

LA PERTINENCE DE L'INQUIÉTUDE PARENTALE POUR LE DÉVELOPPEMENT LANGAGIER DU JEUNE ENFANT RÉFÉRÉ EN PSYCHIATRIE^{1, 2}

THE RELEVANCE OF PARENTAL WORRY FOR LANGUAGE DEVELOPMENT IN CLINIC-REFERRED PRESCHOOLERS

Nicole Smolla³
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Julie Béliveau
Université de Montréal

Raphaële Noël
Université du Québec à Montréal

Chantale Breault
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Alain Lévesque
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Claude Berthiaume
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Véronique Martin
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Prévalence des déficits langagiers en pédopsychiatrie

Une recension de littérature sur la prévalence, la gravité, la persistance et la nature des déficits langagiers chez les enfants (Benner, Ron Nelson, & Epstein, 2002) révèle qu'environ 71 % des enfants référés en psychiatrie pour des problèmes émotifs ou comportementaux présentent aussi des déficits langagiers. Ce taux est décuplé en regard de la prévalence populationnelle des déficits langagiers durant l'enfance, estimée à 5,95 % (Law, Boyle, Harris, Harkness, & Nye, 2000). La concomitance entre déficits langagiers et problèmes comportementaux est bien reconnue chez les enfants et les adolescents, mais elle est moins documentée chez les enfants d'âge préscolaire. Par ailleurs, cette concomitance demeure mal comprise et, d'une façon générale, l'étiologie des déficits langagiers des jeunes enfants est un domaine complexe où s'opposent des modèles d'ordre affectif et neurodéveloppemental (Plaza, 2004). Pour Rescorla, Ross, et McClure (2007), les difficultés de comportement chez les enfants ayant un problème de langage ne s'installeraient qu'à partir de l'âge de trois ans et les mécanismes

1. Une partie des informations contenues dans ce manuscrit a été présentée au 13^e congrès de la World Association for Infant Mental Health, en avril 2012 et lors d'un Relai scientifique à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, en octobre 2012.
2. Nous remercions, pour leur soutien, Mme Lucie Thibault, chef clinico-administratif de la direction des Programmes psychiatriques à l'époque de la collecte des données, Mme Isabelle Roy, chef du Service des archives cliniques, ainsi que la Direction de la recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, maintenant intégré au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Nous remercions toutes les professionnelles de la CPPE et, en particulier, Mme Marie-France Le Lan, infirmière, et D^{re} Guylaine Gagné, médecin psychiatre, sans qui cette étude n'aurait pu être réalisable.
3. Adresse de correspondance : CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Direction de la recherche, 7070, boul. Perras, Montréal (QC), H1E 1A4. Téléphone : 514-323-7260 #2287. Courriel : nicole.smolla.hrdp@ssss.gouv.qc.ca

d'apparition sont peu connus. Une étude longitudinale récente (Petersen *et al.*, 2013) révèle que les difficultés de comportement associées aux déficits langagiers seraient consécutives à ceux-ci. Pourtant, même si les déficits langagiers sont reconnus comme un facteur de risque important, aucune étude épidémiologique portant sur les difficultés d'ordre psychiatrique à l'âge préscolaire n'a encore documenté cette concomitance ni ses facteurs associés (p. ex., Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solheim, & Sveen, 2012).

Le but de la présente étude est d'examiner, dans un échantillon de très jeunes enfants référés en psychiatrie, la prévalence des déficits langagiers et la sensibilité de l'inquiétude parentale pour le développement langagier à l'égard de ces déficits, considérant que l'inquiétude parentale constitue l'un des ingrédients essentiels d'une demande d'intervention et de services pour ces enfants.

Définitions des déficits langagiers

Un parcours de la littérature sur le thème des difficultés langagières permet de relever l'existence de différents termes selon les auteurs (Beitchman & Brownlie, 2014). Parfois, le terme utilisé provient du moyen pris pour identifier la difficulté (p. ex., dépistage, test approfondi, diagnostic posé en bonne et due forme). La plupart des auteurs utilisent un résultat significativement inférieur à la moyenne sur un outil standardisé pour considérer qu'il s'agit d'un déficit. Les termes anglophones les plus couramment utilisés sont *language delay* ou *language impairment*. Le terme plus spécifique de « trouble du langage » (*language disorder*) est plutôt utilisé lorsque, au-delà de la comparaison à une norme selon des outils psychométriques, la difficulté a été évaluée et formellement identifiée par un professionnel. Le trouble du langage (*language disorder*) est le terme employé par la nomenclature du DSM et il fait partie de la catégorie plus large des troubles de la communication. Ceux-ci n'englobent pas les troubles relevant de l'autisme, qui étaient distincts selon le DSM-IV (APA, 2000) et qui peuvent être comorbides selon le DSM-5 (APA, 2013). Pour notre part, nous avons choisi de reprendre le terme utilisé par Benner *et al.* (2002) de « déficits langagiers » (*language deficits*), pour couvrir l'ensemble des problématiques langagières recensées par la littérature.

Identification des déficits langagiers

Les déficits langagiers des jeunes enfants sont-ils tous identifiés par les services de 1^{ère} ligne ou même, par les milieux cliniques spécialisés? En 1993, Cohen, Davine, Horodezky, Lipsett et Isaacson révélaient, à partir d'un sous-échantillon de 288 enfants de 4 à 12 ans référés en psychiatrie pour une problématique comportementale, que 34,4 % d'entre eux étaient affectés d'importants déficits langagiers non suspectés. Ces

déficits s'avéraient moins visibles que ceux déjà diagnostiqués, car ils n'auraient pas été identifiés sans le recours à une évaluation formelle systématique. Tous les patients présentant des déficits langagiers avaient des symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, mais ceux dont les déficits étaient non suspectés présentaient, selon les parents, les comportements délinquants les plus graves. Ils étaient aussi perçus par leurs enseignants comme les plus agressifs. Dans une analyse secondaire par groupes d'âge, Cohen et Horodezky (1998) ont démontré que les enfants de 4-6 ans dont les déficits langagiers étaient diagnostiqués étaient mieux perçus par leurs parents sur le plan du comportement, comparativement à ceux dont les déficits étaient non suspectés ou ceux avec un langage normal. Pour ces auteurs, le repérage précoce d'un déficit langagier constituerait un facteur de protection en évitant à l'enfant d'être blâmé à tort pour certains comportements, comme celui de ne pas répondre adéquatement aux consignes verbales. De plus, leurs analyses ont révélé que les taux de déficits langagiers non suspectés étaient invariables d'un groupe d'âge à l'autre, révélant que le passage à l'école ne garantit pas leur identification. Cette observation est corroborée par l'étude de Stringer et Lozano (2007) où 42 % des enfants de 8 à 13 ans fréquentant une école spéciale en raison de troubles émotifs et comportementaux présentaient un déficit langagier insoupçonné par les enseignants et les professionnels de l'école.

En 1998, l'Académie américaine de pédopsychiatrie instituait un groupe de travail chargé d'élaborer les guides de pratique clinique à l'égard des déficits langagiers et des troubles d'apprentissage. Ce groupe concluait qu'environ le tiers des enfants référés en psychiatrie pour une problématique comportementale éprouvent des déficits langagiers non suspectés. Cette non-détection est particulièrement préjudiciable étant donné que les déficits langagiers, en particulier du langage réceptif, constituent un risque élevé pour l'évolution de l'individu. Dans l'étude épidémiologique canadienne de Beitchman, les enfants atteints d'un déficit langagier ont trois fois plus de risque de présenter une phobie sociale à 19 ans que ceux dont le langage est normal (Voci, Beitchman, Brownlie, & Wilson, 2006). À l'âge de 25 ans, ceux dont le langage réceptif a présenté des déficits tôt dans l'enfance (vs des atteintes du langage expressif seulement ou un langage normal) éprouvent plus de difficultés dans des domaines comme la cognition, la communication, le cheminement académique, etc. (Johnson, Beitchman, & Brownlie, 2010). Deux études de suivi jusqu'à la mi-trentaine d'individus ayant reçu un diagnostic de déficit langagier durant l'enfance font état d'un sous-fonctionnement social marqué par le chômage, d'une rareté d'amis intimes et de relations amoureuses (Clegg, Hollis, Mawhood, & Rutter, 2005), de même qu'un risque accru de maladies psychiatriques sévères comme des troubles de personnalité, des traits schizotypiques et de la schizophrénie (Mouridsen &

Hauschild, 2008; 2009). Il importe donc de dépister rapidement les déficits langagiers et d'orienter ces enfants vers les services ou interventions dont ils ont besoin. En l'absence de programmes de dépistage précoce efficaces et efficaces (p. ex., Nelson, Nygren, Walker, & Panoscha, 2006), ce sont surtout les parents qui déterminent le besoin de consultation pour leur enfant. Pour entamer une recherche d'aide, il est crucial que les parents soient préoccupés par le développement langagier de leur enfant.

Pertinence de l'inquiétude parentale concernant le développement langagier

Dans une perspective de dépistage précoce, plusieurs études ont évalué l'utilité de la préoccupation parentale à l'égard du développement général et du langage comme critère de référence. La préoccupation parentale à l'égard du développement langagier serait un indicateur suffisamment sensible (minimum 80 %) et spécifique (minimum 80 %) pour justifier qu'un professionnel de 1^{ère} ligne la considère dans l'établissement de son jugement clinique. Dans Glascoe, Altemeier et MacLean (1989), cette préoccupation pour le développement général de l'enfant atteint une sensibilité de 80 % et une spécificité de 94 %, suggérant que les parents sont sensibles aux difficultés de leur enfant (âge moyen : 37 mois), avant même qu'elles ne soient diagnostiquées. Cependant, comme critère externe pour établir la présence d'un déficit du langage, ces auteurs ont utilisé un test de dépistage des difficultés de langage expressif et non une épreuve diagnostique tenant compte également du langage réceptif. Ultérieurement, Glascoe (1991) a évalué la sensibilité et la spécificité de la préoccupation parentale à l'aide du *Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS*; Glascoe, 1998). Le *PEDS* aborde les préoccupations parentales concernant le comportement et plusieurs sphères du développement, dont le langage expressif et le langage réceptif. Toutefois, dans l'étude de 1991, Glascoe traite uniquement des items ayant trait au langage expressif. Comme critère externe de validation, elle utilise un sous-test du langage expressif d'un inventaire du développement et, pour les enfants de plus de 30 mois, elle ajoute un test de dépistage phonologique. La sensibilité et la spécificité du *PEDS* atteignent, respectivement, 72 % et 83 %. Malgré ces résultats plus mitigés, Glascoe maintient qu'il est pertinent, pour le professionnel, de vérifier s'il y a une préoccupation parentale pour le langage dans le dépistage des déficits langagiers.

Déterminants de l'inquiétude parentale

Glascoe a démontré que la préoccupation parentale était intéressante du point de vue de sa sensibilité et de sa spécificité, mais quels en seraient les déterminants? Pourquoi certains parents ont-ils des préoccupations précises, et d'autres pas? En effet, certains parents sont

précis si, par exemple, leur préoccupation (présence/absence) est concordante avec le critère externe (présence/absence) d'un problème chez l'enfant. Ces parents sont considérés comme de « vrais positifs » ou de « vrais négatifs », alors que les parents non concordants avec le critère externe sont plutôt de « faux positifs » ou de « faux négatifs ». Quelles variables permettraient de distinguer ces groupes de parents? Pour examiner ces questions, Glascoe (1997) a administré le *PEDS* à des parents d'enfants âgés de 21 à 84 mois de la population en général, et a ensuite évalué le développement des enfants pour établir la présence (ou l'absence) d'un déficit.

En croisant la présence/absence d'inquiétude et la présence/absence d'un déficit, on forme deux groupes dans lesquels les parents sont précis (« préoccupés et non préoccupés à raison ») et deux autres où les parents sont dans l'erreur (« préoccupés et non préoccupés à tort »). Toutefois, l'analyse des réponses détaillées des parents des quatre groupes révèle peu d'informations distinctives. Les parents « préoccupés à tort » (faux positifs) s'avèrent être des observateurs sensibles qui détectent des difficultés subtiles chez leur enfant, mais ces difficultés ne sont pas suffisamment sévères pour être qualifiées de déficit. Une proportion importante de ces parents était aussi préoccupée par le langage expressif de leur enfant. Les parents « non préoccupés à tort » (faux négatifs) utiliseraient plus souvent une autre langue que celle de la communauté. Glascoe pose alors l'hypothèse que certains parents allophones pourraient connaître des difficultés de communication empêchant la transmission adéquate de leurs préoccupations. La vérification d'autres variables théoriquement pertinentes, comme la scolarité et le revenu des parents, les problèmes comportementaux des enfants ou la présence d'une fratrie, n'a pas permis de distinguer les groupes. Cependant, comme le *PEDS* vise à évaluer les préoccupations parentales concernant de nombreuses sphères du développement, il s'avère difficile, sinon impossible, d'identifier les facteurs associés spécifiquement à la préoccupation pour le langage.

En résumé, on reconnaît une prévalence élevée des déficits langagiers, de l'ordre de 70 %, chez les enfants et les adolescents référés en psychiatrie. Malgré cette concomitance élevée et reconnue comme telle, la sous-identification de ces déficits persiste. Environ le tiers des enfants amenés en psychiatrie pour un motif comportemental présentent des déficits non suspectés, et ces déficits seraient associés à des problèmes de comportement plus sévères (Cohen *et al.*, 1993). Dans un contexte où le repérage précoce des déficits langagiers s'avère crucial, la recherche a identifié l'inquiétude parentale pour le développement langagier comme utile à cette fin. Cette inquiétude se révèle sensible et spécifique, mais les facteurs associés à sa précision demeurent inconnus. On connaît peu les raisons qui amènent certains parents à ne pas

s'inquiéter du développement langagier de leur enfant, alors que celui-ci sera diagnostiqué comme problématique lorsqu'évalué formellement.

À notre connaissance, aucune étude de facteurs associés à ce type d'inquiétude n'a été réalisée avec un échantillon psychiatrique d'enfants d'âge préscolaire. Les résultats d'une telle étude pourraient contribuer à mieux identifier les enfants en besoin de consultation, particulièrement ceux dont les parents ne soupçonnent pas les déficits langagiers de leur enfant.

Questions et hypothèses

Les questions examinées dans la présente étude sont les suivantes : (1) dans un échantillon d'enfants de 3 à 5 ans référés en psychiatrie, quelle est la prévalence des déficits langagiers? (2) Quel est le pourcentage de parents inquiets pour le langage de leur enfant? Si l'on croise la présence/absence d'inquiétude avec la présence/absence d'un diagnostic de trouble du langage chez l'enfant, comment se répartissent les parents dans les quatre groupes ainsi créés? Quel est le pourcentage de parents « inquiets à raison » (vrais positifs) ou « inquiets à tort » (faux positifs), et de ceux « non inquiets à raison » (vrais négatifs) ou « non inquiets à tort » (faux négatifs)? En particulier, parmi les parents non inquiets pour le développement langagier, quel est le pourcentage de ceux qui ne soupçonnent pas le trouble du langage de leur enfant (c.-à-d., le taux de faux négatifs)? (3) Dans l'échantillon clinique retenu, quel est le niveau de sensibilité et de spécificité de l'inquiétude parentale pour le développement langagier, à l'égard du diagnostic d'un trouble du langage chez l'enfant? Finalement, (4) des caractéristiques personnelles, comportementales et familiales des enfants permettraient-elles de distinguer les quatre groupes de parents? Compte tenu de la littérature présentée, nous nous attendons à obtenir les résultats suivants : Hypothèse 1 : la prévalence des troubles du langage chez ces patients d'âge préscolaire sera aussi élevée que celle rapportée dans la littérature pour les enfants d'âge scolaire ou les adolescents, soit d'au moins 70 % (Benner *et al.*, 2002); Hypothèse 2 : au moins le tiers (33 %) des enfants dont les parents se disent « non inquiets » pour le développement langagier seront diagnostiqués avec un trouble du langage (Cohen *et al.*, 1993); Hypothèse 3 : l'inquiétude parentale pour le développement langagier présentera une sensibilité et une spécificité d'au moins 80 % par rapport au critère externe de diagnostic de trouble du langage (Glascoe *et al.*, 1989); Hypothèse 4 : les enfants dont les parents se disent « inquiets à raison » pour le développement langagier (i.e. vrais positifs), présenteront les problèmes comportementaux les moins sévères de l'échantillon; Hypothèse 5 : les enfants dont les parents se disent « non inquiets à tort » pour le développement langagier (faux négatifs) présenteront les problèmes comportementaux les plus sévères de l'échantillon (Cohen *et*

al., 1993). Finalement, à titre exploratoire, nous examinerons certaines caractéristiques personnelles (âge et sexe) et familiales de l'enfant (antécédents familiaux de retard langagier, nombre de langues parlées à la maison, fratrie, structure familiale, scolarité et pays de naissance de la mère) qui pourraient contribuer à distinguer les groupes de parents.

MÉTHODE

Participants et procédure

Tous les participants à cette étude ont consulté à la Clinique psychiatrique de la petite enfance (CPPE) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, lequel est maintenant intégré au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. La CPPE offre des services ambulatoires de 2^e et de 3^e ligne pour toute problématique présentée par un enfant de moins de six ans pour laquelle un médecin souhaite obtenir une opinion psychiatrique. Lorsque le parent fait une demande d'évaluation pour son enfant à la suite d'une référence médicale, des questionnaires lui sont envoyés, dont un Questionnaire de préinscription permettant de recueillir des informations générales sur la famille de l'enfant, et le *CBCL 1½-5 ans* (Achenbach & Rescorla, 2000). Une rencontre est ensuite fixée pour l'évaluation de l'enfant par le médecin psychiatre, au cours de laquelle celui-ci émet ses diagnostics selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000). Ces diagnostics seront enregistrés au dossier de l'enfant par les Archives cliniques. Pour réaliser cette étude rétrospective d'une cohorte clinique, une autorisation accordée par le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement a permis d'accéder aux dossiers cliniques des 296 patients évalués à la CPPE entre juillet 2006 et septembre 2009. Seuls les dossiers possédant un *CBCL 1½-5 ans* complété par un parent furent retenus (24 exclusions). Par ailleurs, 42 enfants présentant un retard global de développement, un trouble du spectre de l'autisme ou un syndrome de Rett furent exclus. Finalement, seuls les enfants âgés de 3 à 5 ans, au nombre de 191, furent retenus. C'est dans cette fourchette d'âge que les enfants en besoin de services pour des déficits langagiers seraient généralement identifiés (Law, Rush, Anandan, Cox, & Wood, 2012).

Le Tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon. L'âge moyen est de 53 mois et les garçons sont surreprésentés (73,8 %). Le taux de familles dont les racines ethniques proviennent d'ailleurs (38,2 % des mères sont immigrantes et 40,8 % des familles utilisent au moins une autre langue que le français à la maison) est plus élevé que le taux d'immigrants (30,7 %) observé pour l'agglomération de Montréal en 2006 (Ville de Montréal, 2010). Le taux de familles monoparentales (22 %) est comparable au taux provincial des jeunes familles monoparentales (23,7 %) pour 2006, c'est-à-dire des familles avec au moins un enfant

L'inquiétude parentale pour le langage

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon clinique d'enfants âgés de 3 à 5 ans (n = 191)

	M	ÉT
Âge (en mois)	53,3	10,5
	N	%
Âge		
3 ans (36 à 47 mois)	66	34,6
4 ans (48 à 59 mois)	62	32,5
5 ans (60 à 71 mois)	63	32,9
Sexe		
Garçons	141	73,8
Filles	50	26,2
Antécédents familiaux de retard langagier		
Oui	57	29,8
Non	114	59,7
Information manquante	20	10,5
Nombre de langues parlées à la maison		
Unilingue francophone	98	51,3
Bi/multilingue	78	40,8
Information manquante	15	7,9
Structure familiale		
Famille naturelle (biparentale)	131	68,6
Famille monoparentale	42	22,0
Autre (restructurée, adoptive, d'accueil)	17	8,9
Information manquante	1	0,5
Fratrie		
Enfant unique	48	25,1
Toute autre situation	143	74,9
Information manquante	0	-
Scolarité de la mère		
≤ Secondaire V	65	34,0
Postsecondaire	106	55,5
Information manquante	20	10,5
Pays de naissance de la mère		
Canada	106	55,5
Autre pays	73	38,2
Information manquante	12	6,3

mineur et dont le parent seul est âgé de moins de 35 ans (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). Toutefois, comme le taux provincial des familles monoparentales de tous âges (27,8 %) est passablement plus faible que le taux montréalais (33 %), ceci incite à croire que le taux de monoparentalité observé dans l'échantillon serait inférieur au taux montréalais des jeunes familles monoparentales (donnée non disponible).

Une plus grande concentration de certains groupes ethniques sur le territoire desservi par l'établissement pourrait expliquer ces phénomènes. Finalement, 62 % des mères de l'échantillon détiennent une scolarité postsecondaire (si l'on omet les données manquantes), ce qui est comparable au pourcentage des Canadiennes âgées de 25 à 54 ans détenant un certificat ou diplôme d'études postsecondaires (62,5 %) pour l'année 2006 (Turcotte, 2011).

Instruments et variables

Le diagnostic psychiatrique d'un trouble de la communication (DSM-IV-TR) (APA, 2000), formulé par le médecin psychiatre à l'évaluation initiale, sera utilisé comme critère pour établir la présence d'un déficit langagier chez l'enfant. Dans le DSM-IV-TR, les troubles de la communication comportent les diagnostics suivants : (1) le trouble du langage de type expressif; (2) le trouble du langage de type mixte réceptif/expressif; (3) le trouble phonologique; (4) le bégaiement; (5) le trouble de la communication non spécifié. Dans notre étude, nous ne retiendrons pas le diagnostic de bégaiement, à moins qu'il ne soit associé à un trouble du langage. Par ailleurs, le diagnostic psychiatrique documente la présence (ou l'absence) d'un trouble, mais ne permet pas de qualifier ni sa gravité ni la prépondérance d'un problème de langage expressif ou de langage réceptif.

Le *Child Behavior Checklist 1½-5 ans (CBCL 1½-5 ans)* (Achenbach & Rescorla, 2000) est un instrument standardisé qui évalue la perception parentale des problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux possiblement présentés par l'enfant d'âge préscolaire. Cet instrument démontre une bonne fiabilité test-retest et permet de distinguer des enfants référés en milieux cliniques (santé mentale et éducation spécialisée) d'enfants non référés. Le *CBCL 1½-5 ans* comporte 100 items (le contenu de l'item n° 100 est laissé à la discrétion des parents) dont la cotation est la suivante : « 0 : Ne s'applique pas » ; « 1 : Plus ou moins ou parfois vrai » ; « 2 : Toujours ou souvent vrai ». Les scores génèrent sept échelles empiriques de comportements : la réactivité émotionnelle, l'anxiété/dépression, les plaintes somatiques, le retrait, les problèmes de sommeil, les problèmes d'attention et les comportements agressifs, ainsi que trois sous-échelles plus globales : les problèmes intériorisés (items de la réactivité émotionnelle, de l'anxiété/dépression, des plaintes somatiques et du retrait) et extériorisés (items des problèmes d'attention et des comportements agressifs). La 3^e sous-échelle (problèmes totaux) correspond à la somme des scores donnés à tous les items. Les scores bruts peuvent être transformés en scores T continus qui correspondent à un rang centile sur la courbe normale. Pour les sous-échelles des problèmes intériorisés, extériorisés et totaux, les scores T qui ont une valeur de 60 à 63 se situent environ entre le 83^e et le 90^e centile selon

L'inquiétude parentale pour le langage

l'échantillon de normalisation d'enfants non référés (Achenbach & Rescorla, 2000). Ces scores sont considérés comme préoccupants, car ils rencontrent un seuil clinique « frontière ». Les scores T qui ont une valeur égale ou supérieure à 64 (au-delà du 90^e centile) sont considérés d'un niveau clinique. Les scores T pour les problèmes intériorisés, extériorisés et totaux seront utilisés pour mesurer la perception parentale des difficultés comportementales des enfants.

Pour mesurer l'inquiétude parentale pour le développement langagier de l'enfant, nous utiliserons la réponse des parents à une question contenue dans le *Language Development Survey (LDS)* (Rescorla, 1989) : « Avez des inquiétudes concernant le développement du langage chez votre enfant? » (choix de réponse : oui/non). Intégré au même feuillet que le *CBCL 1½-5 ans*, le *LDS* vérifie aussi d'autres informations que nous utiliserons dans notre étude, soit le nombre de langues parlées à la maison et les antécédents familiaux de retard langagier. Un examen des dossiers retenus révèle que 24 parents ont omis de répondre à la question sur l'inquiétude pour le développement langagier. L'échantillon final est de 167 enfants.

La combinaison de l'inquiétude pour le développement langagier de l'enfant (présence/absence) et du diagnostic d'au moins un trouble du langage (présence/absence) permet de constituer quatre groupes de parents: « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP), « inquiets à tort » (faux positifs ou FP), « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) et « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN).

Pour vérifier les hypothèses 4 et 5 posées, les quatre groupes de parents seront comparés en fonction des scores T aux problèmes intériorisés, extériorisés et totaux du *CBCL 1½-5 ans*. Les groupes de parents seront aussi comparés en fonction de six variables du Questionnaire de pré-inscription (âge et sexe de l'enfant, structure familiale, fratrie, scolarité et pays de naissance de la mère) et de deux variables du *LDS* (nombre de langues parlées à la maison; antécédents familiaux de retard langagier), mais à titre exploratoire seulement.

RÉSULTATS

Prévalence des déficits langagiers

Parmi les 167 enfants de l'échantillon final, 122 sont diagnostiqués par le médecin psychiatre avec au moins un trouble de la communication. Cela représente 73,1 % de l'échantillon et appuie l'hypothèse 1 posée. Chez ces 122 enfants diagnostiqués, on observe un enfant avec un trouble du langage de type expressif, 111 présentant un trouble du langage de type mixte réceptif/expressif, deux présentant un trouble phonologique, et sept

présentant un trouble phonologique associé à un trouble du langage de type mixte. Un seul enfant présente un trouble de la communication non spécifié. Une vérification au dossier clinique de ce dernier révèle qu'au bilan des évaluations complémentaires, le diagnostic final est celui d'un trouble de type mixte réceptif/expressif mais sans retard global de développement. Étant donné cette distribution et la prédominance du trouble du langage mixte réceptif/expressif dans l'échantillon, nous utiliserons le terme « trouble du langage » pour qualifier les déficits langagiers dont il est question dans notre étude. Fait à noter, le pourcentage d'enfants diagnostiqués avec au moins un trouble du langage diminue au fur et à mesure qu'augmente l'âge à la référence (3 ans : 87 %; 4 ans : 74 %; 5 ans : 57 %). Cependant, le trouble du langage mixte expressif/réceptif demeure le principal trouble identifié, peu importe l'âge (3 ans : 92 %; 4 ans : 88 %; 5 ans : 93 %).

Pourcentage de parents inquiets pour le développement langagier

Parmi les 167 parents répondants, 112 (67,1 %) ont répondu « oui » à la question sur l'inquiétude pour le développement langagier, et les 55 autres (32,9 %) ont répondu « non ». Le pourcentage de parents inquiets correspond *grosso modo* à la prévalence (73,1 %) des troubles du langage diagnostiqués par le médecin psychiatre.

Considérant la présence/absence d'un diagnostic de trouble du langage chez l'enfant, quel est le pourcentage des parents « inquiets à raison » (vrais positifs) ou « inquiets à tort » (faux positifs), et de ceux « non inquiets à tort » (faux négatifs) ou « non inquiets à raison » (vrais négatifs)? Le Tableau 2 présente ces informations. Parmi les 112 parents inquiets, la presque totalité (96,4 %) le sont « à raison » et à peine 3,6 % le sont « à tort ». Cependant, parmi les 55 parents non inquiets, 74,5 % le sont « à raison », tandis que 25,5 % le sont « à tort ». Le taux de faux négatifs (FN), de 25,5 %, est légèrement inférieur au taux de 33 % proposé par l'hypothèse 2.

Sensibilité et spécificité de l'inquiétude parentale pour le développement langagier

L'inquiétude parentale, mesurée avant l'évaluation clinique, est-elle sensible et spécifique, c'est-à-dire concordante avec le diagnostic psychiatrique d'un trouble du langage? La sensibilité d'un signe ou d'un test, en l'occurrence l'inquiétude parentale pour le développement langagier dans notre étude, indique à quel point sa présence est associée à celle du diagnostic. Elle s'évalue en considérant le nombre de parents « inquiets » parmi ceux dont l'enfant sera diagnostiqué avec un trouble. Parallèlement, la spécificité d'un signe ou d'un facteur indique à quel point

L'inquiétude parentale pour le langage

Tableau 2

Concordance entre l'inquiétude parentale pour le développement langagier et le diagnostic psychiatrique d'un trouble du langage

	Trouble du langage présent	Trouble du langage absent	Total
Inquiétude présente	« Inquiets à raison » Vrais positifs (VP) 108	« Inquiets à tort » Faux positifs (FP) 4	112
Inquiétude absente	« Non inquiets à tort » Faux négatifs (FN) 14	« Non inquiets à raison » Vrais négatifs (VN) 41	55
TOTAL	122	45	167

Taux de vrais positifs (VP) ou valeur prédictive positive (VPP) : 108/112 : 96,4 %

Taux de faux positifs (FP) : 4/112 : 3,6 %

Taux de vrais négatifs (VN) ou valeur prédictive négative (VPN) : 41/55 : 74,5 %

Taux de faux négatifs (FN) : 14/55 : 25,5 %

Sensibilité : 108/122 : 88,5 %

Spécificité : 41/45 : 91,1 %

son absence est associée à l'absence du diagnostic. Elle s'évalue en considérant le nombre de parents « non inquiets » parmi ceux dont l'enfant sera considéré comme présentant un langage normal.

Les données présentées au Tableau 2 révèlent que l'inquiétude parentale est très sensible (88,5 %) et très spécifique (91,1 %) par rapport au diagnostic de trouble du langage. Ces valeurs rencontrent la valeur minimale attendue de 80 % (hypothèse 3). Par ailleurs, la valeur prédictive positive (VPP) de l'inquiétude est de 96,4 %. Comme mentionné plus haut, la quasi-totalité des parents inquiets le sont « à raison ». Toutefois, la valeur prédictive négative (VPN) de l'inquiétude parentale n'est que de 74,5 %. Ainsi, malgré une sensibilité et une spécificité très élevées de l'inquiétude parentale pour le développement langagier, l'absence de cette inquiétude n'est pas un indice absolu que tout va bien. Comme mentionné plus haut, parmi les 55 parents qui se disent « non inquiets », pour 14 d'entre eux –soit 25,5 %– leur enfant recevra un diagnostic de trouble du langage.

Caractéristiques comportementales des enfants

D'emblée, on observe que 62,7 % de l'échantillon complet obtient un score T pour les problèmes totaux qui rencontre ou dépasse le seuil clinique frontière (score T \geq 60), surpassant même le pourcentage obtenu

(57 %) par Achenbach et Rescorla (2000) dans leur étude de validation du *CBCL 1½-5 ans*, par le sous-échantillon clinique. La comparaison des scores T moyens conduit au même constat. Comme présentés au Tableau 3, les scores T moyens que nous avons obtenus sont de 61,4 (problèmes intériorisés), de 62,8 (problèmes extériorisés) et de 63,4 (problèmes totaux). Ces scores T moyens s'avèrent égaux, voire supérieurs à ceux obtenus par Achenbach et Rescorla (2000) dans leur étude de validation du *CBCL 1½-5 ans*, par le sous-échantillon clinique, soit : 61,2 (problèmes intériorisés), 57,3 (problèmes extériorisés) et 61,7 (problèmes totaux).

Le premier volet de comparaisons entre les groupes de parents porte sur les difficultés comportementales présentées par les enfants. Pour réaliser ces comparaisons, nous utiliserons comme variables dépendantes les scores T aux problèmes intériorisés, extériorisés et totaux au *CBCL*. Les stratégies analytiques retenues sont : (1) le test du X^2 , pour comparer les proportions d'enfants des groupes dont les scores T sont égaux ou supérieurs au seuil clinique frontière ou au seuil clinique, et (2) le test T de différence de moyennes, pour les scores T moyens.

L'examen des effectifs indique que le groupe des parents « inquiets à tort » (faux positifs ou FP) ($n = 4$) est insuffisant; ce groupe sera omis des comparaisons. Aussi, pour vérifier les hypothèses 4 et 5, les comparaisons mettront en contraste : (1) les parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) vs ceux « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN), (2) les parents « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) vs ceux « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN) et, finalement (3) les parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) vs ceux « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN). Le Tableau 3 présente ces résultats.

Les comparaisons génèrent deux principaux résultats. Premièrement, on relève des différences significatives pour tous les types de problèmes (intériorisés, extériorisés et totaux), tant au seuil clinique frontière ($T \geq 60$) que clinique proprement dit ($T \geq 64$), entre les groupes « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) et « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN). Dans tous les cas, le groupe « inquiets à raison » (VP) présente moins de problèmes comportementaux que l'autre groupe (VN).

Deuxièmement, on n'observe aucune différence significative entre les autres groupes. Seule une tendance [$X^2(1, 54) = 3,21, p < .07$] est observée entre les groupes « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) et « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN) pour les problèmes moins

Tableau 3

Comparaison des scores T au *CBCL* (problèmes intériorisés, extériorisés, totaux) entre les groupes de parents (n = 166; 1 donnée manquante)

	Échantillon total (n = 166)		« Inquiets à raison » Vrais positifs (VP) (n = 107)		« Inquiets à tort » Faux positifs (FP) (n = 4)		« Non inquiets à tort » Faux négatifs (FN) (n = 14)		« Non inquiets à raison » Vrais négatifs (VN) (n = 41)		Test de différence de proportions ou de moyennes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	VP-FN (p)	VP-VN (p)	FN-VN (p)
Seuil clinique frontière (T ≥ 60)													
Intériorisés	99	59,6	57	53,3	3	75,0	10	71,4	29	70,7	.20	.05	.96
Extériorisés	94	56,6	54	50,5	2	50,0	7	50,0	31	75,6	.97	.006	.07
Totaux	104	62,7	61	57,0	1	25,0	10	71,4	32	78,0	.30	.02	.61
Seuil clinique (T ≥ 64)													
Intériorisés	68	41,0	38	35,5	1	25,0	6	42,9	23	56,1	.59	.02	.39
Extériorisés	72	43,4	39	36,4	0	-	7	50,0	26	63,4	.32	.003	.38
Totaux	82	49,4	48	44,9	1	25,0	7	50,0	26	63,4	.71	.04	.38
Scores T (M, ÉT)													
Intériorisés	61,4	(10,7)	59,9	(11,4)	60,8	(5,2)	61,3	(7,1)	65,5	(9,6)	.65	.005	.13
Extériorisés	62,8	(12,1)	61,3	(12,4)	54,3	(10,2)	63,7	(11,8)	67,2	(10,7)	.49	.007	.30
Totaux	63,4	(11,4)	62,1	(12,0)	58,3	(4,8)	62,7	(7,6)	67,6	(10,3)	.85	.01	.11

extériorisés qui rencontrent le seuil clinique frontière ($T \geq 60$). Les enfants du groupe « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) seraient problématiques que ceux du groupe « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN). Toutefois, un examen de la distribution des scores révèle que les 7 enfants du groupe « non inquiets à tort » (FN) présentent en réalité un score T supérieur à 64. Or, la comparaison entre les « non inquiets à tort » (FN) et les « non inquiets à raison » (VN) pour les problèmes extériorisés pour le seuil clinique ($T \geq 64$) n'est pas significative. Ces résultats invalident la pertinence de la tendance observée.

On obtient des résultats analogues avec les scores T moyens. Des différences significatives sont observées pour tous les types de problèmes, mais uniquement entre les groupes « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) et « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN). Dans tous les cas, les scores moyens du groupe « inquiets à raison » (VP) sont inférieurs à ceux du groupe « non inquiets à raison » (VN). Ces résultats appuient partiellement l'hypothèse 4, selon laquelle les enfants des parents « inquiets à raison » pour le développement langagier (vrais positifs ou VP) présenteraient les problèmes comportementaux les moins sévères de l'échantillon. Par contre, l'hypothèse 5 selon laquelle les enfants des parents « non inquiets à tort » (FN) seraient les plus problématiques de l'échantillon, n'est pas soutenue.

Caractéristiques personnelles et familiales des enfants

Le deuxième volet de comparaisons concerne une analyse exploratoire de caractéristiques personnelles et familiales des enfants, susceptibles de distinguer les groupes de parents. Là encore, le groupe des parents « inquiets à tort » (faux positifs ou FP) présente un problème d'effectif ($n = 4$) et est omis de ces comparaisons. Les trois contrastes effectués impliquent : (1) les parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) vs ceux « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN), (2) les parents « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) vs ceux « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN), puis (3) les parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) vs ceux « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN).

D'après les résultats présentés au Tableau 4, quelques caractéristiques distinguent les trois groupes de parents. La principale concerne l'âge de l'enfant : ceux du groupe « inquiets à raison » (VP) sont plus jeunes ($M = 50,4$ mois) que ceux du groupe « non inquiets à raison » (VN) ($M = 58,5$ mois) [$t(148) = 4,50$, $p < .0001$]. La moyenne du groupe « inquiets à raison » (VP), comparée à celle du groupe « non inquiets à tort » (FN) ($M = 54,8$ mois), révèle une tendance marginale [$t(121) = 1,58$,

Tableau 4

Comparaison des caractéristiques personnelles et familiales de l'enfant entre les groupes de parents (n = 167)

	« Inquiets à raison » Vrais positifs (VP) (n = 108)		« Inquiets à tort » Faux positifs (FP) (n = 4)		« Non inquiets à tort » Faux négatifs (FN) (n = 14)		« Non inquiets à raison » Vrais négatifs (VN) (n = 41)		Test de différence de proportions ou de moyennes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	VP-FN (p)	VP-VN (p)	FN-VN (p)
Âge (n=167)											
Âge en mois (M, ÉT)	50,4	(9,5)	56,5	(10,7)	54,8	(12,0)	58,5	(10,7)	,12	.000	.245
Âge en mois (médiane)	50,0		60,5		59,5		61,0		,16	.000	.270
Sexe (n = 167)											
Garçons	81	75,0	4	100	12	85,7	26	63,4	,38	.16	.12
Antécédents familiaux de retard langagier (n = 163)											
Oui	42	39,3	1	25,0	3	25,0	8	20,0	,33	.03	.71
Non	65	60,7	3	75,0	9	75,0	32	80,0			
Nombre de langues parlées à la maison (n = 163)											
Unilingue francophone	54	50,9	2	50,0	8	57,1	29	74,4	,66	.01	.23
Bi/multilingue	52	49,1	2	50,0	6	42,9	10	25,6			
Fratrie (n = 167)											
Enfant unique	27	25,0	1	25,0	4	28,6	13	31,7	,77	.41	.83
Toute autre situation	81	75,0	3	75,0	10	71,4	28	68,3			

Tableau 4

Comparaison des caractéristiques personnelles et familiales de l'enfant entre les groupes de parents (n = 167)

	« Inquiets à raison » Vrais positifs (VP) (n = 108)		« Inquiets à tort » Faux positifs (FP) (n = 4)		« Non inquiets à tort » Faux négatifs (FN) (n = 14)		« Non inquiets à raison » Vrais négatifs (VN) (n = 41)		Test de différence de proportions ou de moyennes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	VP-FN (p)	VP-VN (p)	FN-VN (p)
Structure familiale (n = 166)											
Famille naturelle (biparentale)	81	75,7	4	100	10	71,4	23	56,1	.94	.06	.58
Famille monoparentale	19	17,8	0	-	3	21,4	12	29,3			
Autre (restructurée, adoptive, d'accueil)	7	6,5	0	-	1	7,1	6	14,6			
Scolarité de la mère (n = 151)											
≤ Secondaire V	38	39,2	1	33,3	5	35,7	12	32,4	.80	.47	.82
Postsecondaire	59	60,8	2	66,6	9	64,3	25	67,6			
Pays de naissance de la mère (n = 157)											
Canada	57	56,4	2	50,0	7	50,0	30	78,9	.65	.02	.04
Autre pays	44	43,6	2	50,0	7	50,0	8	21,1			

$p < .12$] également dans la même direction. Quant aux groupes « non inquiets à tort » (FN) et « non inquiets à raison » (VN), ils ne se distinguent pas.

Concernant les autres variables testées, on note des différences significatives pour (1) les antécédents familiaux de retard langagier, (2) le nombre de langues parlées à la maison, (3) la structure familiale et (4) le pays de naissance de la mère. Pour les trois premières variables, les différences sont uniquement entre les groupes « inquiets à raison » (VP) et « non inquiets à raison » (VN). Les familles du groupe « inquiets à raison » (VP) présentent plus souvent des antécédents de retard langagier, sont plus souvent d'une structure biparentale (vs monoparentale ou autre) (tendance marginale) et bi/multilingues (vs unilingues francophones). Finalement, pour le pays de naissance de la mère, on relève un pourcentage plus important de mères nées au Canada dans le groupe « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN) (soit 78,9%) que dans le groupe « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) (soit 56,4%) [$\chi^2(1, 138) = 5,98, p < .02$] et dans le groupe « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) (soit 50%) [$\chi^2(1, 51) = 4,18, p < .04$].

DISCUSSION

La présente étude visait plusieurs objectifs. Dans un premier temps, elle visait à vérifier si la forte prévalence des déficits langagiers rapportée par la littérature parmi les enfants consultant pour des problèmes émotionnels et comportementaux se retrouverait dans notre échantillon psychiatrique préscolaire québécois. En effet, la majorité des études portait sur des enfants d'âge scolaire et aucune n'avait été réalisée au Québec. Ensuite, l'étude visait également à vérifier, dans un échantillon d'enfants référés en pédopsychiatrie, la sensibilité de l'inquiétude parentale pour le développement du langage de l'enfant. Enfin, notre étude visait à explorer si des caractéristiques familiales et comportementales des enfants étaient associées à l'inquiétude du parent pour le langage de son enfant.

Prévalence des déficits langagiers dans l'échantillon

Près de 3 enfants sur 4, soit 73,1 % de l'échantillon, présentent un diagnostic d'au moins un trouble du langage, dont le plus fréquent est le trouble mixte expressif/réceptif. La concomitance des troubles du langage et des problématiques psychiatriques s'avère aussi élevée dans cet échantillon d'enfants d'âge préscolaire que celle observée pour les enfants plus âgés (Benner *et al.*, 2002). Sans pouvoir préciser les mécanismes d'apparition, cette concomitance suggère que chez les enfants qui ont une pathologie du langage, les problèmes comportementaux peuvent être bien établis dès l'âge de trois ans, au point de motiver une référence en

psychiatrie. Considérant cette fréquence élevée de troubles du langage, il apparaît essentiel de fournir à cette clientèle psychiatrique une évaluation spécialisée du langage et des autres fonctions qui y sont fréquemment associées, telles que les difficultés de la coordination motrice (Hill, 2001).

Dans notre échantillon, nous avons observé que le pourcentage d'enfants diagnostiqués avec un trouble du langage diminue au fur et à mesure qu'augmente l'âge à la consultation, passant de 87 % pour les enfants de 3 ans, à 74 % pour ceux de 4 ans et à 57 % pour ceux de 5 ans et ce, même si le trouble mixte réceptif/expressif reste de loin le plus fréquent (≥ 88 % des cas), peu importe l'âge. Peu d'éléments dans nos données permettent d'expliquer cette diminution, mais plusieurs hypothèses peuvent être soulevées. Par exemple, il est possible que les enfants en difficulté langagière évidente soient repérés précocement par les intervenants de 1^{ière} ligne et référés directement aux services de réadaptation appropriés. Les troubles du langage chez les enfants de 5 ans référés à la CPPE seraient alors moins fréquents que chez ceux de 3 ans, mais pourraient aussi être parmi les plus difficiles à repérer par les intervenants de 1^{ière} ligne. Zhang et Tomblin (2000) ont révélé que le système de référence et de prestation des services pour les difficultés de langage repose en grande partie sur les caractéristiques observables, principalement expressives, de ces dernières. D'après ces auteurs, le système de référence réussit moins bien à identifier les enfants qui éprouvent des problèmes réceptifs. Or, ces derniers sont à risque élevé sur le plan comportemental, académique et social. Dans notre étude, le diagnostic psychiatrique d'un trouble du langage, tel qu'utilisé, ne permet malheureusement pas de qualifier la gravité respective des aspects expressifs et réceptifs du trouble.

Par ailleurs, plusieurs éléments nous permettent de croire à une représentativité de notre échantillon par rapport à la clientèle qui consulte en clinique pédopsychiatrique. Mis à part les dossiers exclus pour des raisons méthodologiques (p. ex., retard global de développement, troubles du spectre de l'autisme, enfants hors limite d'âge), l'échantillon inclut toutes les évaluations successives à la CPPE sur une période de trois ans. À cette époque, ceci représentait tous les enfants de cette tranche d'âge référés en psychiatrie pour d'autres motifs que l'autisme sur l'est de l'île de Montréal. Par ailleurs, nous avons pu vérifier que les 24 non-répondants à la question sur l'inquiétude pour le langage sont comparables aux 167 répondants sur le plan de la prévalence des troubles du langage, de l'âge des enfants et de leurs problèmes comportementaux. On observe aussi une surreprésentation des garçons (73,8 %), généralement rencontrée dans les échantillons cliniques d'enfants d'âge préscolaire (p. ex., Wilens *et al.*, 2002 : 78 %). Comme il s'agit d'un échantillon psychiatrique, il était anticipé que les niveaux de comportements problématiques seraient

élevés. Selon les rapports parentaux au *CBCL*, les scores obtenus dans notre échantillon sont égaux, voire supérieurs à ceux du sous-échantillon clinique de l'étude de validation du *CBCL 1½-5 ans* (Achenbach & Rescorla, 2000). Ces éléments suggèrent que notre échantillon serait représentatif de la clientèle préscolaire référée aux milieux cliniques. Toutefois, comme tout échantillon clinique, celui-ci est affecté par des biais liés au système de référence du réseau de services. Il est possible que la CPPE soit reconnue, par les professionnels référents, comme un milieu clinique de 2^e et 3^e ligne dédié aux enfants dont le développement atypique est associé à une problématique psychiatrique. Des références ciblées pourraient alors expliquer la prévalence élevée des troubles du langage. Malgré l'existence possible d'un tel phénomène, la prévalence observée dans l'échantillon demeure concordante avec les données rapportées par la recension de Benner *et al.* (2002). En appui à ce constat, la récente méta-analyse de Hollo, Wehby et Oliver (2014) révèle un taux encore plus élevé de déficits langagiers (81 %) parmi des enfants identifiés comme ayant des difficultés émotionnelles et comportementales sans histoire documentée de difficultés développementales.

Sensibilité et spécificité de l'inquiétude parentale

Deux parents répondants sur trois se sont dits inquiets pour le développement langagier de leur enfant. Ce taux est nettement plus élevé que ceux obtenus auprès d'échantillons normatifs (Glascoe, 1998 : 8,4 % pour langage réceptif, 24 % pour langage expressif), mais concorde avec les taux de déficits langagiers retrouvés dans les échantillons cliniques. La constitution des quatre groupes de parents a permis d'établir la sensibilité et la spécificité de l'inquiétude parentale à un niveau supérieur à 80 %, ce qui appuie l'hypothèse 3 posée en fonction des travaux de Glascoe *et al.* (1989). Dans notre échantillon, la présence d'inquiétude parentale pour le langage correspond presque à coup sûr à un diagnostic médical sur ce plan (VPP de 96,4 %). Vus sous cet angle, nos résultats appuient assurément la pertinence de l'inquiétude parentale pour le langage dans le repérage des enfants qui éprouvent des déficits langagiers, du moins avec une clientèle référée en psychiatrie.

Nous ne disposons pas d'information sur la façon dont l'inquiétude parentale est prise en compte par les intervenants de 1^{ière} ligne. Cependant, des données de la littérature indiquent qu'elle ne serait pas assez considérée. Dans une étude rétrospective qualitative (entrevues) de 40 parents dont l'enfant a nécessité des interventions orthophoniques importantes, Rannard, Lyons et Glenn (2005) ont mis en évidence que 93 % des parents étaient inquiets du langage de leur enfant avant l'âge de trois ans et, pour la moitié d'entre eux, avant même l'âge de deux ans. Mais, pour près d'un parent sur deux, cette inquiétude n'a pas été prise en compte rapidement; ceux-ci ont révélé avoir reçu des conseils inappropriés

et leurs enfants ont finalement été référés en orthophonie après un délai moyen de deux ans. D'après les auteures, les critères proposés aux professionnels de la santé de 1^{ière} ligne en Grande-Bretagne pour répondre aux préoccupations parentales en période préscolaire sont peu définis, et l'importance accordée à l'inquiétude parentale pour le langage dans la surveillance de la santé infantile devrait être accrue. Nos résultats appuient donc l'idée que l'inquiétude du parent concernant le développement du langage de son enfant devrait être prise très au sérieux par les professionnels. Poser la question aux parents de façon systématique lors des suivis médicaux de routine par les infirmières et/ou médecins vers l'âge de 2-3 ans pourrait être une façon très simple et peu coûteuse de dépister rapidement ce type de problème afin d'orienter les parents vers les ressources appropriées. De plus, suite à leurs recensions, Benner *et al.* (2002) ainsi que Hollo *et al.* (2014) ont repris la recommandation faite par Cohen *et al.* (1993) d'évaluer de façon systématique le langage de tous les enfants qui consultent en psychiatrie afin de s'assurer de ne pas leur proposer des interventions inappropriées en raison de leurs déficits langagiers.

Pour expliquer le taux très élevé de sensibilité de l'inquiétude parentale dans notre étude, rappelons que la CPPE est un milieu spécialisé où les parents consultent sur référence d'un médecin généraliste ou spécialiste. Certains parents inquiets pour le langage de leur enfant sont probablement « éduqués » et informés de ces problèmes avant l'évaluation à la CPPE. Malgré cela, parmi les parents non inquiets pour le langage, 25,5 % le sont à tort. Ce taux de déficits langagiers insoupçonnés par ces parents est certes plus faible que celui obtenu (34,4 %) par Cohen *et al.* (1993) dans les milieux psychiatriques de Toronto, mais surprend néanmoins dans le contexte d'une clinique spécialisée comme la CPPE. Cela suggère que ces familles parviennent à la CPPE sur référence d'un professionnel de 1^{ière} ligne sans soupçonner que leur enfant présente un déficit langagier, ou sans avoir exprimé de préoccupation à ce sujet. Les aspects observables des déficits langagiers peuvent alerter plus rapidement les parents et les professionnels, mais il pourrait en être autrement d'aspects moins observables comme la compréhension du langage (Zhang & Tomblin, 2000). Pour l'instant, nos données ne permettent pas d'établir les particularités du langage réceptif ou expressif des 14 enfants des parents « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN). Nous observons néanmoins que 13 d'entre eux sont diagnostiqués avec un trouble mixte réceptif/expressif. Un examen plus approfondi des résultats des évaluations orthophoniques contribuerait à répondre à cette question.

Caractéristiques distinctives des groupes de parents

La caractérisation des groupes de parents, constitués par le croisement entre la l'inquiétude parentale pour le développement du langage (présence/absence) et le critère externe du déficit langagier (présence/absence), a été réalisée en deux étapes. La première a visé à vérifier deux hypothèses concernant les problèmes comportementaux des enfants, tandis que la deuxième, davantage exploratoire, a visé à vérifier si certaines caractéristiques personnelles et familiales des enfants pouvaient distinguer les groupes de parents.

Les hypothèses proposaient que les enfants du groupe « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) seraient, sur le plan comportemental, les moins problématiques de l'échantillon, tandis que ceux du groupe « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) seraient les plus problématiques. L'effectif du groupe des « inquiets à tort » (faux positifs ou FP) étant insuffisant, les comparaisons se sont restreintes aux trois autres groupes.

La première de ces deux hypothèses est partiellement appuyée : les enfants des groupes « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) s'avèrent moins problématiques que ceux du groupe « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN), mais ne se distinguent pas des « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN). Malgré ce niveau moindre de comportements problématiques, rappelons que 57 % des enfants du groupe des parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) présentent un score de problèmes totaux dépassant le seuil clinique frontière. Ce taux est identique à celui obtenu dans le sous-échantillon clinique de l'étude de validation du *CBCL 1½-5 ans* (Achenbach & Rescorla, 2000). Ainsi, pour la majorité des enfants du groupe de parents « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP), la concomitance entre déficits langagiers et difficultés de comportement, tant de type intériorisé qu'extériorisé, est déjà présente et ce, en dépit du jeune âge de ces enfants et de l'inquiétude (fondée) du parent pour le langage. Il est possible que, malgré leur inquiétude, les parents « inquiets à raison » de notre échantillon ne réalisent pas toutes les répercussions négatives des déficits langagiers sur le fonctionnement et le comportement de leur enfant et, peut-être plus important encore, ne sachent pas comment y remédier sans une intervention professionnelle.

La seconde de ces deux hypothèses n'est toutefois pas soutenue : les enfants du groupe « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN) ne sont pas les plus problématiques de l'échantillon. Les enfants de ce groupe ne se distinguent pas de ceux du groupe « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP), même si leurs scores semblent occuper une place intermédiaire. Ce sont les enfants des parents « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN), au développement langagier normal, qui présentent les plus importantes difficultés comportementales. Leurs difficultés pourraient être

d'avantage d'origine psychosociale, comme l'indique une tendance pour ces enfants à vivre davantage en famille monoparentale, restructurée, adoptive ou d'accueil (Wichstrøm *et al.*, 2012).

Les résultats de l'analyse exploratoire des caractéristiques personnelles et familiales suggèrent certaines pistes intéressantes. En effet, le résultat le plus important concerne l'âge de l'enfant. Les parents du groupe « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) consultent à la CPPE 8 à 11 mois plus tôt que les parents du groupe « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN) et, dans une moindre mesure, que ceux du groupe « non inquiets à tort » (faux négatifs ou FN). Les enfants du groupe « inquiets à raison » présentent aussi davantage d'antécédents familiaux de retard langagier, vivent davantage en famille biparentale où l'on parle une autre langue en plus du français, et leur mère est plus souvent née hors Canada. Quant à la présence de fratrie ou la scolarité de la mère, ces variables se révèlent sans effet.

Comment expliquer que les enfants du groupe « inquiets à raison » (vrais positifs ou VP) soient les plus jeunes de l'échantillon et que leur niveau de problèmes comportementaux soit moins élevé que les enfants dont le langage normal ne suscite pas l'inquiétude de leur parent? McCue Horwitz, Gray, Briggs-Gowan et Carter (2003) ont vérifié si les problèmes de santé mentale chez le jeune enfant (11 à 39 mois) constituaient un incitatif aussi important que les problèmes de développement –surtout le langage– ou de santé physique pour consulter. Dans leur étude, la majorité (80 %) des parents qui soupçonnent un problème de développement en discute avec un professionnel et plus de 90 % d'entre eux recevront des services. Par contre, lorsqu'il est question de problèmes émotionnels ou comportementaux, seulement 20 % des parents préoccupés en discutent avec un professionnel. Comme ces services spécialisés sont plus rares, moins de 40 % d'entre eux recevront des services. McCue Horwitz *et al.* (2003) en concluent que les problèmes de santé mentale et de comportement des très jeunes enfants sont sous-identifiés et sous-desservis (*underserved*) par les professionnels. Cela suggère que les parents attendraient plus longtemps avant de consulter et de recevoir des services pour ces problèmes. Vers l'âge de cinq ans, la perspective d'une transition difficile à l'école pourrait devenir le moteur d'une demande de services. Cette réticence à consulter dans les cas où la préoccupation concerne des problèmes émotifs ou comportementaux pourrait expliquer le niveau plus élevé des difficultés comportementales chez les enfants du groupe de parents « non inquiets à raison » (vrais négatifs ou VN).

Quant aux enfants des parents « non inquiets à tort » (FN), ils tendent à être plus âgés que les enfants des parents « inquiets à raison » (VP).

Même si leurs problèmes comportementaux ne se distinguent pas, statistiquement, de ceux des deux autres groupes, la position intermédiaire de leurs scores suggère que leurs difficultés les placent dans une situation à risque, d'autant plus qu'ils présentent quasiment tous un trouble du langage de type mixte réceptif/expressif dont les parents ne soupçonnaient pas l'existence. Sans repérage de leurs vulnérabilités et sans interventions appropriées, leur scolarisation serait compromise, tant sur le plan des apprentissages que de la socialisation. Heureusement pour eux, leur consultation précoce à la CPPE, une clinique psychiatrique spécialisée, particulièrement sensibilisée à la co-occurrence des difficultés développementales et comportementales, a permis de détecter des déficits langagiers qui étaient, jusqu'alors, insoupçonnées par leurs parents.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les principales limites de cette étude ont trait à la nature de l'échantillon, à la taille de certains sous-groupes et au critère externe de déficit langagier chez l'enfant. Premièrement, comme discuté plus haut, tout échantillon clinique présente des biais liés aux critères de référence, aux particularités de l'organisation des services et aux liens entre les services de 1^{ière}, 2^e et de 3^e ligne. Il est très difficile, sinon impossible d'estimer l'impact de ces biais sur les résultats. Par exemple, nous ne disposons pas d'informations structurées et systématiques sur le parcours de consultation des enfants avant leur référence à la CPPE. Ainsi, nous n'avons pas tenu compte du fait que certains enfants ont pu être évalués en orthophonie en amont de leur référence à la CPPE, ni l'effet de ces évaluations sur les perceptions parentales. Par contre, en incluant toutes les évaluations successives répondant aux critères de sélection dans l'étude, cela réduit les biais liés à l'auto-sélection des participants. On compte un certain nombre de non-répondants, mais les informations disponibles sur ceux-ci indiquent qu'ils ne se distinguent pas des répondants sur les variables étudiées. Deuxièmement, la petite taille de certains groupes réduit considérablement les possibilités non seulement de faire des analyses multivariées, mais de trouver des résultats significatifs avec des analyses bi-variées. Aucun ajustement n'a été appliqué pour la multiplicité des tests. Étant donné son caractère conservateur, ce type d'ajustement aurait limité davantage la puissance statistique. Toutefois, les résultats de l'étude convergent avec les données de la littérature et suggèrent d'autres hypothèses à examiner, idéalement au moyen d'échantillons plus importants. L'une de ces hypothèses, évoquée récemment par Conti-Ramsden (2013), concerne la possibilité que les déficits langagiers insoupçonnés par les parents affectent davantage le langage réceptif qu'expressif. Un examen des résultats des évaluations orthophoniques des enfants diagnostiqués avec un trouble langagier s'avère une avenue intéressante et fera l'objet d'une étude

ultérieure. Une autre piste de recherche concerne un examen plus poussé des liens entre l'âge de l'enfant (3, 4 et 5 ans) et les motifs d'inquiétude parentale pour le langage. Troisièmement, le critère externe pour établir la présence/absence d'un trouble du langage était constitué du diagnostic psychiatrique à l'évaluation initiale. Idéalement, la fidélité inter-juges pour les diagnostics psychiatriques aurait dû être établie, mais une telle procédure aurait été difficilement réalisable dans le contexte d'un milieu clinique comme la CPPE. Une façon de valider ce critère serait d'établir sa concordance avec les résultats de l'évaluation complémentaire en orthophonie qui, logiquement, a été demandée pour chaque enfant ainsi diagnostiqué.

RETOMBÉES CLINIQUES DE L'ÉTUDE

Notre étude s'ajoute à celles qui font état d'une concomitance élevée entre les déficits langagiers et comportementaux chez les enfants. Elle révèle que cette concomitance peut être présente dès l'âge de trois ans et situe d'emblée ces enfants sur une trajectoire particulièrement à risque. Les enfants dont les parents sont inquiets pour le développement du langage et verront cette inquiétude fondée, sont parmi les plus jeunes et leurs comportements, parmi les moins problématiques de notre échantillon. Or, le niveau de difficultés de comportement de ces enfants est aussi élevé que celui des cas cliniques sélectionnés par Achenbach et Rescorla (2000) pour valider le *CBCL 1½-5 ans*, révélant ainsi la lourdeur des problèmes de ce groupe d'enfants de notre échantillon.

La concomitance des troubles signifie généralement la complexité des problématiques. Pour les cliniciens, ces situations diffèrent de celle d'un enfant dont le trouble du langage serait le seul diagnostic. L'évaluation clinique nécessite alors l'intervention de plusieurs professionnels qui travaillent idéalement en multidisciplinarité, afin de tenir compte de l'ensemble de la problématique. L'évaluation doit se systématiser et s'appuyer sur des instruments aux qualités métriques éprouvées et convenant à cette clientèle. Or, le développement et le maintien de l'expertise clinique pour la période préscolaire, particulièrement pour le choix des instruments d'évaluation à utiliser, constitue un défi pour les professionnels (Béliveau, Smolla, Breault, & Lévesque, 2014).

En conclusion, notre étude appuie la pertinence d'être attentif, en tant que professionnel, à la présence d'une inquiétude parentale pour le langage dans le repérage des enfants en difficulté langagière. Notre étude est la première portant exclusivement sur un échantillon d'enfants de la période préscolaire consultant en clinique psychiatrique et à confirmer que la très forte prévalence de déficits langagiers trouvée dans les échantillons cliniques d'enfants d'âge scolaire est toute aussi élevée dans notre

L'inquiétude parentale pour le langage

échantillon. Il s'agit également de la première étude utilisant comme critère externe un diagnostic posé en pédopsychiatrie.

Dans notre étude, la présence d'une inquiétude parentale s'avère particulièrement sensible et spécifique. Toutefois, l'absence d'inquiétude n'est pas un gage que tout se déroule normalement. En effet, le taux élevé de faux négatifs, soit 25,5 % des parents non inquiets pour le développement langagier et qui consultent pour des motifs autres, illustre bien le défi du dépistage précoce. Dans ces cas, une prépondérance des problèmes de langage réceptif, moins observables, par rapport à ceux relevant du langage expressif reste une hypothèse à éprouver. En effet, certains parents pourraient être rassurés du fait que l'enfant présente une certaine performance expressive, ce qui peut les amener à réclamer des interventions qui iront dans une fausse direction, voire une impasse. L'intervention avec ces familles doit nécessairement viser à ce que les perceptions parentales concordent avec le fonctionnement réel de l'enfant, base essentielle à un ajustement parental adéquat.

Parfois, les difficultés de comportement peuvent masquer un trouble du langage. À notre avis, la présence d'importantes difficultés de comportement augmente la probabilité qu'un trouble langagier non suspecté demeure non repéré, non évalué et non traité. L'absence d'inquiétude pour le langage et la présence d'importantes difficultés de comportement devraient inciter le professionnel à la vigilance, sachant qu'un pourcentage important de ces enfants présente un trouble du langage insoupçonné. Il serait crucial que les professionnels œuvrant auprès des enfants en difficulté comportementale et émotionnelle soient davantage sensibilisés à cette réalité déterminante pour le parcours de ces enfants. Le taux rapporté par la récente méta-analyse de Hollo *et al.* (2014), de 81 % d'enfants consultant pour des difficultés comportementales et émotionnelles et présentant un déficit langagier non identifié, est alarmant. Notre étude permet donc également, nous l'espérons, de sensibiliser les professionnels québécois à cette triste réalité. Étant donné la trajectoire particulièrement à risque de ces enfants, une politique publique de dépistage plus systématique des troubles de langage apparaît hautement souhaitable afin d'éviter que ces difficultés ne compromettent l'ensemble des sphères de développement de l'enfant.

RÉFÉRENCES

- Achenbach T. M. & 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 Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 46S-62S.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR: Test revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beitchman, J. H. & Brownlie, E. B. (2014). *Language disorders in children and adolescents: presentation, diagnosis, assessment, and empirically validated treatment*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
- Béliveau, M.-J., Smolla, N., Breault, C., & Lévesque, A. (2014). L'évaluation développementale et cognitive de l'enfant d'âge préscolaire en clinique psychiatrique. *Revue québécoise de psychologie*, 35, 65-107.
- Benner, G. J., Ron Nelson, J., & Epstein, M. H. (2002). Language skills of children with EBD: A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 43-59.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., & 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.
- Cohen, N. J., Davine, M., Horodezky, N. B., Lipsett, L., & Isaacson, L. (1993). Unsuspected 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.
- Cohen, N. J. & Horodezky, N. B. (1998). Language Impairments and psychopathology. Letter to the editor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 461-462.
- 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.
- Glascoe, F. P. (1991). Can clinical judgment detect children with speech-language problems? *Pediatrics*, 87, 317-322.
- Glascoe, F. P. (1997). Parents' concerns about children's development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99, 522-528.
- Glascoe, F. P. (1998). The value of "parents' evaluations of developmental status" in detecting and addressing children's developmental and behavioral problems. *Assessment for Effective Intervention*, 23, 185-203.
- Glascoe, F. P., Altermeier, W. A., & MacLean, W. E. (1989). The importance of parents' concerns about their child's development. *American Journal of Diseases of Children*, 143, 955-958.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 149-171.
- Hollo, A., Wehby, J. H. & Oliver, R. M. (2014). Unidentified language deficits in children with emotional and behavioral disorders: a meta-analysis. *Exceptional Children*, 80(2), 169-186.
- Johnson, C. J., Beitchman, J. H., & Brownlie, E. B. (2010). twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 51-65.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., & 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(2), 165-188.
- Law, J., Rush, R., Anandan, C., Cox, M., & Wood, R. (2012). Predicting language change between 3 and 5 years and its implications for early identification. *Pediatrics*, 130(1), e132-e138.
- McCue Horwitz, S. M., Gary, L. C., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2011). Un portrait statistique des familles au Québec. Direction des communications. En ligne: http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_Portrait_stat_complet_11.pdf.

L'inquiétude parentale pour le langage

- Mouridsen, S. E. & 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.
- Mouridsen, S. E. & 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.
- Nelson, H. D., Nygren, P., Walker, M., & Panoscha, R. (2006). Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics*, 117, e298-e319.
- Petersen, I. T., Bates, J. E., D'Onofrio, B. M., Coyne, C. A., Lansford, J. E., Dodge, K. A., et al. (2013). Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 542-557.
- Plaza, M. (2004). Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 460-466.
- Rannard, A., Lyons, C., & Glenn, S. (2005). Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. *British Journal of General Practice*, 55, 710-714.
- Rescorla, L. (1989). The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 587-599.
- Rescorla, L., Ross, G. S., & McClure, S. (2007). Language delay and behavioral/emotional problems in toddlers: findings from two developmental clinics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1063-1078.
- Stringer, H. & Lozano, S. (2007). Under identification of speech and language impairment in children attending a special school for children with emotional and behavioural disorders. *Educational and Child Psychology*, 24, 9-19.
- Turcotte, M. (2011). Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe. Les femmes et l'éducation. Statistique Canada. Composante du produit no 89-503-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89503x/2010001/article/11542-fra.pdf>.
- Ville de Montréal (2010). Portrait de la population immigrante de Montréal. En ligne : http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/mtl_stats_fr/media/documents/PORTRAIT%20DE%20LA%20POPULATION%20IMMIGRANTE%20%20C0%20MONTR%20C9AL.PDF
- Voci, S. C., Beitchman, J. H., Brownlie, E. B., & Wilson, B. (2006). Social anxiety in late adolescence: The importance of early childhood language impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 915-930.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H., Solheim, E., & Sveen T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 695-705.
- Wilens, T., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M., Blake, C., et al. (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.
- Zhang, X., & Tomblin, J.B. (2000). The association of intervention receipt with speech-language profiles and social-demographic variables. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9, 345-357.

RÉSUMÉ

La prévalence des déficits langagiers insoupçonnés, élevée en milieux cliniques, a été examinée dans un échantillon de 167 enfants (3 à 5 ans) référés en psychiatrie : 73,1 % sont diagnostiqués avec un trouble du langage, ce qui concorde avec les taux rapportés par la littérature. La sensibilité de l'inquiétude parentale pour le développement langagier est particulièrement élevée (88,5 %). Cependant, pour 25,5 % des parents non inquiets, l'enfant présente aussi des déficits langagiers. La non-détection des déficits langagiers peut entraîner des conséquences négatives majeures pour l'évolution de l'enfant en difficulté comportementale et nécessite donc d'être prévenue le plus tôt possible.

MOTS CLÉS

préscolaire, psychiatrie, trouble du langage, inquiétude parentale, sensibilité, spécificité

ABSTRACT

The prevalence of unsuspected language deficits, high in clinical settings, was examined in a sample of 167 clinic-referred preschoolers (aged 3 to 5): 73.1 % were diagnosed with a language disorder, which is consistent with rates reported by the literature. The sensitivity of parental worry for language development was particularly high (88.5 %). However, for 25.5 % of non-worried parents, the child also had language deficits. The non-detection of language deficits can lead to significant negative consequences for the development of the child who presents behavioral problems. It therefore needs to be prevented as soon as possible.

KEY WORDS

preschool, psychiatry, language disorder, parental worry, sensitivity, specificity
