos de l'élément le plus positif chez leur enfant, plusieurs commentaires spontanés des parents non inquiets portaient sur les signes d'intelligence de leur enfant.

Ces parents peuvent trouver difficile ou même contre-intuitif d'intégrer qu'un enfant intelligent puisse aussi souffrir d'un déficit de compréhension verbale.

### Profils langagiers

Les résultats sur les profils langagiers apportent un éclairage complémentaire aux résultats précédents. Les profils langagiers réfèrent à un classement de chaque enfant selon la *prédominance* d'une atteinte expressive ou réceptive, laquelle est indépendante des niveaux de sévérité discutés précédemment. À notre connaissance, il s'agit de la première étude s'attardant ainsi aux profils individuels d'enfants très jeunes.

Selon nos hypothèses, en situation d'asymétrie dans les atteintes langagières, les enfants des parents inquiets se caractériseraient par une atteinte expressive prédominante (Profil 2), tandis que ceux des parents non inquiets se caractériseraient par une atteinte réceptive prédominante (Profil 1). Ces hypothèses sont soutenues. Pour la quasi-totalité des enfants caractérisés par une atteinte expressive prédominante (Profil 2) – soit 28 enfants sur 29 – les parents s'inquiétaient à propos du langage. Cela suggère qu'une atteinte expressive prédominante soulèverait presque à coup sûr l'inquiétude parentale pour le langage.

La situation est différente pour les enfants dont l'atteinte réceptive est prédominante (Profil 1). Le Profil 1 est rare, touchant à peine 5% des enfants de notre échantillon. Pour trois des cinq enfants caractérisés par ce profil, les parents n'étaient pas inquiets à propos du développement du langage de leur enfant. L'une des conclusions orthophoniques a confirmé la présence d'un trouble en précisant toutefois que le niveau d'atteinte était léger. Il n'est donc pas surprenant que les parents de cet enfant ne se soient pas inquiétés du développement du langage. Pour les deux autres enfants, les atteintes réceptives documentées étaient « modérées à sévères », alors que les parents ne s'en étaient pas inquiétés. Ceci pourrait découler du fait que la compréhension est un phénomène qui prend place dans l'esprit de l'individu et n'est pas directement observable (Paul, 2000). Bien que ce profil soit rare dans l'échantillon, il importe de s'en soucier, considérant que la non-détection des difficultés de compréhension de l'enfant peut lui être très néfaste. En effet, il est bien documenté que les difficultés réceptives sont fortement associées aux problèmes académiques, d'adaptation psychosociale et de santé mentale à l'âge adulte (Clark et al., 2007; Clegg, Hollis, Mawhood et Rutter, 2005; Giasson, 2011; Mouridsen et Hauschild, 2008, 2009; Schoon, Parsons, Rush et Law, 2010).

## Implications cliniques

La présence de difficultés comportementales chez un très jeune enfant devrait inciter les professionnels à vérifier l'intégrité de l'ensemble des sphères développementales, dont celle du langage puisqu'il s'agit d'un élément majeur. De plus, comme Ryan, Gibbon et O'Shea (2016) le font remarquer, le fait de s'appuyer uniquement sur le vocabulaire expressif pour un dépistage rapide des difficultés langagières risque d'induire en erreur. Si les parents sont inquiets à propos du développement langagier, cette inquiétude est certainement à prendre en compte considérant sa sensibilité (88,5%) et sa spécificité (91,1%) quant à la présence d'un diagnostic psychiatrique de trouble du langage (Smolla et al., 2015) établi dans le contexte d'une demande de services en psychiatrie. Dans l'éventualité où les parents ne sont pas inquiets, une vérification adéquate de la compréhension du langage est une sage précaution (Paul, 2000). Ce pourrait être, par exemple, le recours à des consignes verbales simples pour l'enfant très jeune, ou l'utilisation de petites histoires pour l'enfant plus âgé, et ce, en s'assurant de limiter les indices non verbaux afin de distinguer la compréhension linguistique de la compréhension contextuelle.

Une autre implication clinique de nos résultats porte sur la nécessité d'arrimer les conditions d'accès aux services orthophoniques aux données probantes disponibles. Par exemple, au Québec, l'élève doit présenter une atteinte « sévère » des fonctions cognitivo-verbales et de l'expression verbale, ainsi qu'une atteinte « modérée à sévère » de la compréhension verbale pour être considéré handicapé par une déficience langagière (Code 34). Pourtant, il n'existe pas de guide précis pour définir ces niveaux de sévérité. Dans le cadre de notre étude, le développement d'une grille de codification pour étudier les niveaux de sévérité émis par l'orthophoniste en clinique est certes exploratoire, mais souligne l'importance d'étudier davantage cette question.

Notre étude souligne le degré de sévérité considérable des atteintes expressives et réceptives qui nuisent au fonctionnement des enfants aux prises avec des problèmes émotionnels et comportementaux. Il apparaît essentiel de considérer ces données pour améliorer la vigilance quant au développement du langage de ces enfants. En repérant plus efficacement les déficits langagiers, il sera possible de procurer à ces enfants des services adaptés à leurs réels besoins. La qualité des adaptations scolaires offertes aux enfants ayant des difficultés de langage étant l'un des éléments

déterminants de leur adaptation future (Parsons et al., 2011), il semble impératif que ces adaptations puissent survenir le plus tôt possible dans leur parcours scolaire.

## Limites de l'étude

Les principales limites de l'étude ont trait à la nature et à la taille de l'échantillon, à la mesure de l'inquiétude parentale pour le langage, au devis rétrospectif, ainsi qu'à la stratégie de codification de la sévérité des atteintes.

Premièrement, tout échantillon clinique présente des biais liés à la référence. En considérant tous les dossiers cliniques répondant aux critères de sélection, cela réduit cependant le biais de l'auto-sélection des participants. De plus, tel que soulevé dans Smolla et al. (2015), les niveaux très élevés de comportements problématiques chez les enfants de l'échantillon et la surreprésentation de garçons (77,7%) généralement rencontrée dans les échantillons cliniques d'enfants d'âge préscolaire (p. ex. : Wilens et al., 2002 : 78%) convergent pour soutenir que cet échantillon est représentatif de la clientèle qui consulte en pédopsychiatrie.

Deuxièmement, la petite taille des effectifs, notamment du groupe d'enfants de parents non inquiets, a nécessité l'utilisation de tests non paramétriques, moins performants que les tests paramétriques. L'emploi de techniques multivariées ne serait pas possible avec cet échantillon. Étant donné que les résultats significatifs reposent sur un très petit nombre de cas, il est essentiel de répliquer ces résultats préliminaires au moyen d'un échantillon plus important.

Troisièmement, la question utilisée pour mesurer l'inquiétude concernant le développement du langage offrait un choix de réponses limité. Cette question ne permettait pas de connaître ceux qui considéraient le développement du langage comme normal ou anormal, comparativement aux autres enfants du même âge. L'absence d'inquiétude ne veut pas nécessairement dire que le parent n'était pas au courant : le parent a pu répondre qu'il n'était pas inquiet parce qu'il considérait que le trouble langagier de l'enfant était maîtrisé. Comme l'enfant était évalué en clinique psychiatrique, il est fort probable que le parent avait d'autres inquiétudes plus importantes.

Quatrièmement, il s'agit d'une étude rétrospective de dossiers, où la collecte d'information doit s'adapter au processus clinique. Nous avons utilisé l'information contenue dans la conclusion orthophonique pour codifier la sévérité des volets expressif et réceptif des troubles du langage, initialement diagnostiqués par le psychiatre.

Il s'agit d'une méthode exploratoire, mais novatrice. Étant donné que les six niveaux de la grille de codification des conclusions orthophoniques ont permis de révéler une distribution de profils langagiers compatibles avec les hypothèses avancées, cet outil gagnerait à faire l'objet de travaux psychométriques. De tels travaux psychométriques pourraient être avantageux à la fois pour la recherche dans ce domaine et pour la pratique clinique en orthophonie.

### Conclusion et futures recherches

Dès leur jeune âge, de nombreux enfants entament un parcours de vie caractérisé par des difficultés sévères à la fois sur le plan du développement langagier, relationnel et comportemental. Même en période préscolaire, la concomitance de ces difficultés pourrait être la norme plutôt que l'exception. Ces difficultés sont identifiables précocement et ces enfants ont besoin de services spécialisés, car ils sont à risque élevé de présenter des difficultés persistantes, susceptibles de perturber l'ensemble de leur évolution.

La contribution de notre étude s'appuie sur plusieurs éléments : 1) l'échantillon se compose exclusivement d'enfants âgés de trois à cinq ans, évalués en psychiatrie spécialisée; 2) tous ont reçu un diagnostic psychiatrique de trouble du langage de type mixte réceptif/expressif, corroboré par une évaluation orthophonique professionnelle; 3) la conclusion orthophonique a été utilisée comme principale source d'information pour qualifier la sévérité des atteintes expressives et réceptives; 4) la grille de codification des conclusions orthophoniques résulte d'une analyse réflexive de la part des orthophonistes cliniciennes ayant collaboré à l'étude, en vue d'objectiver les niveaux de sévérité; 5) la codification des niveaux de sévérité, au moyen de la conclusion orthophonique, a permis d'établir non seulement des fréquences, mais aussi de contraster la sévérité des atteintes expressives et réceptives pour chaque enfant et de concevoir, pour chacun d'eux, un profil langagier dans lequel la prédominance d'une atteinte expressive ou réceptive, si présente, pouvait être révélée. Ces résultats préliminaires indiquent qu'une bonne proportion des enfants dont les parents ne s'inquiètent pas du langage se caractérise par des difficultés expressives modérées, susceptibles de ne pas alarmer leurs parents. Quelques-uns de ces enfants se caractérisent aussi par la prédominance d'atteintes réceptives dans leur profil langagier. Somme toute, il faut retenir que dans notre échantillon d'enfants d'âge préscolaire référés en pédopsychiatrie, non seulement les troubles de langage sont très fréquents, mais ils sont sévères pour une grande majorité.

Pour les futures recherches, nous suggérons un examen plus poussé des facteurs de protection au moyen d'études longitudinales, afin d'éviter que les difficultés langagières chez les jeunes enfants ayant des problèmes émotionnels et comportementaux, même si elles sont adéquatement repérées, ne viennent assombrir indument leur évolution.

### Références

- Achenbach, T. M. et Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT : University of Vermont Press.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, CA : American Psychiatric Association.
- Béliveau, M.-J., Smolla, N., Breault, C. et Lévesque, A. (2014). L'évaluation développementale et cognitive de l'enfant d'âge préscolaire en clinique psychiatrique. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 65-107.
- Benner, G. J., Nelson, J. R. et Epstein, M. H. (2002). Language skills of children with EBD: A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 43-56. doi : 10.1177/106342660201000105
- Cantwell, D. P. et Baker, L. (1991). *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Clark, A., O'Hare, A., Watson, J., Cohen, W., Cowie, H., Elton, R., ... Seckl, J. (2007). Severe receptive language disorder in childhood – Familial aspects and long-term outcomes: Results from a Scottish study. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 614-619. doi : 10.1136/adc.2006.101758
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. et Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128-149. doi : 10.1111/j.1469-7610.2004.00342.x
- Cohen, N. J., Barwick, M. A., Horodezky, N. B., Vallance, D. D. et Im, N. (1998). Language, achievement, and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 865-877. doi : 10.1111/1469-7610.00387
- Cohen, N. J., Davine, M., Horodezky, N. B., Lipsett, L. et Isaacson, L. (1993). Undiscovered language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioral characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 595-603. doi : 10.1097/00004583-199305000-00016
- Cohen, N. J., Davine, M. et Meloche-Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 107-111. doi : 10.1097/00004583-198901000-00020
- Cohen, N. J. et Horodezky, N. B. (1998). Language impairments and psychopathology. Letter to the editor. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 461-462. doi : 10.1097/00004583-199805000-00005
- Conti-Ramsden, G. (2013). Commentary: Increased risk of later emotional and behavioural problems in children with SLI – Reflections on Yew and O'Kearney (2013). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 525-526. doi : 10.1111/jcpp.12027
- Éditeur officiel du Québec. (2015). *Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Code des professions, chapitre C-26, a. 91 et 94.1. Section*

- I. Tenue, détention et maintien des dossiers. Récupéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC\\_26%2FC26R187.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R187.htm)
- Giasson, J. (2011). *La lecture – Apprentissage et difficultés*. Montréal, Canada : Éditions Chenelière-Education.
- Giddan, J. J., Milling, L. et Campbell, N. B. (1996). Unrecognized language and speech deficits in preadolescent psychiatric inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 85-92. doi : 10.1037/h0080158
- Hayiou-Thomas, M. E., Dale, P. S. et Plomin, R. (2014). Language impairment from 4 to 12 years: Prediction and etiology. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57, 850-864. doi : 10.1044/2013\_JSLHR-L-12-0240
- Hollo, A., Wehby, J. H. et Oliver, R. M. (2014). Unidentified language deficits in children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Exceptional Children*, 80, 169-186. doi : 10.1177/001440291408000203
- Hudry, K., Leadbitter, K., Temple, K., Slonims, V., McConachie, H., Aldred, C., ... Charman, T. (2010). Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45, 681-690. doi : 10.3109/13682820903461493
- Kotsopoulos, A. et Boodoosingh, L. (1987). Language and speech disorders in children attending a day psychiatric programme. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 22, 227-236. doi : 10.3109/13682828709019865
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. et Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 165-188. doi : 10.1080/136828200247133
- Lefebvre, P. et Trudeau, N. (2005). L'orthophoniste et les tests normalisés. *Fréquences*, 17(2), 17-20.
- Mack, A. E. et Warr-Leeper, G. A. (1992). Language abilities in boys with chronic behavior disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 23, 214-223. doi : 10.1044/0161-1461.2303.214
- Maggio, V., Granana, N. E., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A. et Suburo, A. M. (2014). Behavior problems in children with specific language impairment. *Journal of Child Neurology*, 29, 194-202. doi : 10.1177/0883073813509886
- Monetta, L., Desmarais, C., MacLeod, A. A. N., St-Pierre, M.-C., Bourgeois-Marcotte, J. et Perron, M. (2016). Recension des outils franco-québécois pour l'évaluation des troubles du langage et de la parole. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 40, 165-175.
- Mouridsen, S. E. et Hauschild, K. M. (2008). A longitudinal study of schizophrenia- and affective spectrum disorders in individuals diagnosed with a developmental language disorder as children. *Journal of Neural Transmission*, 115, 1591-1597. doi : 10.1007/s00702-008-0110-z
- Mouridsen, S. E. et Hauschild, K. M. (2009). A longitudinal study of personality disorders in individuals with and without a history of developmental language disorder. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 34, 135-141. doi : 10.1080/14015430903117441
- Nelson, J. R., Benner, G. J. et Cheney, D. (2005). An investigation of the language skills of students with emotional disturbance served in public school settings. *The Journal of Special Education*, 39, 97-105. doi : 10.1177/00224669050390020501
- Office des professions du Québec. (2013). *Projet de loi no. 21. Guide explicatif*. Récupéré à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Guide\\_explicatif\\_decembre\\_2013.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf)
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2016). *Les orthophonistes et audiologistes, présents pour la réussite éducative*. Récupéré à <http://www.ooaq.qc.ca/publications/OAQ-ConsultationReussiteEducatif-Final.pdf>
- Parsons, S., Schoon, I., Rush, R. et Law, J. (2011). Long-term outcomes for children with early language problems: Beating the odds. *Children & Society*, 25, 202-214. doi : 10.1111/j.1099-0860.2009.00274.x
- Paul, R. (2000). "Putting things in context": Literal and discourse approaches to comprehension assessment. *Seminars in Speech and Language*, 21, 247-255. doi : 10.1055/s-2000-13198
- Petersen, I. T., Bates, J. E., D'Onofrio, B. M., Coyne, C. A., Lansford, J. E., Dodge, K. A., ... Van Hulle, C. A. (2013). Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 542-557. doi : 10.1037/a0031963
- Rescorla, L. (1989). The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 587-599. doi : 10.1044/jshd.5404.587
- Rescorla, L. et Alley, A. (2001). Validation of the Language Development Survey (LDS): A parent report tool for identifying language delay in toddlers. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 434-445. doi : 10.1044/1092-4388(2001/035)
- Ryan, A., Gibbon, F. E. et O'Shea, A. (2016). Expressive and receptive language skills in preschool children from a socially disadvantaged area. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 41-52. doi : 10.3109/17549507.2015.1089935
- Schoon, I., Parsons, S., Rush, R. et Law, J. (2010). Children's language ability and psychosocial development: A 29-year follow-up study. *Pediatrics*, 126, e73-e80. doi : 10.1542/peds.2009-3282
- Siu, A. L. (2015). Screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics*, 136, e474-e481. doi : 10.1542/peds.2015-1711
- Smolla, N., Béliveau, M.-J., Noël, R., Breault, C., Lévesque, A., Berthiaume, C. et Martin, V. (2015). La pertinence de l'inquiétude parentale pour le développement langagier du jeune enfant référé en psychiatrie. *Revue québécoise de psychologie*, 36(3), 235-263.
- Thomas, M. et Karmiloff-Smith, A. (2002). Are developmental disorders like cases of adult brain damage? Implications from connectionist modelling. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 727-750. doi : 10.1017/S0140525X02000134
- Thordardottir, E. T., Kehayia, E., Mazer, B., Lessard, N., Majnemer, A., Sutton, A., ... Chilingaryan, G. (2011). Sensitivity and specificity of French language and processing measures for the identification of primary language impairment at age 5. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 580-597. doi : 10.1044/1092-4388(2010/09-0196)
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C. et Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 262-268. doi : 10.1097/00004583-200203000-00005

## Remerciements

Nous soulignons le soutien considérable apporté par l'établissement pour la collecte des données, en particulier l'implication de Lucie Thibault, Roger Godbout et Isabelle Roy. Nous remercions Julie Bélanger, Andréane Pelchat-St-Jacques, Émilie Salois-Bellerose, Marie-France Le Lan, Lisanne Couture et Vanessa Brasseur pour leurs contributions essentielles à la réalisation de cette étude.

## Conflits d'intérêts

Les auteur(e)s déclarent l'absence de conflit d'intérêts concernant cette publication.

## Notes des auteurs

Les demandes au sujet de cet article doivent être adressées à Marie-Julie Béliveau, Département de psychologie, Université de Montréal, C. P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal, QC, CANADA, H3C 3J7. Courriel : [marie-julie.beliveau@umontreal.ca](mailto:marie-julie.beliveau@umontreal.ca).

## Annexe 1. Informations qualitatives décrivant les enfants des parents non inquiets ( $n = 11$ ) concernant le développement langagier de leur enfant

Profil langagier	Sexe/âge	Motif de référence médicale	La pire inquiétude parentale	Le plus positif à propos de l'enfant	Conclusion orthophonique
Profil 1 ( $n = 3$ ) Atteinte réceptive prédominante	Garçon/ 59 mois	Hyperactivité probable	« Il bouge beaucoup; mord son frère, ne peut se concentrer pour colorier ou travailler; veut toujours dormir dans mon lit. »	« Il me dit toujours : <i>“je t'aime maman”</i> et dit <i>“I love you”</i> à tout le monde. »	« TPL de degré modéré à sévère sur le plan réceptif (score 5) et modéré sur le plan expressif (score 4), avec contribution d'un trouble de traitement auditif possible, dans un contexte de difficultés socio-familiales. »
	Fille/ 60 mois	Crises d'anxiété importante	« Son anxiété, son degré d'émotivité; n'a pas confiance en elle, la peur qu'elle a de se tromper qui fait en sorte qu'elle se met dans un état qu'elle est incapable de gérer seule. »	« Sa débrouillardise, son degré de sociabilité, adore les gens, sa douceur envers les autres, son degré d'agressivité est nul. La façon qu'elle a d'aller chercher des sourires chez tout le monde. Capable d'inférence, de jugement. »	« Trouble de langage de degré modéré à sévère sur le plan réceptif (score 5) et léger à modéré sur le plan expressif (score 3). La dysphasie demeure une hypothèse possible. »
	Garçon/ 67 mois	Trouble anxieux et traits obsessifs	« Anxieux; répète toujours les mêmes questions; modifie les consignes à l'école ou ne semble ne pas bien les comprendre. »	« Curieux, intelligent et a beaucoup d'imagination. »	« Léger retard au niveau de la compréhension des éléments morphosyntaxiques (score 2). Langage expressif est dans les normes (score 1). Léger sigmatisme addental remarqué. Capacités de la conscience phonologique à surveiller. »

<p>Profil 2 (n = 1)</p> <p>Atteinte expressive prédominante</p>	<p>Garçon/ 64 mois</p>	<p>TDAH, anxiété, bruits de bouche, onychophagie, Tourette. Agressivité, opposition, blessures infligées aux autres, troubles du sommeil et de l'appétit, signes de troubles du langage.</p>	<p>« Son anxiété et le fait qu'il ne veut pas dormir. »</p>	<p>« Très affectif et aime aider. »</p>	<p>« Difficultés langagières de dysphasie mixte avec atteinte modérée de la compréhension (score 4) et avec atteinte sévère de l'expression (score 6). Difficultés dans la maîtrise des concepts de séquence et de temps, distinction de genre dans les pronoms personnels, grande faiblesse au niveau du vocabulaire. »</p>
<p>Profil 3 (n = 7)</p> <p>Sévérité équivalente pour l'atteinte réceptive et expressive</p>	<p>Garçon/ 37 mois</p>	<p>Référé pour orthophonie (retard de langage) et centre jeunesse.</p>	<p>Le parent n'a rien indiqué</p>	<p>« Il apprend vite. ».</p>	<p>« TPL affectant sévèrement la compréhension (score 6) et sévèrement l'expression (score 6) dans un contexte de sous-stimulation. Aurait aussi été suivi en ORL et aurait subi une myringotomie. »</p>
	<p>Garçon/ 37 mois</p>	<p>TAC et retard / trouble du langage léger.</p>	<p>« D'avoir de la difficulté à se concentrer à l'école. »</p>	<p>« Aide beaucoup (très serviable), affectueux, est gentil avec sa sœur. »</p>	<p>« Retard/trouble léger à modéré de développement des habiletés langagières réceptives (score 3) et expressives (score 3) en lien avec difficultés de régulation et possibles difficultés de traitement auditif. »</p>

Garçon/ 41 mois	Référé pour impulsivité, n'écoulant pas les consignes et bouscule à la garderie.	« Son hyperactivité et son agressivité. »	« Il comprend bien, est intelligent. »	« Retard/Trouble modéré de langage réceptif (score 4) et expressif (score 4) en lien avec un profil clinique de difficultés neurosensorielles et de régulation. »
Garçon/ 51 mois	Troubles de comportements de type oppositionnel, violence physique, crises de colère et difficulté à demeurer en place.	« Le fait qu'il n'accepte pas les consignes; s'oppose souvent à ce que je lui dis de faire; s'il fait quelque chose qui menace sa sécurité, je lui dis non, il n'accepte pas cela et crie beaucoup, des cris qui dérangent. »	« Très sociable et il comprend tout ce qu'on lui dit. Exprime bien ses goûts. Il sait ce qu'il veut. »	« TPL affectant de façon sévère les sphères réceptive (score 6) et expressive (score 6). »
Garçon/ 62 mois	Retard de développement.	« Difficulté de concentration; souvent est absent pendant les apprentissages à la garderie; trop têtu. »	« Sociabilité, intelligent, dynamique. »	« TPL affectant la sphère réceptive à un niveau sévère (score 6) et la sphère expressive à un niveau sévère (score 6). »
Fille/ 65 mois	Retard du langage.	« Son comportement quand elle est fâchée ». »	« Elle s'excuse après un mauvais comportement ». »	« TPL affectant la sphère réceptive à un niveau sévère (score 6) et la sphère expressive à un niveau sévère (score 6), avec dyspraxie verbale sévère. »
Garçon/ 67 mois	Anxiété, insécurité avec difficulté de socialisation.	« Sa sensibilité, son comportement social et affectif à l'école. »	« Sa joie de vivre, sa curiosité (veut tout voir, tout toucher). »	« TPL affectant de façon modérée les sphères réceptive (score 4) et expressive (score 4). »

Note. TPL = Trouble primaire du langage (dysphasie); TDAH = Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité; TAC = Trouble d'acquisition de la coordination motrice.