

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Chadli Bendjedid
Faculté des Lettres et des Langues
Département de Lettres et Langue françaises



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE DE MASTER 2

Présenté en vue de l'obtention d'un Diplôme de Master Académique

« Sciences du langage »

Thème

**Les troubles du développement de la parole chez
l'enfant : Cas des élèves du primaire.**

Présenté Par :

Mademoiselle Guendouz Rahma

Soutenu le : octobre 2020

Devant le jury composé de :

Directeur de recherche :

DZIRI Ahmed

Présidente : Mme Boussaha Nadjla

Université Chadli Bendjedid el-Tarf

Examinatrice : Mme Chenouf Zouleikha

Université Chadli Bendjedid el Tarf

Rapporteur : M. Dziri Ahmed

Université Chadli Bendjedid el Tarf

Année universitaire 2019-2020

Dédicaces

Avec Joie, fierté et respect, je dédie ce travail :

. À celle qui a attendu avec patience les fruits de sa bonne éducation et de ses dévouements.

À ma chère mère.

. À celui qui s'est changé la nuit en jour pour m'assurer les bonnes conditions.

À mon cher père.

. À ma petite famille qui m'a toujours soutenue.

. Sans oublier tout les professeurs qui ce soit du primaire, du moyen ,du secondaire, ou du l'enseignement Supérieur.

. À tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu.

. À tous mes proches , et à tous ceux que j'aime.

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'un travail de recherche, je tiens à remercier Allah le tout puissant de m'avoir donné la foi et de m'avoir permis d'en arriver là.

Je veux adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont aidé pour la rédaction de ce mémoire

Mes remerciements vont particulièrement à mon Directeur de recherche Monsieur DZIRI Ahmed pour son aide précieuse et pour le temps qu'il m'a consacré pour discuter autour de notre thème de recherche, pour ses orientations, son implication dans mes recherches et pour ses précieux conseils.

Je voudrais également remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à notre recherche et à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier Mme l'orthophoniste et le personnel du centre Médico-psychopédagogique de Souk-Ahras.

Je remercie tous les professeurs de la faculté des lettres et langues, du département de français.

Enfin, je tiens à remercier l'université Chadli Bendjedid de m'avoir donnée l'opportunité de vivre une expérience aussi enrichissante tant sur le plan humain que professionnel, tout en gardant la possibilité de poursuivre les études.

Merci infiniment !

Rahma Guendouz.

Résumé :

Notre travail s'inscrit dans le domaine des sciences du langage et particulièrement à l'orthophonie qui est une discipline paramédicale qui s'intéresse aux pathologies des enfants présentant des troubles du langage. Nous nous sommes intéressés aux dix cas d'enfants scolarisés qui sont pris en charge par Mme l'orthophoniste où nous avons assisté à quelques séances de rééducation. Nous avons relevé et étudié les différents troubles d'apprentissage..

Nous avons essayé de cerner les troubles qui peuvent entraver le développement de la parole et les adaptations entreprises par l'orthophoniste afin d'aider les enfants en difficultés.

Notre recherche dans ce domaine nous a permis de proposer une mise en place d'une collaboration entre les parents, les enseignants et l'orthophoniste qui s'avère indispensable pour vaincre les difficultés appréhendées et trouver des solutions à corriger aussi bien les difficultés à articuler convenablement les mots, comme le bégaiement ou les troubles de la phonation, que les troubles d'apprentissage de la lecture et de l'écriture comme la dyslexie, la dysphasie et les syndromes sévères constatés.

Mots clés : *-trouble-rééducation-orthophonie-articulation-apprentissage.*

Summary:

Our work is in the field of speech therapy, which is a paramedical discipline that focuses on the pathologies of children with speech impairments. We are interested in the ten cases of school children who are cared for by the speech therapist, where we have attended a few rehabilitation sessions. We have tried to identify the disorders that can be associated with hardness and the adaptations undertaken by speech therapy in order to help children in difficulty.

Our research in this field has allowed us to propose a collaboration between parents, teachers and speech therapist who is essential to overcome the difficulties and find solutions to correct, Articulate properly the words, such as stuttering or phonation disorders, as learning disabilities of reading and writing such as severe syndrom.

Keywords: *Speech therapy-disorder-rehabilitation-articulation-learning.*

المخلص :

يندرج عملنا في ميدان علوم اللسانيات و خاصة علم الارطفونيا التي تعتبر مادة شبه طبية والتي تهتم بمشاكل الأولاد الذين يعانون من اضطرابات في اللغة.

ولقد ركزنا اهتمامنا على دراسة عشر حالات للتلاميذ المتمدرسين والذين تم التكفل بهم من قبل الارطفوني (الطبيب المعالج) حيث حضرنا بعض جلسات إعادة التأهيل وأحصينا عدة عوائق متعلقة بالتعلم خاصة حالات تناول الكلمة و عسر القراءة. حاولنا تحديد الظروف التي قد تترافق مع تناول الكلمة و عسر القراءة والتعديلات التي يقوم بها معالج النطق لمساعدة الأطفال الذين يواجهون صعوبات.

وقد سمح لنا بحثنا في هذا المجال باقتراح إنشاء التعاون بين أولياء الأمور والمعلمين والمعالج (معالج النطق) الذي هو ضروري لمكافحة هذه الصعوبات وإيجاد حلول لمعالجة كل التحديات في النطق السليم ، مثل التأتأة أو الصوت والتعبير، وكذا صعوبات التعلم في القراءة والكتابة مثل عسر القراءة.

الكلمات المفتاحية: الصعوبات-إعادة التأهيل الارطفونيا -عسر القراءة-النطق-التعلم

Table de matières

Dédicace	
Remerciements.....	
Résumés.....	

Introduction générale

Chapitre I: Les perturbations du développement du langage oral

I. Définition de l'orthophonie.....	14
II. Définition de l'orthophoniste.....	15
1. Domaine d'intervention de l'orthophoniste.....	15
2. Quand faut-il consulter un orthophoniste ?	16
3. Le matériel de base de l'orthophoniste.....	17
III. La classification des troubles du langage oral.....	18
1. Retard du langage.....	18
2. Dysphasie.....	19
2.1 Signes révélateurs de la dysphasie.....	19
2.2 Trouble du langage.....	20
2.3 Symptômes.....	20
2.4 Exemple de manifestation fréquente de la dysphasie.....	21
2.5 Troubles scolaires.....	22
2.6 Syndrome phonologique-syntaxique.....	22
2.7 Dysphasie réceptive.....	23
2.8 Préventions.....	23
2.9 Conseils.....	24
2.10 Causes de la pathologie.....	25
2.11 Les apprentissages scolaires.....	25
3. Aphasie.....	25

4.	Dyslexie.....	26
4.1	Les origines de la dyslexie.....	27
4.2	Vers un traitement contre la dyslexie.....	28
5.	Trouble de l'articulation.....	28
6.	Mutisme.....	29
7.	Dysorthographe.....	29
IV.	La distinction entre Dysphasie et aphasie.....	29
1.	Leurs causes.....	30
2.	Les statistiques de l'aphasie et de la dysphasie.....	30
3.	Contagion d'aphasie et de dysphasie.....	30
4.	Les principaux symptômes de l'aphasie et de la dysphasie.....	30
5.	Diagnostic de l'aphasie et de la dysphasie.....	31
6.	Risque possible de complication.....	31
7.	Traitement de l'aphasie et de la dysphasie.....	31
8.	Prévention de l'aphasie.....	31
V.	La différence entre: retard/ difficulté / trouble.....	32
VI.	Les signes d'alerte.....	33
VII.	L'apprenant du FLE.....	34

Chapitre II : Présentation du corpus.

I.	Le corpus.....	36
1.	Cas de l'élève Youcef.....	37
1.1	Définition du bredouillement.....	37
1.2	Que faire lorsque l'on parle avec quelqu'un qui bredouille.....	37
1.3	Des choses à ne pas dire à quelqu'un qui bredouille.....	37
1.4	Ce que l'on sait sur le bredouillement.....	38
1.5	La rééducation orthophonique.....	38
2.	cas de l'élève Nassim.....	38
2.1	Trouble de l'articulation et de la phonologie.....	39
2.2	Les causes de ce trouble.....	40

2.3 Les anomalies de l'articulation.....	40
2.4 Impact sur la communication.....	40
2.5 Quand doit-on consulter un orthophoniste ?	40
2.6 Le rôle de l'orthophoniste.....	41
3. Cas de l'élève Nadia.....	41
4. Cas de l'élève Badri.....	42
5. Cas de l'élève Karima.....	43
5.1 Définition du bégaiement.....	44
5.2 Les types du bégaiement.....	46
5.3 Traitement.....	46
6. Cas de l'élève Assia.....	47
7. Cas de l'élève Djamel.....	48
7.1 La dyslexie.....	48
7.2 Le diagnostic.....	49
7.3 Les causes.....	50
7.4 Troubles associés.....	50
7.5 Conséquences.....	51
7.6 Rôle des parents dans la prévention.....	51
8. Cas de l'élève Nahla.....	52
8.1 Rééducation de la perception auditive.....	52
8.2 Syllabes sans signification.....	53
8.3 Diagnostic.....	53
9. Cas de l'élève Dalila.....	54
10. Cas de l'élève Yacine.....	54
10.1 Rééducation de la lecture.....	55
10.2 Récapitulation des cas ayant des troubles.....	55

Chapitre III: analyse et discussion

1. Public de l'enquête et méthodologie adoptée	57
1.1 Le lieu de l'enquête.....	57
1.2 Le questionnaire.....	57
1.3 Dépouillement du questionnaire et réponses obtenues.....	58
2. Traduction des résultats	65
2.1 Le sexe.....	65
2.2 Apparition de la pathologie.....	66
2.3 Les âges.....	67
2.4 La situation familiale des parents.....	68
2.5 Manifestation du trouble.....	69
2.6 Nature du trouble.....	70
3. Quelques conseils pour une meilleure rééducation	71
3.1 Suggestions pour les parents.....	71
3.2 Suggestions pour les enseignants.....	71
3.3 La mise en place d'une collaboration entre les parents, les enseignants et l'orthophoniste.....	72
3.4 Conclusion.....	73
Conclusion générale	74
Références bibliographiques	77
Annexes	80

Introduction générale

Introduction générale

Nous évoluons dans un monde où la communication est désormais essentielle que ce soit de vive voix, de manière numérique ou via tout autre support, rester en contact avec ceux qui nous entourent et le monde en général.

Le statut de l'enfant devient de plus en plus important dans la vie quotidienne. L'enfant est dépendant de tout son environnement, ses parents et ses enseignants. Il peut être influencé par des facteurs internes ou externes, ce qui va l'enfreindre à acquérir les différentes facultés qui caractérisent tous les humains.

Les troubles du langage et de la communication sont parmi les épreuves les plus difficiles que rencontrent les enfants. Ils représentent un handicap majeur pour leur développement personnel, la construction d'une vie sociale et leur vie quotidienne. Le langage et les langues sont acquis lors d'interactions dans un contexte social qu'on peut appréhender à travers des cercles plus ou moins larges : la famille, le groupe de pairs, le réseau social, la communauté tout entière.

Dans le cadre de l'enseignement/apprentissage du français langue étrangère (FLE), nous entendons souvent parler du retard d'acquisition de la parole et des troubles qui envahissent le développement chez l'enfant, qui doit être pris en charge par les spécialistes des différentes pathologies.

Des travaux de plus en plus nombreux et précis montrent que l'enfant construit sa langue en combinant créativement et en schématisant des « morceaux d'expériences langagières » qu'il mémorise à partir des énoncés qu'on lui adresse. Des recherches sont en cours pour comprendre comment il utilise ce qu'il entend pour apprendre certaines unités ou constructions linguistiques (la liaison, la construction factitive, les variantes sociolinguistiques).

Il est à noter cependant, que le choix de notre sujet de recherche a été motivé parce que cette catégorie d'enfants a longtemps été négligée, malgré ceux-ci ne manifestent d'aucune existence d'un langage et d'une communication ni verbale pour la plupart, ni non verbale pour d'autres, ainsi les souffrances des enfants causées par le regard négatif de notre société, et l'absence d'intégration sociale et professionnelle.

Le développement du langage suit un déroulement assez fixe d'un enfant à l'autre, mais avec des variations dans les différentes étapes. Il dépend à la fois des capacités neurocognitives innées, et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant. Il s'agit d'un processus actif au cours duquel l'enfant recherche et expérimente le langage de son environnement.

Les troubles du développement du langage s'avèrent un motif pour une consultation chez l'orthophoniste qui va préciser la part des troubles phonétiques, sémantiques et syntaxiques et d'une façon générale, la manière de l'utilisation du langage par l'enfant au cours de la communication de tous les jours.

Dans la perspective psycholinguistique et développementale, c'est le trouble du débit de la parole en lui-même qui nous intéresse et son développement dans la parole enfantine. Les travaux consultés sur l'acquisition du langage montrent que plus l'enfant avance en âge, plus le débit de la parole s'améliore, ceci nous conduit à formuler notre problématique de recherche de la façon suivante :

- *Quels sont les indices valables pour se prononcer qu'un enfant souffre d'un trouble de développement de la parole ?*
- *Quels sont les traitements possibles pour remédier aux problèmes de ce trouble spécifique chez les enfants ?*
- *Quels conseils suggérer aux parents pour une meilleure rééducation ?*

De cette *problématique* découlent les *hypothèses* suivantes :

- Le développement de la parole chez l'apprenant du FLE peut être causé par la difficulté du système phonologique du français et sa différence avec celui de la langue maternelle.
- Le trouble de la parole peut avoir une origine psychique, neurologique ou génétique.
- Pour une meilleure identification du trouble de la parole de l'enfant, il est nécessaire de le présenter au spécialiste tel l'orthophoniste.

Notre travail est divisé en trois chapitres :

Dans le premier (les perturbations du développement du langage oral), nous allons aborder la classification des troubles du langage oral, le retard du langage, la dysphasie, l'aphasie, la dyslexie et les troubles de l'articulation, le mutisme, la dysorthographe, La distinction entre dysphasie et l'aphasie, les signes d'alerte, l'apprenant du FLE et enfin les facteurs qui influencent l'acquisition du français.

Dans le second chapitre (présentation du corpus), nous analysons les différents cas de troubles de la parole et leurs symptômes de dix élèves, nous définissons aussi le bégaiement, ses causes et ses conséquences, le bredouillement, la dyslexie, les symptômes remarqués et les difficultés phonologiques.

Quant au troisième (analyse et discussion), nous présentons le public de l'enquête et la méthodologie adoptée, le questionnaire destiné à l'orthophoniste, certaines méthodes de repérage et de récupération des troubles constatés dans notre analyse, proposées par l'orthophoniste pour le dépistage de certains troubles, quelques conseils à partir de suggestions aux parents et aux enseignants pour une meilleure rééducation et enfin une mise en place d'une collaboration entre les parents, les enseignants et l'orthophoniste dans l'intérêt de l'enfant.

Chapitre I

Les perturbations du développement du langage oral :

I. Définition de l'orthophonie :

L'orthophonie définit la prononciation normale et par extension, désigne la prise en charge paramédicale visant à traiter les différents troubles du langage parlé et écrit, pouvant notamment être liés à des atteintes des organes vocaux (larynx, cordes vocales) ou des lésions cérébrales.

L'orthophonie corrige ainsi aussi bien les difficultés à articuler convenablement les mots, comme le bégaiement ou les troubles de la phonation, que les troubles d'apprentissage de la lecture et de l'écriture comme la dyslexie. Pour ce faire, l'orthophoniste se base essentiellement sur des exercices spécifiques, devant être répétés de nombreuses fois par le malade pour corriger son défaut ou récupérer ses fonctions antérieures fréquemment dans le cas d'un accident vasculaire cérébral.

L'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins. Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles :

- Du langage oral et écrit et de la communication,
- Des fonctions oro-myo-faciales,
- Des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique,

Elle consiste également à :

- A maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives,
- Et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales.

L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment :

- Dimensions linguistiques : préverbales, articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, morphosyntaxiques, mais aussi habiletés discursives et pragmatiques, notamment dans la distinction énoncé/énonciation,
- Dimensions cognitives dépendantes des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales,
- Dimensions psycho-affectives : le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme,
- Dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle.

L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, les troubles observés dans les paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur.

II. Définition de l'orthophoniste :

L'orthophoniste désigne un thérapeute spécialisé dans les troubles de la communication, lesquels peuvent être en lien avec la voix, la parole et le langage.

Exemple : Depuis qu'elle voit un orthophoniste, elle s'exprime beaucoup mieux et on commence à comprendre ce qu'elle dit.

Traduction anglais : speech therapist.

L'orthophoniste est un praticien qui accompagne les personnes de tous âges souffrant de troubles de la communication. Ces troubles peuvent se manifester à l'oral (bégaiement, prononciation) ou à l'écrit (dyslexie, difficultés de calcul et d'écriture). Un trouble de la parole ou du langage constitue un réel handicap à l'insertion et à l'épanouissement de l'individu dans la société, les orthophonistes sont donc très consultés.

1. Domaine d'intervention de l'orthophoniste.

L'orthophoniste¹ tente donc de remédier aux troubles de la communication. Il traite également les troubles neurologiques comme la maladie d'Alzheimer, la dysphasie ; ainsi que les handicaps liés à la communication (surdité, autisme...). Il est ainsi amené à gérer des pathologies aux formes très vastes et doit de ce fait s'adapter à des publics très variés :

- enfants ;
- personnes âgées ;
- personnes en situation de handicap ;
- personnes en r ducation suite à un accident cérébral...

¹entiel d'activités du Certificat de Capacité en Orthophonie, publié au Bulletin Officiel N 32 du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 5 septembre 2013

L'orthophoniste réalise un diagnostic et un dépistage de la pathologie du patient, pour mettre en place la rééducation appropriée. La grande majorité des orthophonistes (80 %) sont implantés dans des cabinets libéraux. Les autres exerçant généralement en tant que salariés en milieu hospitalier (en neurologie, pédiatrie, gériatrie...) ou dans des centres médico-psychologiques. Mais ils peuvent également être à la fois salariés d'un centre hospitalier et exercer en indépendant dans leur cabinet, en parallèle.

2. Quand faut-il consulter un orthophoniste ?

Le petit “cheveu sur la langue” de l'enfant ne passe pas avec l'âge ? On s'inquiète, car il a des difficultés pour apprendre à lire et à écrire ? Il est important de dépister d'éventuels troubles et d'y remédier pour permettre une bonne progression scolaire.

L'orthophonie traite du dépistage, du bilan et de la rééducation des troubles du langage oral et écrit. Les orthophonistes interviennent donc le plus souvent auprès d'enfants, dès l'âge de 3 ans – parfois plus tôt quand il y a un handicap sensoriel, moteur ou mental – et sans limite d'âge.

Les adultes peuvent également y avoir recours, par exemple en cas de trouble non traité dans l'enfance (bégaiement, défaut de prononciation...), de trouble de la voix ou suite à une intervention chirurgicale.

- *Les cas les plus fréquents de consultation.*

Actuellement, la majorité des cas concerne des problèmes de dyslexie et de dysorthographe, c'est-à-dire les troubles d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe. Leur résolution reste incontournable dans la mesure où ils empêchent la progression scolaire de l'enfant.

Le langage oral a aussi une place importante : troubles d'articulation, retards de parole et de langage. Plus le dépistage et la résolution sont précoces, plus vite l'enfant pourra acquérir un niveau de langue satisfaisant pour aborder le langage écrit dans de bonnes conditions.

La maîtrise de la langue orale comme celles de la lecture et de l'orthographe sont des processus complexes, faits d'avancées et de paliers, de difficultés passagères et de progrès parfois fulgurants.

Cependant, en cas de doute, rencontrez d'abord l'équipe enseignante : elle connaît votre enfant et doit savoir vous guider. Ensuite, consultez votre médecin (généraliste, pédiatre, ORL...) qui vérifiera que votre enfant voit bien, entend bien et n'a pas de problème moteur.

Par exemple, quand un enfant de 4 ans ne dit pas encore la fin des mots ou les transforme, ce peut être lié à des otites persistantes et répétitives (dites “séreuses”) qui ont, pendant un temps, empêché l'enfant de bien percevoir la finesse des sons.

- ***Qu'est-ce qu'un bilan orthophonique ?***

Si le médecin le juge utile, il prescrira un bilan orthophonique², que vous pouvez faire effectuer par l'orthophoniste de votre choix. Ce bilan est un acte pris en charge à 60 % par l'assurance-maladie, de même que les séances prescrites par la suite.

Au cours de la première étape de ce bilan, l'orthophoniste s'informe auprès des parents des événements de la petite enfance, de la fratrie, de la scolarité de l'enfant et des antécédents familiaux. Puis, si votre enfant l'accepte, il passe quelques tests. Le bilan se clôt par un entretien, pour faire le point et vous expliquer la rééducation qui sera éventuellement mise en œuvre. Profitez-en pour poser toutes les questions qui vous préoccupent.

3. Le matériel de base de l'orthophoniste :

Que ce soit pour faire un bilan orthophonique ou pour mener une Rééducation orthophonique, les orthophonistes utilisent un matériel d'orthophonie spécifique pour traiter leurs patients.

Les orthophonistes ont besoin d'un matériel de base, indispensable à la pratique de leur exercice :

- des stylos et crayons de diverses tailles et couleurs ;
- des feutres et crayons de couleur (mines de différentes épaisseurs) ;
- des feuilles de papier de différents formats (principalement A4), du papier épais et du papier Bristol ;
- de la colle, du scotch et une agrafeuse ;
- des pochettes en plastique.

² CHEVRIE-MULLER C, PLAZA M, RIGOARD MT. Pourquoi de « nouvelles épreuves pour l'examen du langage » ? Réflexions sur le bilan de langage en pratique orthophonique. Entretiens d'orthophonie, 2000.

À ces fournitures de base s'ajoutent certains jeux indémodables qui pourront servir à toutes sortes d'exercices d'orthophonie :

- des dés soit numériques, soit comportant des dessins ;
- des dominos ;
- le jeu de l'oie ;
- le jeu des 7 familles ;
- le jeu de Memory ;
- les puzzles (allant d'une douzaine à une centaine de pièces) ;
- les formes en bois (cubes, cylindres, ponts...) ;
- les petites voitures ;
- les poupons ;
- la dînette ;
- la pâte à modeler ;
- la gouache et de la peinture à doigts ;
- les lettres magnétiques ;
- quelques instruments de musique (tambourin, flûte, triangle, castagnettes...) ;
- les livres de jeunesse tels que « Petit ours brun » ou les « Monsieur et Madame » et des bandes dessinées ; les cartes illustrées pour permettre de faire la distinction entre des sons proches : D-T, B-P, B-V ou K-G par exemple.

Les troubles de développement du langage sont une raison répétée de consultation (5% des enfants de 5 ans ont des troubles du langage), un bilan orthophonique suivi par des tests est essentiel pour déterminer les troubles phonétiques syntaxiques sémantiques et généralement la façon dans l'enfant use le langage dans la communication.

III. La classification du trouble de langage oral:

1. Le retard du langage:

Est marqué par un trouble des normes syntaxiques et linguistiques du langage, loin de toute perturbation de la personnalité et le retard mental est également une pathologie du langage oral qui exprime un développement linguistique qui n'est pas identique aux règles connues.

2. La dysphasie:

Ou trouble primaire (et donc durable) du langage oral, c'est un trouble neuro développemental. Il affecte la communication verbale des enfants qui se traduit par un déficit sévère et durable du développement de la production et/ou de la compréhension de la parole et du langage.

La dysphasie est un trouble central lié au « développement du langage oral et [elle peut] toucher les aspects réceptifs (décoder le langage reçu) et/ou expressifs (phonologiques, lexicaux, syntaxiques...) ».

Elle peut cibler plus particulièrement l'expression (« dysphasie expressive »), la compréhension (« dysphasie de réception ») ou les deux à la fois (« dysphasie mixte »). Ce trouble a des répercussions de longue durée sur la communication du sujet atteint, puisqu'il s'agit d'un trouble structurel de l'apprentissage du langage, d'une anomalie du développement du langage.

Le mot dysphasie a été formé du préfixe *dys* signifiant : « mauvais, erroné, difficile » et du radical grec *phasis* signifiant : « parole, langage ». Étymologiquement, *dysphasie* signifie « mauvais langage » et/ou « parole difficile ».

On a employé par le passé le terme d'audimutité (terme québécois) pour désigner une mutité congénitale en l'absence de surdité. On emploie maintenant le terme dysphasie.

Au Québec, environ 3 % à 4 % des enfants d'âge préscolaire présenteraient cette pathologie tandis qu'une étude belge rapporte des taux de 5 % à 20 % pour les enfants d'âge préscolaire et primaire. Deux dysphasiques sur trois sont des garçons. En France, le rapport Ringard avance le chiffre de 2 % des enfants scolarisés.

2.1 Signes révélateurs de la dysphasie

- Pendant la première année de sa vie, l'enfant est silencieux et il n'a pas d'activités d'échange (par exemple, pointer son index vers des objets pour les désigner).
- À 18 mois, il ne dit pas de mots qui ont une signification comme « papa » ou « maman ».
- À 24 mois, il ne dit pas de phrases significatives de deux à quatre mots.
- À 3 ans, seuls ses proches le comprennent car il a un langage inintelligible ou hors du contexte. Attention : toutefois, cette caractéristique peut être liée à un simple retard de parole.

Par la suite, divers troubles sont vécus par ces jeunes

2.2 Troubles de langage

- Production verbale indistincte, discours peu structuré ;
- manque de vocabulaire ;
- l'enfant ne pose pas de questions et il est incapable d'exprimer des demandes spécifiques contrairement aux autres jeunes ;
- il comprend la signification de surface d'un discours ou d'un texte, mais il a de la difficulté à comprendre le sens profond, les concepts abstraits ou la distinction entre ce qui est important et ce qui ne l'est pas.

2.3 Symptômes

Les enfants atteints de dysphasie commencent à présenter un retard de langage à partir de 2 à 5 ans. Malgré leur désir d'interagir avec les autres, ils éprouvent des difficultés à le faire. Souvent ils se découragent puisque les personnes autour d'eux ont de la difficulté à les comprendre. Ceci peut engendrer de l'isolement, de la colère, une atteinte à l'estime de soi, etc.

2.4 Exemple de manifestations fréquentes de la dysphasie

Voici quelques manifestations fréquentes de la dysphasie :

Expressif	Réceptif
Discours avec hésitation / pauses	Messages compris au sens littéral (par exemple l'expression : <i>tombé dans les pommes</i>)
Utilisation de mots de remplissage (par exemple : <i>truc, chose</i>)	Sarcasme difficilement compris
Utilisation et organisation de sons inadéquats à l'intérieur du mot	Difficulté à comprendre certains types de questions : où, quand comment, pourquoi, qui, quoi
Omissions de déterminants	Notions de contraire difficilement comprises (par exemple contraire de : <i>gentil---méchant, jour-----nuit, grand-----petit</i> etc.)
Utilisation de phrases courtes	Difficulté à comprendre une double tâche (par exemple : « Va chercher le crayon sur la table et mets-le dans ton coffre à crayon »)
Difficulté à présenter des demandes verbales	Difficulté à comprendre les messages longs et complexes
Difficulté à raconter des histoires / faits vécus / etc.	Mots abstraits difficilement compris

Quelques exemples de discours dysphasique (*exemples tirés d'observations faites auprès d'enfants entre 3 et 5 ans, à Montréal par Alexandra Suchecki dans le cadre du travail Dysphasie +*) :

- « Moi j'ai bonbons » au lieu de dire « Moi, j'ai des bonbons »
- « Les loups tétombé » au lieu de dire « Les loups sont tombés »
- « keskipasse » au lieu de dire « Qu'est-ce qu'il se passe »

2.5 Troubles scolaires

- En classe, il a de la difficulté à comprendre les consignes ;
- il présente des troubles d'apprentissage en lecture, en écriture ou en mathématiques.
- ***Troubles de la perception du temps :***
 - Il se détache difficilement du moment présent ;
 - il s'adapte difficilement aux changements dans la routine ;
 - il présente un déficit lié au vocabulaire relatif au temps.
- ***Troubles cognitifs***
 - Il développe peu de jeux symboliques ;
 - il est facilement distrait, peu attentif ou il bouge beaucoup.
- ***Troubles sociaux***
 - Il vit des frustrations lorsqu'il cherche ses mots et qu'il n'y arrive pas ;
 - il a aussi tendance à vivre de l'insécurité, à s'isoler, à réagir de façon démesurée et à avoir une faible estime de soi.

Les enfants ne sont pas les seuls à être touchés. La dysphasie étant un trouble structurel, il est acquis depuis la naissance et reste tout au long de la vie.

2.6 Syndrome phonologique-syntaxique (la forme de dysphasie la plus fréquente)

L'enfant a un langage déficitaire avec de grosses difficultés d'expression et des difficultés de compréhension moindres. Le trouble premier est phonologique : l'enfant est difficilement intelligible et c'est cette phonologie déficiente qui masque les difficultés syntaxiques sous-jacentes. Il souffre donc également d'agrammatisme : son langage est télégraphique, peu ou pas d'utilisation des pronoms (je, tu, il...), les conjonctions de coordination ne sont pas utilisées. Le temps verbal est inapproprié, mais l'enfant conserve une conscience syntaxique : il est capable de distinguer une phrase correcte grammaticalement d'une autre incorrecte. Il n'a pas ou peu de manque de mots, mais son stock lexical est réduit, sans qu'il n'ait de réel problème pour accéder à celui-ci. Il présente également une hypospontanéité verbale. Une dysgraphie est possible, avec une motricité manuelle généralement déficiente.

2.7 Dysphasie réceptive :

C'est une des formes les plus graves de la dysphasie. Il est alors impossible à l'enfant qui souffre de ce trouble de reconnaître un objet ou un lieu par le son qui le caractérise, tel que le bruit de l'eau, le son caractéristique d'une ambiance telle qu'une rue animée, le bruit d'un avion, etc. Cette dysphasie s'appelle « surdité verbale » lorsqu'elle est particulière aux sons.

- Lexicale-syntaxique ou dysphasie de type mnésique.

L'enfant éprouve de grosses difficultés à s'exprimer du fait que son stock lexical est d ficientaire, très pauvre pour son âge. Il a un gros manque de mots. On parle de trouble du contrôle sémantique. Les notions d'espace et de temps sont difficilement maîtrisées : difficulté à se rappeler l'ordre des jours dans la semaine, ce que l'on fait tel ou tel jour. Il présente donc aussi de grosses difficultés dans la construction d'un récit et les difficultés de compréhension augmentent avec la longueur du texte. Pour s'exprimer, l'enfant utilisera des phrases courtes, genre « sujet-verbe-complément ». Tous les petits vocables qui ne sont pas évocateurs pour l'enfant sont écartés de ses phrases. L'informativité de son discours est pauvre.

- Sémantique-pragmatique

On parle ici de trouble de la formulation. L'enfant va avoir tendance à utiliser le vocable de manière rigide, *plaqu e* et souvent inadaptée à la situation. De ce fait, il a du mal à comprendre les instructions qui lui sont données. Une phrase longue, complexe sera mal interprétée. L'enfant ne retiendra que les termes les plus évocateurs pour formuler une réponse, laquelle ne sera pas toujours en adéquation avec le contexte. Le contact visuel est fuyant. On parle de *cocktail party syndrom* pour dénoter l'incohérence de ses énoncés qui passent du coq-à-l' ne sans lien apparent. Attention, cette dysphasie n'est pas admise de tous, faisant parfois penser à un trouble de la personnalité et de la relation à l'autre

2.8 Préventions

Une prise en charge précoce permet souvent d'améliorer le langage et d'aider l'enfant. Les parents peuvent déjà déceler des anomalies du langage chez leur bébé comme la difficulté à traiter et émettre peu de son comparativement à d'autres bébés du même âge. (*Citation directe de Madame Tessier, directrice de l'association Dysphasie*). Cependant comme le retard n'est pas nécessairement important à ce stade, la plupart des parents attendent quelques années avant d'avoir une première consultation

Pour savoir auprès d'un spécialiste si un enfant souffre d'un des troubles de « dys », il faut aller voir un orthophoniste. Une vérification de l'audition et de la vision est aussi faite pour savoir s'il ne s'agit pas de la source du problème. L'orthophoniste

effectue un bilan de langage mais « il ne sera pas toujours possible de poser clairement un diagnostic dès le premier bilan. » Ce bilan peut être effectué avant 4 ans. Après 3 ans, la rééducation individuelle peut s'envisager. Après le bilan, il y a « soit rééducation sur un temps donné », « soit consultation chez un médecin spécialisé [...] pour des examens complémentaires. » Toutefois, un entretien avec un psychologue est nécessaire pour savoir s'il existe des troubles du comportement et/ou de la personnalité et si l'enfant n'a pas de problèmes psychiques pour savoir s'il aura des difficultés avec la rééducation.

2.9 Conseils

Voici quelques conseils à suivre en présence de personnes dysphasiques :

- 1) Utiliser des supports visuels (pictogrammes, gestes)
- 2) Faire de courtes phrases
- 3) Séparer vos demandes; une consigne à la fois
- 4) Regarder l'enfant dans les yeux lorsque vous lui parlez
- 5) Reformuler des phrases non comprises autrement
- 6) Parler lentement, clairement, en articulant
- 7) Demander à l'enfant s'il a compris
- 8) Prévoir des activités de courte durée
- 9) Alternier les activités verbales avec d'autres types d'activités (ex. jeux de motricité, collation, etc.).
- 10) Donner une récompense après une tâche (par exemple : Bravo !, Super !, autocollants)

2.10 Causes de la pathologie

Les causes de l'atteinte dysphasique sont encore mal connues. Parmi celles qui sont retenues fréquemment, nous pouvons citer certains facteurs génétiques (environ trois fois plus de garçons atteints que de filles), neurobiologiques, épilepsie partielle, et certaines anomalies neuro-développementales.

Les causes exactes de la dysphasie ne sont pas toujours claires. Il y aurait cependant deux principales hypothèses, selon que la cause soit génétique ou neurobiologique (particularités dans le fonctionnement cérébral). Deux études présentent des résultats contradictoires. Dans la première, Rosenberger & Hier (1980), ne détectent aucune lésion cérébrale, mais plutôt une asymétrie cérébrale anormale entre les sujets de l'étude. Une seconde étude de Caparulo, Cohen, Rothman, Young, Katz, Shaywitz & Shaywitz (1981) contredit les résultats de Rosenberger & Hier. Ces chercheurs ont trouvé une anomalie cérébrale chez 6 des 16 sujets. Les contradictions entre les résultats des chercheurs pourraient découler d'une différence dans la nature et la sévérité du trouble.

2.11 Les apprentissages scolaires

Les jeunes sujets à la dysphasie devraient théoriquement pouvoir poursuivre leur scolarité en milieu ordinaire, avec des adaptations pédagogiques, parfois une aide humaine, une scolarisation en milieu adapté peut être envisagée. L'enfant aura dans ces écoles intégrées la possibilité de suivre un enseignement adapté et de suivre des rééducations sur place.

En plus de la rééducation orthophonique et si l'enfant présente des difficultés spatio-temporelles, des séances de psychomotricité peuvent être conseillées.

3. L'aphasie:

Est une perte totale ou partielle de la capacité d'utiliser ou de comprendre une langue, et due à une lésion cérébrale.

Parmi les symptômes d'aphasie :

L'utilisation des mêmes mots, expression, quel que soit le contexte (l'utilisation des termes personnels ou des mots incompréhensibles, le mal de prononciation, le remplacement d'un son ou des mots par un autre, produit des phrases absurdes et longues ou bien écrire des expressions dénuées de sens.

4. La dyslexie:

Est un trouble dont souffrent certains enfants, qui se manifeste par l'incapacité de lire (la lecture) ou d'écrire (troubles de l'apprentissage du langage écrit, de l'orthographe). La dyslexie concerne environ 12 % de la population, dont 4% s'avèrent touchés, sans compter l'entourage, parents, conjoints, enfants, amis, enseignants, médecins, psychologues : bref, tout le monde en est concerné.

La dyslexie³ appartient à la grande famille des troubles spécifiques des apprentissages. Ce trouble de l'attention qui affecte exclusivement le langage écrit toucherait entre 5 % et 15 % des enfants. En dehors des difficultés d'apprentissage de la lecture qu'elle entraîne, la dyslexie peut, dans les cas les plus sévères, engendrer une inadaptation sociale, voire un trouble anxieux. Trouble de l'apprentissage relativement fréquent, la dyslexie est un important facteur d'échec scolaire chez le jeune enfant. Diagnostiquée suffisamment tôt, elle peut être traitée efficacement. En Algérie, environ un enfant sur dix présente des difficultés pour lire.

La dyslexie est un dysfonctionnement cérébral ou psychique⁴ ayant des répercussions sur l'écriture et le langage, et conduisant à une inversion des données. Elle touche environ 10% de la population, et elle touche plus facilement les garçons que les filles. Ce sont davantage les gauchers les plus touchés.

Ces enfants présentent des difficultés dans l'acquisition de la lecture, et de l'écriture. Les enfants souffrant d'une dyslexie doivent recevoir un accompagnement et un enseignement spécialisé, visant à la correction des troubles et qui sera d'autant plus efficace, si elle est diagnostiquée rapidement.

On distingue trois grandes formes de dyslexie. La dyslexie phonologique, ou dysphonétique, est la plus fréquemment observée. Elle se manifeste par une difficulté du sujet à effectuer une correspondance entre le graphème et le phonème. On parle d'un dysfonctionnement au niveau de la voie d'assemblage⁵. La dyslexie de surface,

³ Génération Dyslecteurs. (2014) Bien comprendre la dyslexie pour mieux comprendre les dyslexiques. Ouvrage du Dr Vincent Goetry et coll. Sous la direction de Jacques Beaulaton.

⁴ *Vive la dyslexie !* (2004), Béatrice Sauvageot et Jean Métellus, poche, collection 'J'ai lu' (ISBN 2-290-33118-X)

⁵ *Maux de lettres, Mots de l'être* (2010), le film documentaire de Jacques Beaulaton et Nathalie Sartiaux, sur les souffrances et les réussites des dyslexiques. Production Fondation Dyslexie.

également appelée dyslexie dyséidétique, se caractérise par une difficulté à stocker l'image d'un mot dans le lexique interne. On parle d'un dysfonctionnement au niveau de la voie d'adressage. La dyslexie mixte présente un dysfonctionnement de la voie d'assemblage et de la voie d'adressage.

4.1 Les origines de la dyslexie

La dyslexie se manifeste en l'absence de tout déficit visuel, auditif ou intellectuel et malgré une scolarisation normale. La cause ? Peut-être une mauvaise connexion dans le cerveau.

Bien que normalement intelligentes, certaines personnes présentent des troubles de l'apprentissage qui se caractérisent par des difficultés à accomplir certaines tâches très utiles dans la vie courante, comme la lecture, l'écriture ou le calcul. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 8 à 10 % des enfants souffrent de dyslexie et ont du mal à associer un son avec une lettre, une syllabe ou un mot.

En diminuant les facultés de lecture et d'écriture, la dyslexie entraîne souvent une marginalisation sociale⁶. Les recherches ont heureusement permis de mieux connaître cette maladie et d'améliorer la prise en charge des enfants dyslexiques. Une étude récente a par exemple conduit à l'identification d'un marqueur génétique qui pourrait servir à repérer le handicap très tôt, avant même l'apprentissage de la lecture. Une autre recherche a montré que le volume de la substance blanche, qui relie les différentes aires actives du cerveau, était aussi un indicateur de cette pathologie.

Cependant, jusqu'ici, aucune équipe n'était parvenue à comprendre les causes de ce trouble de l'apprentissage. Dans une nouvelle étude, publiée dans la revue *Science*, des chercheurs de l'université catholique de Louvain (KUL), en Belgique, ils se sont penchés sur le problème. En particulier, ils se sont demandés pourquoi les dyslexiques, pourtant capables d'entendre et de comprendre correctement les sons, n'arrivaient pas à les retranscrire en mots écrits.

- La dyslexie, un problème de cerveau déconnecté

Pour répondre à cette question, ils ont recruté 45 adultes dont 23 souffrant de dyslexie, et ont observé leurs cerveaux par imagerie par résonance magnétique (IRM) pendant qu'ils écoutaient différents sons. Leurs résultats n'ont montré aucune différence d'activité cérébrale⁷. « *Cela suggère que le cerveau des personnes*

⁶ *Approche neuropsychologique des troubles des apprentissages* dirigé pas Sylvie Chokron et Jean-François Demonet, 2010, Éditeur : SolaledSolal. (ISBN 978-2-35327-099-6)

⁷ Neural deficits in children with dyslexia ameliorated by behavioral remediation: Evidence from functional MRI [archive].

dyslexiques entend les sons de la même façon que les autres », explique Sophie Scott, une des participantes à l'étude.

Dans une autre expérience, les scientifiques ont voulu explorer les connexions cérébrales mises en jeu lors de l'écoute de sons. Ils se sont particulièrement intéressés à 13 zones du cerveau, connues pour participer au langage et ont observé les structures qui les connectent entre elles. Ils se sont alors rendu compte que dans les cerveaux des participants dyslexiques, le gyrus temporal supérieur, la région contenant le cortex auditif, n'était pas correctement lié au gyrus frontal inférieur, une zone impliquée dans le développement du langage et de la parole. « *On pourrait donc décrire la dyslexie comme un trouble qui déconnecte le cerveau* », indiquent les chercheurs.

4.2 Vers un traitement contre la dyslexie ?

Les auteurs ont également montré que plus cette connexion était déficiente, plus les troubles dyslexiques étaient importants. Selon leurs données, l'évaluation du niveau de fonctionnalité de cette liaison cérébrale permettrait de prédire les risques de dyslexie avec une précision de 73 %.

« *Cette étude montre que lorsque l'on étudie une maladie du système nerveux, on ne peut pas uniquement regarder les régions cérébrales indépendamment les unes des autres*, raconte Sophie Scott. *Il est important d'analyser le cerveau dans son ensemble et d'observer la manière dont les différentes zones du cerveau communiquent entre elles.* » Cette étude ouvre la voie vers une piste de traitement contre la dyslexie. Dans le futur, les chercheurs souhaiteraient trouver des solutions pour améliorer les connexions⁸ qui fonctionnent mal et soigner ce trouble invalidant.

5. Trouble de l'articulation:

Il s'agit d'une erreur permanente et systématique dans la production des sons où phonèmes. Une mauvaise habitude musculaire qui génère chez l'enfant des difficultés pour combiner l'action de la langue, des dents et des lèvres et cela provoque la formation d'un son à la place d'un autre.

On observe des défauts du type "Schlintement" ou nasonnement .Ces trouble sont parfois liés aussi à une division palatine (bec-de-lièvre ou à une malformation du voile du palais) peuvent être rééduqués lors d'une consultation.

Il est normal qu'un enfant au début de l'apprentissage de la langue déforme certains sons. Plus l'enfant a l'habitude de produire des sons d'une certaine manière, plus il est difficile de changer son comportement si les difficultés persistent au-delà de 4 ans il est recommandé de procéder à une évaluation par l'orthophoniste, il est

⁸ GALABURDA AM. Developmental dyslexia: A multilevel syndrome. Dyslexia 1999, 5 : 183-191.

préférable d'intervenir chez un enfant plus jeune, mais il faut l'attendre jusqu'à ce qu'il atteigne un âge spécifique, par conséquent un orthophoniste peut juger du moment approprié pour commencer le traitement (les thérapies).

6. Le mutualisme :

Est une suspension ou disparition de la parole chez l'enfant ou l'adulte. C'est un trouble que se manifeste dans la capacité de la personne à parler et son incapacité lors de situation particulière. L'état d'une personne qui souffre à l'impossibilité de parler, et qui ne peut pas s'exprimer. Il ne faut pas confondre entre le mutisme lié à une cause physiologique. on le remarque quand les lobes frontaux sont blessés où sont endommagés. Le mutisme est lié à une cause psychique, réaction à un événement traumatisant (divorce, décès, agression..). Le mutisme est aussi lié à une anxiété (psychique), trouble anxieux où la parole augmente et élève l'anxiété de l'enfant.

7. La dysorthographe:

Il s'agit d'un trouble d'apprentissage qui se caractérise par une déficience importante et permanente dans la compréhension des règles orthographiques et également appelé trouble de l'acquisition de l'expression écrite. Ce déséquilibre est lié à la dyslexie mais il peut être trouvé isolément. La cause de ce dysfonctionnement de l'écriture est la difficulté d'acquérir ou de maîtriser l'orthographe (altération de l'écriture spontanée ou de l'écriture sous dictée).

IV La distinction entre la dysphasie et l'aphasie :

Sachant que la dysphasie est un trouble de la communication verbale qui fait effet sur l'expression (orale et écrite) où la compréhension et parfois les deux. L'aphasie, quant à elle est aussi un trouble du langage allant de la difficulté de trouver ses mots à une perte totale de la faculté de s'exprimer.

L'aphasie et la dysphasie sont des maladies qui causent également des problèmes de langage et de communication. Leurs symptômes sont relativement similaires mais leurs origines ne sont pas les mêmes (différentes).

La dysphasie: ou ce qu'on appelle "l'aphasie congénitale" est un trouble du développement du langage chez l'enfant. Cela ne se produit pas en raison d'un retard mental ou auditif ou une faiblesse émotionnelle.

L'aphasie est également un trouble du langage qui peut se manifester avec les mêmes symptômes que la dysphasie, cependant le patient ne vient pas au monde avec ce trouble, une personne qui souffre d'aphasie est une personne qui a déjà parlé naturellement dans sa vie, puis elle a été exposé à une certaine situation (particulière) qui l'a fait souffrir des problèmes de langage. Cela peut arriver à tout âge après un accident.

1. Leurs causes:

Dans le cas de la dysphasie, les problèmes cérébraux sont congénitaux. l'enfant est né avec ce trouble central lié au développement du langage oral et peut toucher les aspects réceptifs (décoder le langage reçu) ou expressifs (phonologiques, lexicaux, syntaxiques) tandis que l'aphasie n'est pas une pathologie innée, elle survient généralement en raison d'un traumatisme crânien, une tumeur au cerveau ou d'un accident vasculaire cérébral.

Lorsque le son n'atteint pas le cerveau pendant une certaine période du temps, les cellules du cerveau sont détruites. Le rétablissement de cette pathologie dépend de la gravité de la lésion. Les deux pathologies sont affectées par des troubles cérébraux de la "zone du langage"

2. Les statistiques de l'aphasie et de la dysphasie:

La dysphasie: on estime que 3 à 4 % des enfants d'âge préscolaire souffrent de dysphasie, les garçons sont plus touchés que les filles, de plus les enfants atteints de dysphasie ont généralement un sens important de l'observation et font un grand effort pour communiquer avec ceux qui les entourent, même s'ils éprouvent des difficultés.

L'aphasie: toutes les personnes peuvent-être atteintes d'aphasie après un accident quel que soit l'âge ou le sexe. Nous notons que le pourcentage d'exposition à cette pathologie augmente après 50 ans car les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les tumeurs augmentent également après cet âge.

3. Contagion d'aphasie et de dysphasie :

Ni l'aphasie ni la dysphasie ne sont infectieuses.

4. Les principaux symptômes de l'aphasie et de la dysphasie:

Les symptômes sont très similaires, cependant cela peut varier considérablement d'une personne à l'autre selon la gravité du trouble.

Clarification des mots: la personne parle mais nous ne comprenons pas ce qu'elle dit, répétition des mêmes mots, problèmes de la syntaxe, expression avec un seul mot, incompréhension de la langue orale, absence d'un mot: la personne a l'impression que le mot "est sur le bout de la langue", mais il n'apparaît pas, utilisation de termes "personnels, produit parfois des phrases très longues est absurdes.

5. Diagnostic de l'aphasie et de la dysphasie :

Dans le cas de l'aphasie, le diagnostic sera posé après l'accident à l'origine du problème, il est facile de voir avant et après.

Pour la dysphasie: chez le petit enfant le diagnostic prendra un peu plus longtemps.

Avant de poser un diagnostic d'autres causes doivent être éliminées (autisme, surdité, retard mental). Habituellement, le pédiatre travaille généralement avec un orthophoniste pour obtenir des évaluations bien détaillées, les spécialistes pensent qu'il n'est pas possible de poser un diagnostic avant l'âge de 5 ans. Il est préférable de consulter un professionnel en cas de doute, puisqu'une prise en charge rapide (le soin) améliore la situation.

6. Risque possible de complications :

- L'aphasie : il n'y a souvent aucune complication à l'aide d'une rééducation, la pathologie se stabilise ou s'améliore.
- La dysphasie: parfois, elle s'accompagne d'autres troubles tels qu'une hypersensibilité sensorielle (bruit, stimulus extérieurs) et des troubles du comportement (violence), des difficultés et un manque de concentration, une tendance à l'isolement.

7. Traitement de l'aphasie et de la dysphasie:

Aucun médicament ne réduit les symptômes, seule une rééducation peut-être suivie pendant quelques mois (en cas d'aphasie) ou plusieurs années (en cas dysphasie) et on remarquera une amélioration. Selon la sévérité des symptômes, la rééducation sera plus ou moins efficace, bien qu'il soit relativement courant pour une personne aphasique de récupérer presque complètement ses capacités de communication, cela ne s'applique pas à les dysphasiques, les troubles peuvent diminuer considérablement avec le temps, mais auront toujours des conséquences, ce qui les rend à affronter des grands problèmes dans l'intégration scolaire et professionnelle.

8. Prévention de l'aphasie et de la dysphasie:

Il n'y a aucun moyen de prévenir la dysphasie, car il s'agit d'un trouble neurologique inné

Concernant l'aphasie, il est possible de réduire le risque d'AVC en suivant un mode de vie sain, il n'est pas encore possible de connaître les traumatismes et autres maladies que pourraient provoquer l'apparition de la pathologie.

V. La différence entre: retard /difficulté/ troubles :

Le retard et la difficulté, les troubles sont des choses différentes, le retard du langage affecte en outre la construction de la phrase, les capacités de narration et l'échange vocal de son (indépendamment des difficultés matrices) lorsqu'il y a un retard dans la chronologie normale de l'apprentissage des enfants. Nous parlons d'un retard dans l'acquisition du langage.

- ***Le retard correspond :***

Au décalage par rapport à la courbe de croissance naturelle d'un enfant entre 2 et 5 ans. Lorsqu'un enfant éprouve des difficultés à apprendre de nouveaux mots, ou même à rendre des phrases entières cohérentes avec son âge, cependant, il faut rappeler que la courbe normale peut varier d'un enfant à l'autre selon le sexe et l'environnement.

Dans les cas normaux, le premier mot apparaît entre 10 et 18 mois, et si un trouble du langage survient après 24 mois, ça va influencer négativement sur sa production par un retard. Une fois que le retard persiste chez les enfants après l'âge de 5 ans cela est considéré comme un trouble du langage. Les troubles empêchent la prononciation correcte de sons, et sont associés à des facteurs génétiques et environnementaux. Les garçons sont plus susceptible que les filles, le risque est multiplié par 1,7 et s'il y a un autre cas dans la famille, il est multiplié par 3 s'il y a plus de deux. Le manque de lecture quotidienne pendant les 24 premiers mois augmente le risque de troubles du langage.

Le stress prénatal peut affecter le développement foetal et peut être associé à la dépression. L'orthophoniste corrige et fixe les mécanismes et les retards de la parole en mettant en place le bilan puis une rééducation orthophonique.

Les recherches scientifiques se sont développées et ont progressé petit à petit dans le domaine du développement de l'enfant et des difficultés qui peuvent entraver sa réussite scolaire.

Toutefois faire la distinction entre difficulté et un trouble n'est pas une tâche facile. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte notamment la durée, la réponse à l'intervention et l'influence dans divers sphères de la vie d'un enfant.

La difficulté : est temporaire et souvent associée à des situations spécifiques divorce, nouvelles méthodes pédagogiques, décès, pression environnementale (familiale, scolaire, sociale) etc. De plus, nous pouvons observer des problèmes de comportement, de concentration, de mémoire. Si les élèves en difficulté sont découverts assez tôt, on peut intervenir rapidement avec les moyens d'intervention, ainsi il est important de noter l'évolution des difficultés rencontrées par l'élève. En fait l'élève atteint une bonne réponse à l'intervention et son problème sera résolu. Les

troubles peuvent provoquer un groupe de difficultés persistantes. Par exemple: la dysorthographe, la dyslexie, la dysphasie, et le manque d'attention. D'autres troubles provoquent des déséquilibres dans de nombreux domaines de la vie de l'élève

Selon Nadia Dspence "ils sont le résultat de l'accumulation et de la persistance d'un certain nombre de facteurs de risque et de protection. Ils dépendent de la capacité d'un individu à faire face aux événements stressant lesquels varient selon ses caractéristiques personnelles, ses habiletés, et les ressources dont il dispose dans son environnement.

Mêmes si ces choses continuent avec le temps, elles ne sont pas toujours permanentes. Les principales différences entre la difficulté et le trouble: c'est que la difficulté est temporaire, tandis que le trouble est persistant, pour la difficulté on note beaucoup de progrès avec l'intervention, quant au trouble peu de progrès malgré l'intervention.

⁹Principales différences entre la difficulté et le trouble

Difficulté	Trouble
Temporaire	Persistant
Beaucoup de progrès avec l'intervention	Peu de progrès malgré l'intervention
Correspond à certains critères diagnostiques du DSM-IV	Correspond aux critères diagnostiques du DSM-IV

VI. Les signes d'alerte :

Beaucoup d'enfants rencontrent des difficultés dans le développement de leur langage. Ceci pousse les parents comme les enseignants à s'inquiéter de leur devenir. La mise en examen par un orthophoniste pour leur prise en charge s'avère indispensable. Ce spécialiste va diagnostiquer les différents signes qu'on déjà repérés chez ces apprenants. Cela nous amène à dresser une liste des signes essentiels pour nous prononcer que l'enfant présente un trouble de langage oral, il s'agit :

⁹ Info service ducatifs difficult vs trouble.octobre.2012.p2

- Si l'enfant prononce peu de mots. - Si son apprentissage se déroule d'une manière lente, difficile et n'arrive pas à avancer.

- S'il a des difficultés à assimiler de nouveaux mots. - Si son vocabulaire est pauvre. - S'il n'arrive pas à la construction de phrases correctes. - S'il est timide et évite de poser des questions. - S'il manque d'attention. - S'il fait des confusions entre les phonèmes. - S'il n'est pas disposé à apprendre une langue étrangère.

VII . L'apprenant du FLE

L'apprentissage d'une langue étrangère est primordial puisqu'elle permet l'ouverture aux nouvelles technologies de la communication et de l'information ainsi qu'à l'audio-visuel. Par cet apprentissage, l'enfant pourra acquérir de nouvelles connaissances qui vont lui permettre de construire son savoir-faire et son savoir devenir.

Pour que l'enfant s'exprime oralement en français, c'est à lui et avec l'assistance de son enseignant de construire cette compétence progressivement.

Chapitre II

Présentation du corpus.

I. Le Corpus :

Apprendre une langue ou plus est une capacité que dispose tout enfant maîtrisant ordinairement sa langue maternelle.

« La question est de savoir si les difficultés d'un enfant dont le français n'est pas la langue maternelle et qui présente un trouble du langage en français sont simplement liées à la difficulté d'apprendre une seconde langue, ou si elles découlent d'un trouble structurel du langage qui toucherait chez lui indifféremment toutes les langues, maternelle ou autres »¹⁰

D'un côté, le linguiste *Noam Chomsky* a défendu l'hypothèse de facteurs innés communs dans l'espèce humaine, tandis que ... Il défend l'idée que les *enfants possèdent un dispositif d'apprentissage du langage forcément inné.*

Notre travail de recherche est centré sur dix apprenants présentant des troubles de la parole. Nous avons noté chez ces apprenants un déficit, des lacunes ainsi que maintes perturbations lors de l'apprentissage du langage oral et dans l'écrit.

Après avoir pris contact avec leurs parents et leurs enseignants de langue française et l'avis de l'orthophoniste qui les prend en charge au niveau du centre Médico-Psychopédagogique, nous sommes arrivés à répertorier ceux qui ont des troubles dans l'acquisition du français pendant les séances de l'oral et quelques séances de l'écrit.

Malgré le confinement dû à la pandémie que traverse le monde entier et suite à la fermeture des établissements scolaires qui nous ont empêché d'établir notre enquête, nous avons pris conseil auprès de notre directeur de recherche qui nous a aidé afin d'intervenir auprès des enseignants du français qui exercent à l'école primaire de Mohamed Tahar Bouacha de M'daourouch, wilaya de Souk-Ahras, et qui enseignent ces apprenants. Nous avons également jugé utile d'adresser un questionnaire à l'orthophoniste exerçant au niveau du centre Médico-Psychopédagogique (CMP) de Souk-Ahras.

Les apprenants sont au nombre de dix, il s'agit de Youcef, Nassim, Nadia, Badri, Karima, Assia, Djamel, Nahla, Dalila et Yacine.

Dans chaque cas de trouble constaté, nous avons décrit les activités proposées par l'orthophoniste lors des séances de rééducation et les conseils nécessaires pour la récupération.

¹⁰ Monique Touzin, Marie-Noelle Leroux, op.cit., p35

1. Le cas de Youcef :

Apprenant de 4^{ème} année primaire âgé de 11 ans, d'après ses enseignants et ses parents, Youcef souffre d'un bafouillement ou **bredouillement** depuis l'âge de 5ans

Les symptômes notés chez Youcef sont les suivants :

- Redondance des mots.
- Hésitation avant la prise de parole.
- Secouement de la parole.
- Phrases entrecoupées.
- Manque d'enchaînement.
- Balbutement.

1.1. Définition du bredouillement :

Le bredouillement est un trouble de la fluence, caractérisé par un débit qui est perçu comme anormalement rapide dans sa langue maternelle, irrégulier ou les deux par l'interlocuteur. Ces segments de parole trop rapides et /ou irréguliers sont le plus souvent accompagnés d'un ou plusieurs éléments suivants :

- un nombre élevé de disfluences.
- un grand nombre de simplifications ou omissions de syllabes, et /ou.
- de pauses atypiques, des syllabes mal accentuées.

1.2. Que faire lorsque l'on parle avec quelqu'un qui bredouille ?

- Le traiter comme toute autre personne.
- Si vous ne comprenez pas, demandez-lui poliment de reformuler.
- Comprenez que ce n'est pas de sa faute, et ne lui en tenez pas rigueur.
- Ne vous moquez pas de lui.

1.3. Des choses à ne pas dire à quelqu'un qui bredouille.

Ralentis	Parle clairement	Pense à ce que tu veux dire
On l'entend tout le temps et cela peut être agaçant	La plupart du temps, nous pensons que notre parole est claire.	Nous savons ce que nous voulons dire. C'est juste un peu « mélangé » parfois.

Certaines personnes qui bredouillent bégaiement également, mais ce n'est pas la même chose !

Le bégaiement se manifeste par une tension excessive pendant les répétitions et les disfluences, pas le bredouillement !

1.4. Ce que l'on sait sur le bredouillement

- Nous n'en connaissons pas la cause, pour le moment.
- La thérapie peut aider à parler plus clairement.
- Ce n'est la faute de personne si quelqu'un bredouille.
- Il n'est pas seulement question de parole trop rapide, beaucoup de personnes parlent vite mais ne bredouillent pas.

1.5. La rééducation orthophonique peut aider, mais...

« Il n'y a pas de solution facile ni de bouton magique. »

« Je ne peux pas appuyer sur « marche » ou « arrêt ».

« L'orthophoniste vous donne les outils pour « réparer » vous-même votre parole ».

Pour l'association Américaine : « Le bredouillement est un trouble de la fluence caractérisée par un débit de parole rapide et/ou irrégulier des diffusions excessives et souvent d'autres symptômes telles que des erreurs de langage ou phonologiques et des déficits d'attention »¹¹

2. Le cas Nassim :

Apprenant de 4^{ème} année primaire, âgé de 12 ans.

Le bilan médical de Nassim comporte un compte rendu stipulant que l'enfant a eu une grave infection quand il était nourrisson et a affecté ses oreilles d'une otite. Le spécialiste déclare que les oreilles sont touchées au niveau de la cavité osseuse, ce qui a permis aux bactéries de s'introduire dans l'oreille par la conduite de la trompe d'Eustache vers une seconde cavité située dans la gorge. Sachant que ces otites ou ces maladies sont répétées surtout pour les petits enfants. Leur prise en charge est imminente, sinon beaucoup de complications seront observables durant la période de croissance.

Les symptômes remarqués vers l'âge de quatre ans sont les suivants :

- Il n'arrive pas à nommer les objets qu'on lui présente.
- Il n'arrive pas à différencier les objets.
- Il n'arrive pas à imiter la prononciation correctement des mots tels que maison, arbre, école...
- Il est incapable d'imiter les sons des animaux tels que : chat, chien, mouton...

¹¹ Goodbye begaiement! Conseils pour en sortir, publié le 12 novembre 2010, voir le site <http://goodbye-begaiement.blogspot.com/2010/11>.

- Nassim a commencé à prononcer de simples mots comme papa, maman mais d'une manière incorrecte.
- Il n'imité que rarement les paroles de ses parents.
- Il ne réagit pas aux bruits causés par son entourage.

D'après tous ces symptômes, nous constatons que Nassim souffre d'un trouble d'articulation, puisque les stades de développement ordinaire d'acquisition ne sont pas respectés.

Une fois l'âge de 4 ans dépassé, les parents comme les enseignants ont essayé d'un accord commun afin de rattraper son audition de le faire parler plus qu'il en faut afin qu'il améliore son langage.

Depuis la rentrée scolaire de l'âge de six ans jusqu'à maintenant (4^{ème} A.P), la perturbation de la parole de Nassim est toujours présente, qui d'après l'orthophoniste est provoquée par une mauvaise articulation des différents sons qui se traduisent par un retard de langage accompagnés de retard de parole.

Donc d'après le spécialiste en orthophonie et l'enseignant de la langue française, Nassim souffre d'un ***trouble d'articulation*** :

Les sons acquis durant sa première année sont instables, et Nassim n'arrive pas à différencier les sons qui sont proches les uns des autres tels *y* et *u* et de ce fait il fait des confusions dans la production des phrases simples.

La perception auditive de Nassim n'est pas correcte lors de la prononciation des sons, il commet des erreurs et de ce fait, la mauvaise audition influe sur la compréhension du langage.

D'après les parents de Nassim, à la maison lors de l'en trainement de la lecture, celui-ci enregistre beaucoup de difficultés suite à la mauvaise articulation.

2.1 Trouble d'articulation et de la phonologie

Le trouble d'articulation et de la phonologie consistent en des difficultés à produire des mouvements articulatoires et à développer un répertoire de sons. Ce trouble se manifeste par une mauvaise prononciation des sons de la langue maternelle par rapport à l'âge. Cette incapacité à bien utiliser les phonèmes peut se traduire par des distorsions, des substitutions ou des omissions de phonèmes dans les mots.

Ex: 1. Difficulté à produire certains mouvements articulatoires: parler sur le bout de la langue

2, Développer un répertoire de sons: Absence des sons tels que «k» et «g» («domme» pour «gomme») à l'âge de 4 ans.

2.2 Les causes de ce trouble :

Le trouble d'articulation peut être causé par des facteurs organiques ou environnementaux et bien souvent, par les deux en même temps.

Par exemple, une cause organique serait une atteinte au système nerveux contrôlant les muscles impliqués dans la parole engendrant souvent des difficultés articulatoires et phonologiques. Par ailleurs, avez-vous fait passer un test d'audition à votre enfant? En effet, une atteinte au système auditif a un impact important sur l'articulation et la phonologie. Votre enfant ne peut bien prononcer le mot «voiture» s'il entend «o-u».

Du côté environnemental, les parents ont une grande influence sur le trouble de l'enfant. Ainsi, vous êtes encouragés à vous mettre à la hauteur de votre enfant de manière qu'il puisse voir les mouvements de votre bouche. Vous pourrez aussi exagérer les mots cibles et féliciter votre enfant pour les bonnes productions.

2.3 Les anomalies de l'articulation

Les anomalies du langage oral ou écrit peuvent prendre différentes formes :

- Les troubles de l'articulation : courants chez les enfants enquêtés, ceux-ci concernent la production de certains sons (notamment f, v, s, ch, z, j). Les causes sont diverses : immaturité psychologique, mauvaise audition, perception défectueuse des sons (et donc difficulté à les reproduire correctement), maladrotesse motrices de la zone linguo-buccale.

La rééducation de ce trouble par l'orthophoniste dépend de ses causes mais est généralement de courte durée si l'on intervient rapidement (généralement 2 à 3 fois par semaine pour une durée de 45 minutes à une heure).

2.4 Impact du trouble sur la communication :

Le trouble articulatoire a un impact important sur la communication orale car une grande partie du discours est inintelligible pour autrui. Environ 50% des enfants qui ont un trouble d'articulation, ont également un trouble du langage expressif affectant la structure des phrases. De plus, si votre enfant a des difficultés au niveau des représentations phonologiques des sons, il est probable qu'il développe également des difficultés de lecture et d'écriture.

2.5 Quand doit-on consulter un orthophoniste?

- Vers l'âge de 12-18 mois, votre enfant devrait être capable de produire des mots contenant les voyelles *i, a, ou* et les consonnes *p, b, m, t, d, n*.
- Vers l'âge de 32-36 mois, votre enfant devrait être en mesure de produire les sons *k, g, l, f, v, s, z*.
- Vers l'âge de 48-60 mois, votre enfant devrait pouvoir produire tous les sons de sa langue maternelle dont le *r*, le *ch*, le *j* et tous les sons doubles comme *br, fl* et *oi*.

- Vers l'âge de 3 ans, votre enfant ne devrait plus omettre de phonèmes en début ou en fin de mot ex : va pour dire vache et il ne devrait plus substituer les phonèmes simples ex : *tamion* pour dire *camion*.

- Vers l'âge de 5 ans, votre enfant ne devrait plus substituer les phonèmes plus complexes comme sa pour dire chat et ne devrait plus omettre de phonèmes dans les sons doubles ex : *tain* pour dire *train*.

De plus, au niveau de l'intelligibilité, vers 24 mois, vous devriez comprendre 50% des mots produits par votre enfant, 80% vers l'âge de 36 mois et 100% vers l'âge de 48 mois.

Si ce genre d'erreurs persiste au-delà de ces âges, il est recommandé de faire appel à un orthophoniste.

2.6 Rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste doit évaluer les difficultés d'articulation du patient et identifier les patrons d'erreurs par l'entremise de différents tests. Avec ces résultats, l'orthophoniste doit élaborer un plan de traitement approprié et fournir des exercices permettant d'améliorer la prononciation du patient.

3. Le cas de Nadia :

Apprenant de 4^{ème} année primaire, âgé de 10 ans.

Remarques et constatations :

- Lors des séances de l'entraînement à l'oral, sa compétence expressive et communicative est faible. D'après l'orthophoniste et l'enseignant de la langue étrangère, Nadia éprouve une déficience de s'exprimer à l'oral qu'à l'écrit. Quand elle prend la parole, elle a beaucoup d'hésitation à choisir le mot approprié qui doit correspondre au sens sélectionné.

- Mauvaise prononciation des phrases.
- Des paroles lentes et interrompues avec beaucoup d'hésitation.
- Rythme de langage non respecté.
- Mauvaise prononciation.
- Voix basse.
- discours incohérent.
- Vocabulaire restreint.

D'après ses parents, ce trouble s'est manifesté depuis l'âge de 3 ans.

Enfin le même comportement est signalé soit à l'école, soit lors des séances entreprises auprès de l'orthophoniste et dans son environnement familial, ce qui nous amène à conclure que le cas de Nadia est associé au *syndrome sévère de l'expression*.

- **Sons omis ou mal prononcés**

Avant l'âge de 2 ans et parfois même un peu après, un enfant peut couper des petits mots en parlant (ex. : il dit « *teau* » pour « *bateau* »). Il peut aussi rendre deux syllabes d'un mot plus semblables (ex. : il dit « *touton* » pour « *mouton* »).

Les difficultés de prononciation qui ont rapport aux syllabes des mots cessent souvent vers 2 ans. Si l'enfant coupe encore des mots vers 3 ou 4 ans, ce sont les plus longs (ex. : il dit « *bibithèque* » pour « *bibliothèque* »).

Certains sons sont plus compliqués que d'autres à prononcer, et un tout-petit peut mettre plus de temps à apprendre à bien les produire. Par exemple, le « *m* », le « *p* » et le « *d* » comptent parmi les sons faciles alors que le « *r* », le « *ch* », le « *j* » et le « *s* » figurent parmi les sons difficiles.

Quand un enfant a de la difficulté à prononcer un son, il ne le dit pas ou il le remplace par un autre son plus facile. Par exemple, un tout-petit peut dire « *ouge* » au lieu de « *rouge* » ou « *zouer* » au lieu de « *jouer* ». Les sons « *ch* » et « *j* » sont particulièrement difficiles à produire. C'est seulement après 4 ½ ans que la majorité des enfants prononce bien ces sons. Certains y arrivent seulement vers 5 ans.

Les mots qui incluent deux consonnes qui se suivent peuvent aussi être plus difficiles à dire jusqu'à l'âge de 5 ans, comme « *biscuit* », « *ski* » et « *bleu* ». Ainsi, un enfant pourrait dire « *krain* » ou « *tain* » au lieu de « *train* » et « *grôle* » ou « *dôle* » au lieu de « *drôle* ». Cette difficulté est courante.

4. Le cas de Badri :

Badri est un apprenant en 4^{ème} année primaire, âgé de 11 ans.

Lors des séances de l'apprentissage de l'oral, Badri se trouve en face de plusieurs contraintes. Il ne maîtrise pas l'aspect phonologique et il a une mauvaise articulation des sons. Comparativement à ses camarades, il montre un dysfonctionnement articulaire des consonnes fricatives post-alvéolaires. Badri a une mauvaise articulation des sons [ʃ] et [ʒ]. Ces sons sont respectivement remplacés par [s] et [z]. Ce genre de confusion de phonèmes, s'explique par un trouble affectant l'articulation et qu'on appelle *zézaiement*.

Lors de la consultation chez l'orthophoniste, il nous a fait part d'un exercice qu'il pratique avec ses patients dans le genre du problème de Badri. Dans cet exercice, après avoir collé des étiquettes afin que l'apprenant arrive à distinguer entre les graphèmes « *s* » et « *ch* » et a lui demandé de souligner en rouge les mots contenant le « *s* » et en vert ceux qui contiennent « *ch* », il s'agit de :

Une cheminée-un segment-du chocolat-le sel-une serviette-

L'apprenant a souligné en rouge : segment-sel-serviette et en vert cheminée-chocolat.

Le même entraînement est effectué pour les sons [z] et [ʒ] où il va falloir souligner en bleu le [z] et marron le [ʒ]

zone-jeune-zèbre-joli-zéro-jouet

L'apprenant a bien fait la distinction des « z » et des « ʒ ».

D'après l'orthophoniste, l'apprenant en question est touché par un zézaïement quand il s'agit de substituer les sons [ʃ] et [ʒ] par [s] et [z] Sens 1.

• **Le zézaïement :**

Le zézaïement est un défaut de prononciation parfois gênant. Il consiste à prononcer des lettres comme s'il s'agissait de z.

Exemple : J'ai un voisin victime de zézaïement et il est parfois difficile de le comprendre quand il explique quelque chose.

Les parents de Badri ont déjà remarqué par le passé, depuis l'âge de 5 ans, leur enfant ne tirait pas complètement sa langue et ils l'ont soumis à l'examen chez un spécialiste.

Défaut de prononciation d'un enfant, d'une personne qui zézaie. Synon. *Zozotement* (fam.). *Léger zézaïement. La vraie femme (...) sait d'instinct la langue enfant, elle en devine les secrets, le zézaïement, les consonnes liquides prodiguées, le redoublement des syllabes* (L. Ménard, *Rêv. païen*, 1876, p. 113). *Sa voix fripée conservait, grâce au zézaïement sans doute, des sonorités puériles et tendres* (Duhamel, *Confess. min.*, 1920, p. 136).

P. anal. littér. Bruit rappelant l'articulation du son [z] par une personne qui zézaie. *Il palpait le cuisant soulèvement de sa chair: piqûre au poignet. Puis, contre son oreille un zézaïement narquois... Horreur! Il avait enfermé l'ennemi [un moustique] dans la place!* (Gide, *Caves*, 1914, p. 779). *Le zézaïement et le bourdon des milliards d'insectes inconnus* (Cendrars, *Bourlinguer*, 1948, p. 357).

5. Le cas de Karima

Apprenant de 4^{ème} année primaire, âgée de 12 ans.

Karima souffre de la difficulté de la parole. Pour la prise en charge de son cas, l'orthophoniste a créé une activité orale afin de la tester :

« Montre-moi les cahiers » : « Mon.....Mon....Montre-moi....eh.....les ca....les cahiers ».

Constatation :

- Au démarrage, on remarque une hésitation suivie d'une mauvaise production du premier mot « Montre », segmenté en syllabe.
- Des hésitations, des pauses, des blocages à la recherche du mot convenable.
- Une redondance de la même syllabe « Mon ».
- Une lenteur dans la chaîne parlée.
- Au niveau de l'état physique, agitation de la tête, clignement des yeux et vibration du corps en entier.
- D'après l'orthophoniste et suite au rapport du psychologue, Karima souffre d'un **bégaiement**.
- Ses parents ont constaté que leur enfant ne produisait pas suffisamment de sons depuis qu'elle avait 3 ans.

5.1 Définition du bégaiement :

Ce trouble se caractérise par une perturbation du rythme de la parole où des blocages des cordes vocales, des crispations des mâchoires et des lèvres provoquent des explosions de voyelles et de consonnes en début de mot et des répétitions de certaines syllabes.

Pour aider l'enfant à dépasser ces difficultés, la rééducation s'appuie le plus souvent sur des techniques de relaxation et sur des psychothérapies.

Le bégaiement (nom auquel on adjoint parfois les qualificatifs *persistant*, *développemental persistant* ou *chronique*) est un trouble de la parole affectant le débit de la parole caractérisé par des répétitions et prolongations involontaires des sons, syllabes, mots ou phrases, et par des pauses silencieuses involontaires dans lequel le « bègue » (terme désignant un individu souffrant de bégaiement ou d'un trouble lié) est incapable de produire un son¹². L'Organisation mondiale de la santé (OMS) le définit comme une « parole caractérisée par une répétition fréquente de sons et de syllabes ou par des hésitations ou pauses fréquentes, pendant au moins 3 mois », et le classe parmi les « troubles émotionnels ou comportementaux »¹³.

Le bégaiement est défini par d'autres institutions concernées et disciplines médicales, ceci étant souvent l'objet de débats. Le ministère français de la Santé le définit comme un « trouble de l'expression verbale affectant le rythme de la parole en présence d'un interlocuteur »¹⁴. Le DSM-IV des psychiatres américains le classe

¹² WHO: The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders .

¹³ Ministère de la Santé: Troubles de l'évolution du langage [archive]
DSM-IV Classification.

¹⁴ Shane Erickson et Susan Block, « The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families », *Journal of Fluency Disorders*, vol. 38, n° 4, décembre 2013,

comme un « trouble de la communication »³. Certains spécialistes francophones ont classé les bégaiements parmi les dyslalies.

Le bégaiement induit souvent des répercussions psychologiques et sociales allant de modérées à très lourdes pour la personne affectée¹⁵. Certains bégues songent même au suicide¹⁶. Pour les cas assez sévères, dans un grand nombre de pays dont la France, il est reconnu par les administrations comme étant un handicap. Certains redoutent néanmoins cette « étiquette » et confient « ne pas se sentir handicapés »¹⁷. Les phoniatres francophones classent (ou ont classé) la gravité d'un bégaiement selon quatre degrés de sévérité¹⁸ :

- Premier degré : bégaiement léger, où l'on note quelques accidents de parole n'entravant pas notablement la communication,

- Deuxième degré : bégaiement plus marqué, avec des accidents plus fréquents et plus prolongés, accompagnés éventuellement de troubles associés (tremblements, perte du regard) provoquant des interruptions de la communication,

- Troisième degré : bégaiement sévère, avec accidents prolongés, troubles associés plus marqués (révulsion des yeux, spasmes respiratoires...) rendant impossible une communication suivie,

- Quatrième degré : bégaiement empêchant pratiquement toute communication, chaque essai de parole étant le plus souvent voué à l'échec du fait de l'importance des « bégayages » et des troubles associés.

p. 311–324 (ISSN 1873-801X, PMID 24331240, DOI 10.1016/j.jfludis.2013.09.003, lire en ligne [consulté le 22 septembre 2017])

¹⁵ <https://www.begaiement.org/wp-content/uploads/memoire-schapanan-2012.pdf> [archive] Hélène Scharapan. Les bégaiements masqués : comment lever le masque ? Ecole d'Orthophonie de Strasbourg, 2012]

¹⁶ Informations handicap - Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (en) Christian Büchel and Martin Sommer, « What Causes Stuttering? », *Public Library of Science Biology*, février 2004 (lire en ligne).

¹⁷ François Le Huche, *Le bégaiement : option de guérison*, Paris, Albin Michel, 1998, 240 p. (ISBN 2-226-13164-7), p. 113-114.

¹⁸ Christian Büchel and Martin Sommer, « What Causes Stuttering? », *Public Library of Science Biology*, février 2004 (lire en ligne)

5.2 Les types de bégaiement :

Les phoniâtres et orthophonistes décrivent certaines manifestations audibles du bégaiement comme suit :

- Le bégaiement **clonique** : répétitions de syllabes ou « phonèmes » comme un article, une préposition ou un adverbe monosyllabique précédant un mot ressenti comme « chargé d'obligation » et anticipé bloquant sur sa première syllabe, ou la première syllabe d'un tel mot si l'anticipation porte sur une syllabe suivante. ex. : « Un un un café s'il vous plaît » ou « Un ca café s'il vous plaît ».

- Le bégaiement **tonique** : réalisation du blocage sur un mot, souvent celui qui rompt le silence ou qui donne du sens à l'intervention, et déblocage par l'émission de l'amorce de la syllabe prévue bloquante dans une explosion glottique après une période de résistance. ex. : « Un.....cccccafé s'il vous plaît ».

- Le bégaiement **tonico-clonique** : combinaison des deux types de bégaiement précédents.

Certains spécialistes rajoutent les manifestations suivantes, qui sont plus indirectes :

- Le bégaiement par **inhibition** rend le sujet inerte après qu'on lui pose une question car il est pris au dépourvu, peut-être par anticipation de blocage (au début ou au cours de l'intervention) et n'y trouve sur le moment aucune échappatoire, remarquée ou non. Le sujet présente alors pour les observateurs externes un *moment d'absence*, avant de reprendre la conversation.

- Le « bégaiement » **par substitution** : le terme « bégaiement » est dans ce cas employé par extension de sens puisqu'il ne souligne pas une non-fluidité constatée. Il s'agit de l'ensemble des modifications de l'intervention prévue qui passent inaperçues aux oreilles des auditeurs et ne correspondent pas, dans leur esprit, à ce qu'ils entendent spontanément par « bégaiement » sans le définir, alors que la personne est tout autant victime du risque anticipé de blocage.

5.3 Traitements

Sont rassemblées sous ce vocable à la fois des méthodes ou techniques permettant de diminuer ou de mieux contrôler le bégaiement et des méthodes promettant une libération totale. Le plus souvent, le processus est progressif et extrêmement variable selon les individus.

Dans le cadre de l'orthophonie classique, les personnes bègues sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire, composée d'orthophonistes (appelés logopèdes en Belgique et en Suisse) et de psychologues. Ces traitements peuvent être

pris en charge par la Sécurité sociale française depuis 1947¹⁹. Le recours aux psychologues peut être nécessaire chez l'adolescent et l'adulte, où l'impact psychologique du bégaiement est très important. Il est important dans ce cas que la personne bègue soit réellement demandeuse. La formation des psychologues au bégaiement en tant que trouble spécifique n'est pas actuellement définie en France.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont intégré les propositions des orthophonistes à leur patient depuis les années 2000, selon leurs promoteurs avec un certain succès. Au contraire, le caractère vérifiable des psychothérapies est mis en cause par certains organismes. De manière très pragmatique, de nombreux groupes de self-help (aide mutuelle) sont organisés en France²⁰, le plus souvent sans la présence de praticiens, bien qu'il soit conseillé d'avoir suivi une thérapie avant. Ces groupes permettent aux personnes bègues d'échanger sur leur trouble et ses différentes conséquences sociales, et de se sentir moins isolés.

L'orthophonie classique est dite traditionnellement avoir un taux de réussite important, notamment chez les jeunes enfants qui n'ont pas encore cristallisé la conscience de leur bégaiement. Les taux de rechute sont plus importants chez les personnes plus âgées, adolescents ou adultes. Ce thème est sujet à polémique, les thérapeutes invoquant la difficulté de motiver les patients, et ceux-ci, quand ils sont autorisés à s'exprimer, invoquant la durée du traitement, les rechutes, et la non-compréhension réelle de leur trouble. Pour les adultes, les thérapeutes promettent une amélioration de l'élocution, sans nécessairement une guérison complète²¹.

6. Le cas d'Assia

Apprenant âgé de 9 ans, 3^{ème} année primaire. Ses parents ont déclaré qu'Assia n'a commencé à prononcer quelques mots qu'une fois qu'elle a dépassé les 2 ans.

Constats :

- Altérations de mots.
- Phrases incompréhensibles.
- Assia remplace le « *ch* » par « *k* ».
- Assimilation.
- Assia présente un *retard de la parole*.

¹⁹ Généralités en orthophonie. Faculté Pierre et Marie Curie: les études paramédicales

²⁰ Association Parole Bégaiement: Réunions.

²¹ Why Go to Speech Therapy? The Stuttering Foundation: Pourquoi aller en orthophonie.

- **Les retards de la parole**

Ils se manifestent par des altérations de mots ou de syllabes dans la construction des phrases, rendant celles-ci difficilement compréhensibles. L'enfant fonctionne alors par remplacement (ex. «*ch*» par «*k*»), par ellipses (ex. «*peurer* » pour «*pleurer*») ou assimilation (« *chèveu* » pour « *sèche-cheveux* »). La rééducation précoce de ce trouble grâce à l'orthophonie permet d'éviter qu'il ait des incidences sur la socialisation et la scolarisation de l'enfant.

7. Le cas de Djamel

Apprenant de 3^{ème} année primaire, âgé de 9 ans.

Constats :

- Retard de lecture.
- Retard dans l'écriture.
- Mauvaise compréhension des mots.
- Mauvaise identification des mots et des phrases.
- Lecture irrégulière des mots et phrases.
- Ecriture peu lisible et peu soignée.
- Djamel est *dyslexique*.
- Ses parents se sont inquiétés de son cas depuis l'âge de 3 ans et l'ont présenté au spécialiste pour examen.

7.1 La dyslexie

La dyslexie correspond à un *trouble de l'apprentissage du langage écrit*. Elle fait partie, avec la dysphasie, la dyspraxie ou la dyscalculie, des troubles spécifiques des apprentissages. Ce trouble peut concerner des enfants normalement scolarisés ne présentant ni problème sensoriel (audition, vision), ni déficience intellectuelle, ni lésion neurologique. En revanche, ces enfants souffrent d'un trouble du langage écrit avec un retard de lecture d'au moins 18 mois.

La dyslexie peut entraîner, au-delà des difficultés d'apprentissage de la lecture, des problèmes sociaux, de comportement ou d'anxiété.

Il existe trois types de dyslexies : la dyslexie phonologique, la dyslexie de surface et la dyslexie mixte.

La *dyslexie phonologique* se caractérise par une difficulté à "déchiffrer" les mots. La *dyslexie de surface* correspond à une difficulté à reconnaître un mot dans sa globalité. La *dyslexie mixte* associe les deux types de dyslexie précédemment cités.

D'après de nombreux travaux, la lecture est le produit de deux compétences : l'identification des mots écrits et la compréhension. La dyslexie serait due avant tout à un problème d'identification des mots écrits, même si les problèmes de compréhension restent présents.

Pour lire un mot, il existerait deux processus :

- Un processus basé sur le *code phonologique* (voie d'assemblage): une lettre ou un groupe de lettres (unité de sens) renvoie à un phonème (unité de son, différent d'une syllabe). A la lecture, les graphèmes (représentation graphique) correspondent aux phonèmes. Ainsi, le mot « château » est constitué de 7 lettres et de 4 phonèmes /ch/ /â/ /t/ /eau/. Ce processus est très utilisé au début de l'apprentissage de la lecture. Il permet de déchiffrer les mots.

- Un processus basé sur le *code orthographique* (voie d'adressage): ce processus fait appel à la mémoire. La forme globale du mot est reconnue. Cette voie permet de lire les mots irréguliers comme « oignon ». Elle est très utilisée chez les lecteurs experts.

La dyslexie toucherait 5% des enfants. Près de 1 % d'entre eux serait atteint d'une déficience sévère.

7.2 Diagnostic

Le dépistage de la dyslexie doit être précoce mais il ne peut pas se faire formellement avant 18 mois d'apprentissage de la lecture. Il est pluridisciplinaire. L'enfant peut être repéré par son instituteur. Certains signes comme une mauvaise tenue du crayon, un refus d'écrire, une écriture illisible ou un travail peu soigné doivent alerter.

L'enseignant peut proposer une consultation médicale, le médecin l'orientant ensuite vers un orthophoniste, un orthopédagogue et un psychologue. Les Centres de Références pour les Troubles des Apprentissages (CRDTA), constitués d'une équipe multidisciplinaire et présents dans de nombreuses régions, peuvent également porter un diagnostic de dyslexie.

Des examens de la vue, de l'audition et des examens neurologiques sont également réalisés. Tout comme des tests psychologiques. Ils permettent d'éliminer d'autres paramètres qui peuvent être responsables de difficultés de lecture. Cette évaluation complète permettra de confirmer ou non la dyslexie.

7.3 Causes

Les causes de la dyslexie sont encore méconnues. Plusieurs hypothèses scientifiques sont avancées²². La *théorie phonologique* admet le plus grand consensus. Selon cette théorie, les personnes dyslexiques souffriraient d'un trouble de la représentation et de la manipulation mentale des sons de parole.

La *théorie visuelle* suggère de son côté que certains enfants présentent des troubles visuo-attentionnels. Enfin, un problème de migration des neurones est parfois mis en cause. Les neurones impliqués dans la lecture naissent dans une zone non-spécifique du cerveau puis migrent vers la zone du cerveau dédiée à la lecture. Chez les dyslexiques, cette migration ne se passerait pas normalement.

Ces anomalies pourraient être d'*origine génétique* (les antécédents familiaux sont fréquents dans la dyslexie) mais cela reste encore à confirmer²³. Certains chercheurs ont trouvé une anomalie au niveau du chromosome 15, d'autres au niveau du chromosome 18.

7.4 Troubles associés

Les enfants dyslexiques présentent presque toujours une dysorthographe (difficultés en orthographe) associée. La dyslexie est également liée, dans plus de la moitié des cas, à des troubles du langage oral apparus dans la petite enfance²⁴.

La dyslexie augmenterait le risque de souffrir d'hyperactivité et de **troubles de l'attention**²⁵. On peut retrouver des problèmes de mémorisation, de coordination ou de latéralisation.

²² Human voice recognition depends on language ability, Gabriela JD, Science. 2011 Jul 29;333(6042):595

²³ Richardson : Identification of candidate genes for dyslexia susceptibility on chromosome 18. PLoS One. 2010 Oct 28; 5(10):e13712.

²⁴ http://www.ac-lille.fr/ia59/ressources_peda/math/docs/dyslexie_synthese.pdf

²⁵ <http://www.tdah-france.fr/TDAH-et-troubles-des.html>

7.5 Conséquences

Les conséquences sont très variables en fonction de la sévérité des troubles. Les enfants souffrant de dyslexie rencontrent souvent des difficultés scolaires qui peuvent se traduire par un mal-être, de l'agressivité ou des comportements inadaptés.

7.6 Le rôle des parents dans la prévention.

Si la rééducation est primordiale dans le traitement des troubles du langage, le rôle des parents est essentiel pour un diagnostic précoce. Leur vigilance peut, en effet, permettre de repérer très tôt les signes d'une pathologie. Ainsi, une visite chez les médecins s'impose dès les premiers doutes pour s'assurer que les capacités psychiques de l'enfant sont normales et que ses capacités sensorielles (vue, ouïe) sont intactes. Il faut ainsi s'inquiéter quant à 2 ans un enfant ne parle pas du tout, à 3 ans il ne fait pas de phrases de plus 3 mots, à 4 ans il déforme les mots et les sons et n'a pas un langage aisé, à 7 ans il bégaye, ne lit pas correctement, ou confond les lettres.

On constate que les enfants enquêtés :

- ont des difficultés à identifier les différents sons qui composent un mot alors qu'ils ont par ailleurs des capacités auditives intactes;
- ont des difficultés à respecter l'orthographe d'un mot celle-ci fluctue, reste phonétique, voire même ne respecte pas les coupures entre chaque mot (les syllabes de deux mots peuvent être associées et les mots sont coupés).
- N'ont pas une orthographe stable des mots (celle-ci est changeante) L'image écrite du mot est imparfaite et instable alors qu'aucune difficulté visuelle n'est à déplorer.

Les anomalies les plus fréquentes découlant de la dyslexie (trouble de la lecture) se manifestent soit dans le décodage, soit dans la compréhension ou dans les deux.

• Les problèmes les plus fréquents sur le plan du décodage sont :

- des confusions auditives ou phonétiques (*a/an, s/ch, u/ou*);
- des inversions (*or/ro, cri/cir*);
- des omissions (*bar/ba, arbre/arbe*);
- des adjonctions (*paquet/parquet, odeur/ordeur*);

- des substitutions (*chauffeur/faucheur*);
- de la contamination (*dorure/rorure, palier/papier*);
- une lecture du texte lente, hésitante, saccadée, avec un débit syllabique;
- une difficulté à saisir le découpage des mots en syllabes, une ignorance de la ponctuation.

8. Le cas de Nahla

Apprenant de 3^{ème} année primaire, âgé de 8ans.

Constats :

- Atteinte gnosique de l'interprétation du message.
- Déficit auditif.
- Mauvaise combinaison des informations.
- Perception auditive faible.
- Mots déformés.
- Suppression de certains mots de la phrase.
- Substitution d'un mot par un autre mot.
- Nadia présente un trouble *dyslexique* accompagné d'une faible *perception auditive*.
- Ses parents l'ont déjà soumis au spécialiste pour une prise en charge depuis l'âge de 5 ans, mais par la suite ils ont abandonné les séances de rééducation.

8.1 Rééducation de la perception auditive.

On travaille les pré-requis, la perception auditive, la perception visuelle et la conscience phonologique...

Le test de Lafon²⁶ permet de vérifier l'audition de l'enfant, puis, la *capacité de discrimination phonétique* : le test EDP 4-8 fournit des mesures sur cette capacité ; des difficultés a ce niveau suggèrent soit un déficit auditif, soit une atteinte gnosique de l'interprétation du message. Il convient d'évaluer également le *stock lexical passif des mots*, c'est à dire la compréhension et la richesse du vocabulaire de l'enfant. Pour évaluer cette composante, une tâche de désignation de mots est proposée.

Grace aux nombreux outils dont nous disposons, ils nous permettent d'évaluer cette composante. On évalue ensuite le *traitement syntaxico-sémantique* avec les différents tests qui existent qui vont nous renseigner sur la capacité de l'enfant à

²⁶ La Lecture et l'enfant, Editions Robert Laffont, Collection « Réponses » BRIN F., COURRIER C., LERDELE E., MASY V. (2004) Dictionnaire d'Orthophonie, Deuxième édition, Ortho EDITION CAMPOLINI C., TOLLET F., VANSTEELANDT A. (2003).

combiner différentes informations, à intégrer l'ordre des mots pour accéder à une interprétation du message.

Cet examen doit permettre de juger de la qualité des perceptions auditives de l'enfant : il consiste à faire répéter une série de syllabes et de mots sans significations, puis des mots significatifs et enfin des phrases.

Nous avons suivis les enfants dyslexiques durant les séances de rééducation et leur comportement avec les tests proposés par l'orthophoniste : Exemple de la parole.

8.2 Syllabes sans signification :

L'orthophoniste a établi plusieurs listes dont la première est composée : *esp, stur, erb, olp, spit* ; la seconde de *ortis, igzo, adzi, ajdo et obju* ; la troisième de *fanvé, linou, gontra, bartin et panbi* ; la quatrième de *sizado, faviker, bimindal, rikapé*.

Ensuite il est passé aux mots d'épreuve tels que buis, arbre, brouette, spectacle et espiègle et enfin aux phrases : J'ai perdu ma bicyclette, maman a mis le parapluie dans le jardin, papa a acheté un journal au kiosque.

Il a commencé à dicter les syllabes sans signification, les mots d'épreuve et les phrases d'une voix normale, en articulant bien. Il a commencé à noter avec précision les réponses de l'enfant lorsqu'elle comporte une erreur, sans répéter le mot raté par l'enfant en inscrivant (-) et passe au mot suivant.

Dans l'épreuve des syllabes²⁷ sans signification, il examine la finesse de la perception auditive. Dans la répétition des phrases, il note les mots déformés, la suppression de certains mots, l'inversion des mots ou la substitution d'un mot par un autre mot.

8.3 Diagnostic :

Au-delà de cinq erreurs dans les listes, dans les phrases ou les mots d'épreuve, on peut diagnostiquer le trouble dyslexique au niveau de la parole qui s'avère important et qu'il faut corriger à l'aide de techniques de rééducation par le biais du monde sonore en développant l'attention et l'intérêt auditifs.

Pour ce qui est des listes proposées, la majorité des enfants affichent une incapacité à prononcer un mot nouveau, comme ils ne peuvent pas détecter les

²⁷ Ortho ! (2015) *la dyslexie expliquée aux élèves de primaire*. Un dessin animé de 18' de Nathalie Sartiaux + un cd pédagogique pour élèves, avec supplément Spécial enseignants.

différences entre les sons, les lettres et les mots ; ou devient on ; en devient ne ; p/b/q/d sont confondus ainsi que u/n ; qu devient gu ; u devient n. Ils ont une difficulté à lire avec une nette compréhension, une prononciation incorrecte des voyelles, par exemple flocan/flacon, une confusion entre consonne sourde et une consonne sonore : bord devient por, tombe devient tompe, gachette devient cachette.

9. Le cas de Dalila

Apprenant de 4^{ème} année primaire, âgée de 12 ans.

Constats :

- Retard important du langage.
- Mauvaise articulation.
- Confusion des sons.
- Mauvaise intégration des structures grammaticales.
- Mauvaise intégration des structures sémantiques.

Dalila présente une *dysphasie* d'après l'orthophoniste et d'après les parents, elle a enregistré ce problème depuis l'âge de 2 ans.

• La dysphasie :

Elle correspond, chez l'enfant, à une altération et à un retard important du langage, marqué par une insuffisance de l'articulation, des difficultés dans la différenciation des sons et une mauvaise intégration des structures grammaticales et sémantiques de la langue. La guérison de ce trouble nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

10. Le cas de Yacine

Apprenant de 4^{ème} année primaire, âgé de 11 ans.

Constats :

- Mauvaise lecture.
- Mouvements inexistantes des lèvres pendant la lecture silencieuse.
- Confusion dans les lettres lors de la lecture à voix haute.
- Omission de syllabes pendant la lecture.
- Pas de respect de la ponctuation.
- Yacine a une *insuffisance de lecture phonologique*.
- Yacine présente ces difficultés depuis la première année primaire, il avait 5 ans.

10.1 Rééducation de la lecture phonologique :

L'orthophoniste observe les mouvements des lèvres et l'articulation²⁸ à voix basse des sons pendant les exercices de lecture silencieuse, il constate une addition de phonèmes inappropriés notamment comme bleu qui devient beleu, marteau qui devient mareteau. Il nous signale aussi la suppression de phonèmes dans un ensemble consonantique ou une omission de syllabes : médicament qui devient mécaement.

Quand il procède à la lecture à voix haute, il constate un non-respect du rythme, des phrases, de la ponctuation et des liaisons.

Il se penche ensuite sur la lecture de rythme qui nécessite la confection de formules rythmiques sur des bandes de papier fort ou du carton. Il remet à l'enfant, il frappe une formule sous la table et l'enfant désigne le carton correspondant. Par des frappements, forts ou légers sous la table, il fait prendre conscience à l'enfant de la différence d'intensité. Il refait le même exercice pour la durée et la hauteur par l'utilisation d'instruments variés tels que la flute ou le diapason.

10.2 Récapitulation des cas ayant des troubles du développement de la parole.

Numéros	Noms et Prénoms	Sexes	Agés	Niveau	Trouble enregistré
01	M. Youcef	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	Bafouillage ou bredouillement
02	C. Nassim	Mas	12 ans	4 ^{ème} A.	Trouble d'articulation
03	O. Nadia	Fém	10 ans	4 ^{ème} A.	Syndrome sévère de l'expression.
04	M. Badri	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	Zézaiement
05	B. Karima	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	Bégaiement
06	M. Assia	Fém	09 ans	3 ^{ème} A.	Retard de langage
07	B. Djamel	Mas	09 ans	3 ^{ème} A.	Dyslexie
08	A. Nahla	Fém	08 ans	3 ^{ème} A.	F. perception auditive
09	C. Dalila	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	Dysphasie
10	M. Yacine	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	Lecture phonologique

²⁸ LOBROT M. (1975) Troubles de la langue écrite et remèdes, Ed. ESF, Collection Sciences de l'éducation MAISONNEUVE L. (2002) Apprentissage de la lecture, méthodes et manuels, Volume 1, Ed. L'Harmattan.

Chapitre III

Analyse et discussion des résultats.

1. Public de l'enquête et méthodologie adoptée

1.1 Le lieu de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée au Centre Médico-Psychopédagogique (CMP) de Souk-Ahras qui est une institution publique. Il a été créé par la circulaire 57/89 du 02/05/1989 et a débuté ses activités le 01/11/1994 à la cité du 26 Avril au sein de la wilaya de Souk-Ahras et fonctionne selon un régime de demi-pensionnat.

La capacité d'accueil est de 100 patients (62 garçons et 38 filles).

La mission du CMP : Elle consiste à programmer des activités consacrées à la consultation, l'observation, le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés, réadaptation de l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire, professionnel et social. Le diagnostic et le traitement orthophonique sont effectués en consultations ambulatoires. Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant.

Le CMP est constitué de deux services :

- Service administratif et financier.
- Service pédagogique qui a pour mission l'application des programmes spécialisés à la prise en charge des enfants présentant des troubles et des handicaps mentaux.

L'équipe de prise en charge Médico-Psycho-Pédagogique est constituée de

- Personnel administratif : 08
- Personnel pédagogique : 12
- Vacataires : 22
- Nombre de classes : 14
- Ateliers : 03

Le nombre de séances de rééducation est de deux à quatre séances par semaine pour une durée de 45 minutes à une heure.

Nous avons fait une pré-enquête dont l'objectif est de recueillir les données visant à connaître le terrain de l'étude et la prise en charge de nos dix apprenants sélectionnés afin de vérifier les hypothèses formulées au départ.

1.2 Le questionnaire :

Le but de l'élaboration d'une méthode de recherche est de collecter les données. Nous avons retenu la méthode du questionnaire comme moyen d'investigation pour étudier la question relative à la réalité et constater les cas ayant des troubles du développement de la parole. Il s'agit d'un outil pour confirmer ou infirmer les hypothèses. Pendant notre enquête, nous avons rencontré l'orthophoniste Mme

« HAMADA », qui nous a parlé d'une façon générale sur le thème des troubles relatifs au développement de la parole des enfants. Elle a donné des réponses intéressantes, fiables à nos questions sur les troubles du développement de la parole, la prise en charge et les méthodes de rééducation pour la récupération.

Nous avons posé des questions fermées afin de faciliter l'obtention des réponses et d'autres questions ouvertes.

Nous avons retenu pour notre enquête les dix apprenants (5 garçons et 5 filles) de 3^{ème} année primaire et de 4^{ème} année primaire de l'école primaire Mohamed Tahar Bouacha sélectionnés au départ et qui sont pris en charge par l'orthophoniste Mme HAMADA.

1.3 Dépouillement du questionnaire et réponses obtenues :

Q 1 : Quel est le nom du patient, son prénom, son sexe, son âge et son niveau ?

R 1 :

Numéros	Noms et Prénoms	Sexes	Agés	Niveau
01	M. Youcef	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.
02	C. Nassim	Mas	12 ans	4 ^{ème} A.
03	O. Nadia	Fém	10 ans	4 ^{ème} A.
04	M. Badri	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.
05	B. Karima	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.
06	M. Assia	Fém	09 ans	3 ^{ème} A.
07	B. Djamel	Mas	09 ans	3 ^{ème} A.
08	A. Nahla	Fém	08 ans	3 ^{ème} A.
09	C. Dalila	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.
10	M. Yacine	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.

Commentaire :

Il y a 5 filles âgées respectivement de 10, 12, 09, 08 et 12 ans et 5 garçons âgés respectivement de 11, 12, 11, 09 et 11 ans. Leur niveau scolaire varie de la 3^{ème} année primaire à la 4^{ème} année primaire.

Q 2 : Leurs parents sont-ils vivants, vivent-ils ensemble ou sont-ils séparés ?

R 2 : Les cas sont variés. Les parents qui vivent ensemble sont d'un apport considérable pour leur enfant, contrairement à ceux qui sont séparés, chaque parent essaye de contrarier l'autre.

Commentaire :

Les parents des trois enfants (Nahla, Djamel et Yacine) sont séparés, les parents des sept autres enfants (Youcef, Nassim, Nadia, Badri, Karima, Assia et Dalila) vivent ensemble.

Q 3 : Est-ce qu'il y a des enfants qui souffrent des troubles du langage dans ce centre de rééducation ?

R3 : Un grand nombre d'enfants présente un déficit au niveau du langage.

Commentaire :

Nous avons constaté un nombre impressionnant d'enfants dans le CMP qui présentent des troubles de langage de différentes tranches d'âge y compris les 10 apprenants objet de notre étude.

Q 4 : Quels sont les signes d'un trouble du langage ?

R 4 : - Retard sur le plan phonétique (articulation : parole).

- Retard sur le plan phonétique (la phrase simple, la phrase complexe, la syntaxe et le vocabulaire).

Commentaire :

Le trouble se situe au niveau phonétique. La majorité des enfants scolarisés sont incapables de prononcer correctement les différents mots et les différents sons. Ils enregistrent des difficultés au niveau des phonèmes.

Q 5 : Quelle est l'âge minimum pour examiner un trouble de langage ?

R5 : A partir de l'âge de 3 ans.

Commentaire :

D'après l'orthophoniste, quand les parents s'inquiètent du trouble de langage constaté dans l'environnement familial, ils soumettent leur enfant à l'examen chez le spécialiste

Q 6 : Quand faudrait-il s'adresser à l'orthophoniste pour la prise en charge de l'enfant ?

R 6 : A partir de 3 ans

Commentaire :

Les orthophonistes interviennent à toutes les tranches d'âge, notamment auprès de très jeunes enfants qu'est généralement 3 ans.

Q 7 : Comment traiter et rééduquer le trouble du langage ?

R 7 : - Accompagnement des parents (particulièrement la mère)

- Rééducation orthophonique.
- L'intégration de l'enfant dans le jardin d'enfants.

Commentaire :

La présence des parents s'avère indispensable lors des séances de rééducation chez l'orthophoniste. Ces derniers peuvent assister l'orthophoniste dans ses différentes tâches. Ils doivent être présents dans le jardin en compagnie de leur enfant et de ses camarades pour le mettre à l'aise.

Q 8 : La prise en charge orthophonique s'appuie sur un bilan orthophonique, dans ce cas comment s'effectue la rééducation ?

R 8 : - La rééducation s'effectue d'abord par un bilan phonétique pour répertorier les insuffisances au niveau des sons du langage et les problèmes d'articulation.

- Le bilan phonologique à travers des phrases simples et complexes, amélioration de la syntaxe et du vocabulaire.

Commentaire :

Le bilan orthophonique est indispensable lors de la rééducation. L'orthophoniste démarre ses séances de rééducation par l'introduction des exercices variés comportant

des phrases simples afin de dépister les insuffisances constatées et rééduquer le manque. Elle commence par les phrases simples jusqu'à ce que les difficultés soient vaincues, puis elle passe aux phrases complexes en se basant sur la syntaxe et le vocabulaire.

Q 9 : A quel âge le bilan orthophonique est-il nécessaire ?

R 9 : Il est nécessaire à partir de l'âge du constat du retard de langage.

Commentaire :

Le bilan orthophonique est proposé si les parents ou le milieu scolaire s'inquiètent du développement du langage oral qui paraît anormal, ce qui permet de cibler la nature du trouble et de définir les techniques de rééducation nécessaires car l'évaluation prend en charge les capacités de compréhension et d'expression.

Q 10 : Quelles sont les causes du retard de langage ?

R 10 : - Causes psychologiques.

- Causes organiques.

Commentaire :

Les causes psychologiques : l'influence de la famille, l'influence de l'environnement, et celle de l'école

Les causes organiques : vérification des amygdales et angines, des dents, des maladies héréditaires des parents et grands-parents.

Q 11 : Quelles sont les objectifs fixés et les méthodes employées pour une éventuelle rééducation ?

R 11: Structurer le bagage linguistique chez l'enfant retardé.

Commentaire :

Travailler les acquis linguistiques et les déficits observés par la pratique d'exercices variés et traiter les insuffisances au niveau sémantique, lexical et organiser des interventions orales pour cibler les carences et y remédier.

Q 12 : Quelles sont les stratégies employées par les orthophonistes dans le dialogue avec les patients?

R 12 : A travers une relation de confiance et prise en charge adéquate pour chaque enfant.

Commentaire :

Il est du devoir de l'orthophoniste de faire une adaptation avec tous les patients pour un rapprochement de confiance et de fiabilité.

Q 13 : Quelles sont les activités proposées durant les séances de rééducation ?

R 13 : Des images et des jeux ludiques à savoir des activités ayant trait à une bonne stimulation verbale.

Commentaire :

Les rééducations sont intégrées fréquemment en matière de jeux, ce qui permet une meilleure excitation verbale de l'enfant, car les séances de rééducation s'appuient sur les attitudes verbales et non verbales, l'expression est développée par l'intermédiaire du jeu, photos, images qui permettent à l'enfant de s'amuser et de se distraire.

Q 14 : L'enfant retardé utilise-t-il le langage oral spontané lors des différentes activités ?

R 14 : Oui, il l'utilise mais à sa manière.

- Langage gestuel
 - Langage Jargon (langage inintelligible).
-

Q 15 : L'enfant peut-il comprendre des ordres simples non accompagnés de gestes ?

R 15 : Oui, seulement les ordres simples.

Commentaire :

L'enfant discerne les ordres simples. La simplicité est de mise dans ce cas, la complexité peut nuire aux exécutions gestuelles. On doit toujours aller du simple au complexe.

Q 16 : Est-ce que l'enfant exprime spontanément et verbalement ses sentiments et ses désirs ?

R 16 : Non, puisqu'il ne s'exprime pas correctement.

Commentaire :

L'enfant ne s'exprime pas correctement car les fonctions du langage peuvent-être accompagnées d'un handicap moteur, sensoriel ou mental.

Q 17 : Quelle est la durée maximale pour qu'un enfant soit capable d'exprimer des phonèmes en séance de rééducation ?

R 17 : On peut limiter la durée maximale de la rééducation comme on peut la prolonger, tout dépend de la motivation de l'enfant.

Commentaire :

Les orthophonistes ne peuvent pas limiter le temps de rééducation car le résultat dépend de l'intéressement et le désir d'apprentissage de l'enfant pour se voir guérir.

Q 18 : Quels sont les outils efficaces pour favoriser l'intégration des mots, du vocabulaire ?

R 18 : A travers des outils spécifiques de l'orthophoniste.

Commentaire :

Chaque orthophoniste dispose d'un outillage spécifique propre à lui (manuscrit, audio, vidéo, des attitudes et des productions spontanées).

Q 19 : Vous arrive-t-il de travailler en collaboration avec les enseignants pour ce genre de pathologies ?

R 19 : Rarement et particulièrement quand les enseignants ont des cousins dans leur classe qui souffrent de troubles de développement de la parole.

Commentaire :

Le travail en association avec les enseignants est inhabituel puisque le dépistage du malade se fait avant l'âge scolaire, l'examen du retard se fait à partir de l'âge de 3 ans.

Q 20 : D'après vous quel est le rôle des parents pour aider leur enfant ?

R 20 : - Une bonne stimulation verbale de l'enfant.

- Etre en contact avec le thérapeute.
- Et une prise en charge de la part des parents.

Commentaire :

Les parents doivent veiller à leur enfant en suivant les conseils du thérapeute dans le but d'assurer une bonne stimulation dans les communications verbales et permettre une fluidité de contact afin de vaincre les appréhensions constatés dans le trouble du langage.

Q 21 : Pendant combien de temps observez-vous une amélioration après la prise en charge de l'enfant ?

R 21 : La durée d'amélioration diffère d'un cas à un autre. Tout dépend de la capacité et de la motivation de l'enfant.

Commentaire :

Certains enfants, l'amélioration s'effectue lentement et peut-être observée après six mois jusqu'à une année. Pour d'autres, la récupération se fait rapidement.

Q 22 : Comment évaluez-vous les résultats d'une amélioration constatée après la rééducation ?

R 22 : D'après les résultats obtenus, nous pouvons affirmer que l'amélioration après la rééducation est acceptable par rapport aux troubles de certains enfants.

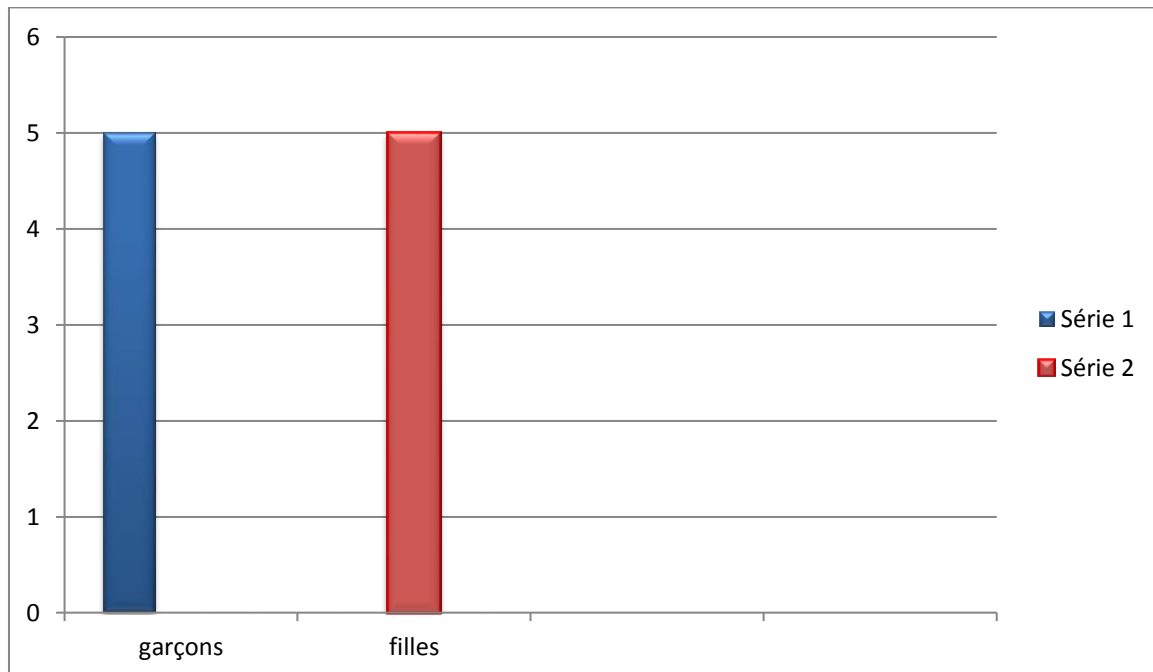
Commentaire :

Les résultats des améliorations après la rééducation dépendent des capacités cognitives des enfants. Ces dernières évoluent dans le temps.

2. Traduction des résultats :

2.1 Le sexe :

Les deux sexes sont représentés (05 garçons et 05 filles).

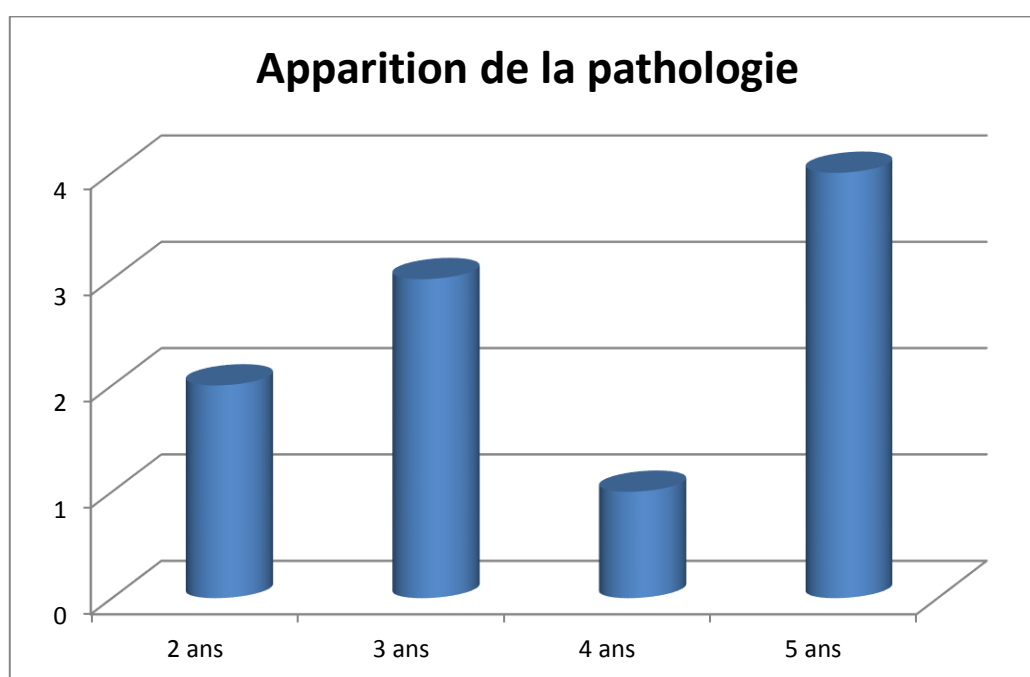


Commentaire :

Notre échantillon est constitué de 10 apprenants atteints de différents troubles du langage qui sont pris en charge par le CMP (l'orthophoniste) qui suivent une rééducation. Il y a 5 garçons et 5 filles fréquentant les classes de 3^{ème} et 4^{ème} année primaire âgés de 8 à 12ans.

2.2 Apparition de la pathologie :

Numéros	Noms et Prénoms	Sexes	Agés	Niveau	Manifestation du trouble depuis l'âge
01	M. Youcef	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	5 ans
02	C. Nassim	Mas	12 ans	4 ^{ème} A.	3 ans
03	O. Nadia	Fém	10 ans	4 ^{ème} A.	3 ans
04	M. Badri	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	5 ans
05	B. Karima	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	4 ans
06	M. Assia	Fém	09 ans	3 ^{ème} A.	2ans
07	B. Djamel	Mas	09 ans	3 ^{ème} A.	3 ans
08	A. Nahla	Fém	08 ans	3 ^{ème} A.	5 ans
09	C. Dalila	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	2 ans
10	M. Yacine	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	5ans



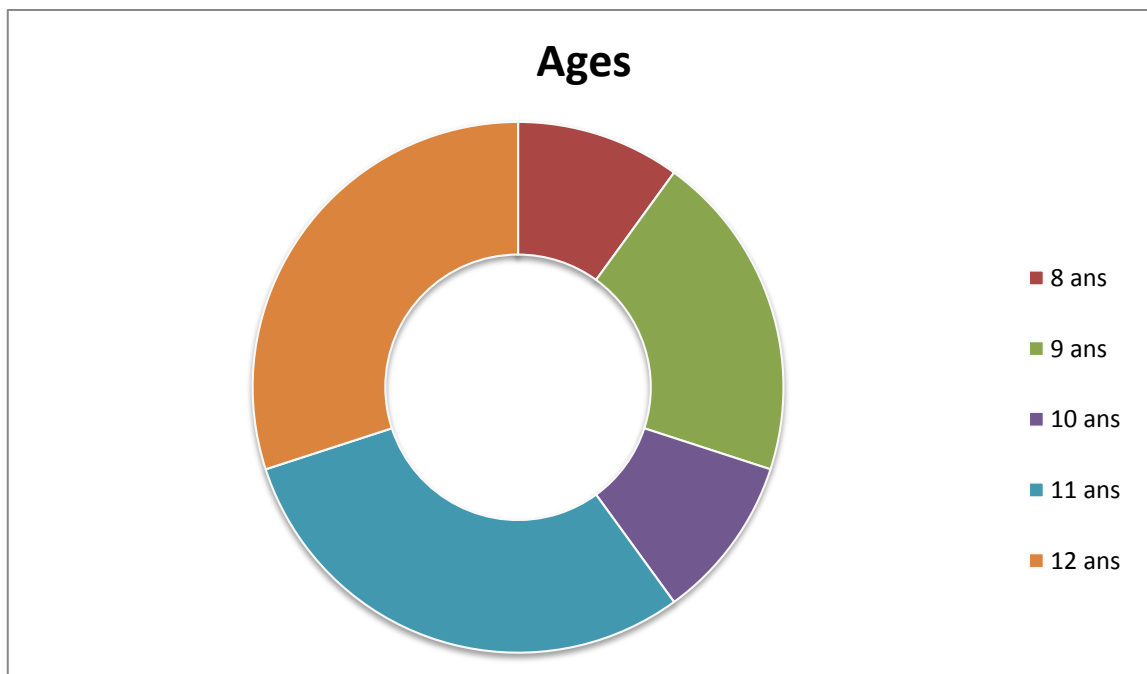
Commentaire :

Sur les 10 enfants qui sont soumis aux séances de rééducation pour trouble phonologique, les troubles sont apparus depuis l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 5 ans.

2.3 Les âges :

Les enfants ayant un trouble du langage

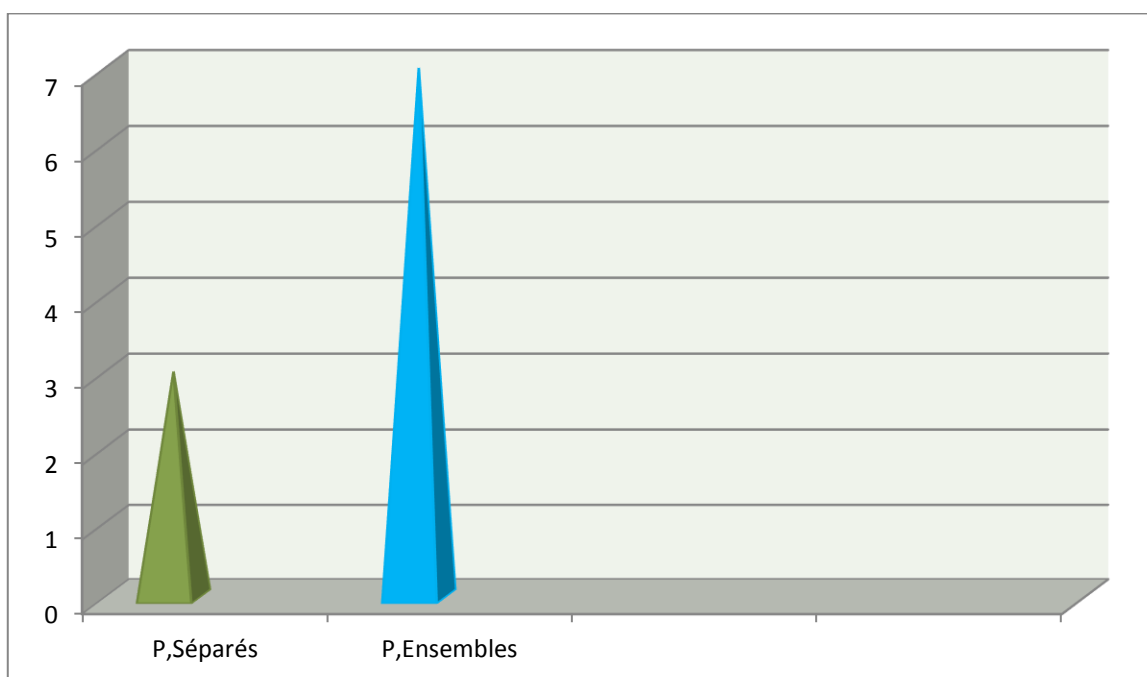
Numéros	Noms et Prénoms	Sexes	Âges
01	M. Youcef	Mas	11 ans
02	C. Nassim	Mas	12 ans
03	O. Nadia	Fém	10 ans
04	M. Badri	Mas	11 ans
05	B. Karima	Fém	12 ans
06	M. Assia	Fém	09 ans
07	B. Djamel	Mas	09 ans
08	A. Nahla	Fém	08 ans
09	C. Dalila	Fém	12 ans
10	M. Yacine	Mas	11 ans



Commentaire :

L'âge des enfants soumis à la rééducation se répartit comme suit : 01 enfant de 08 ans, 02 enfants de 09 ans, 01 enfant de 10 ans, 03 enfants de 11 ans et 03 enfants de 12 ans. (Pour les sexes, 05 sont masculins et 05 sont féminins).

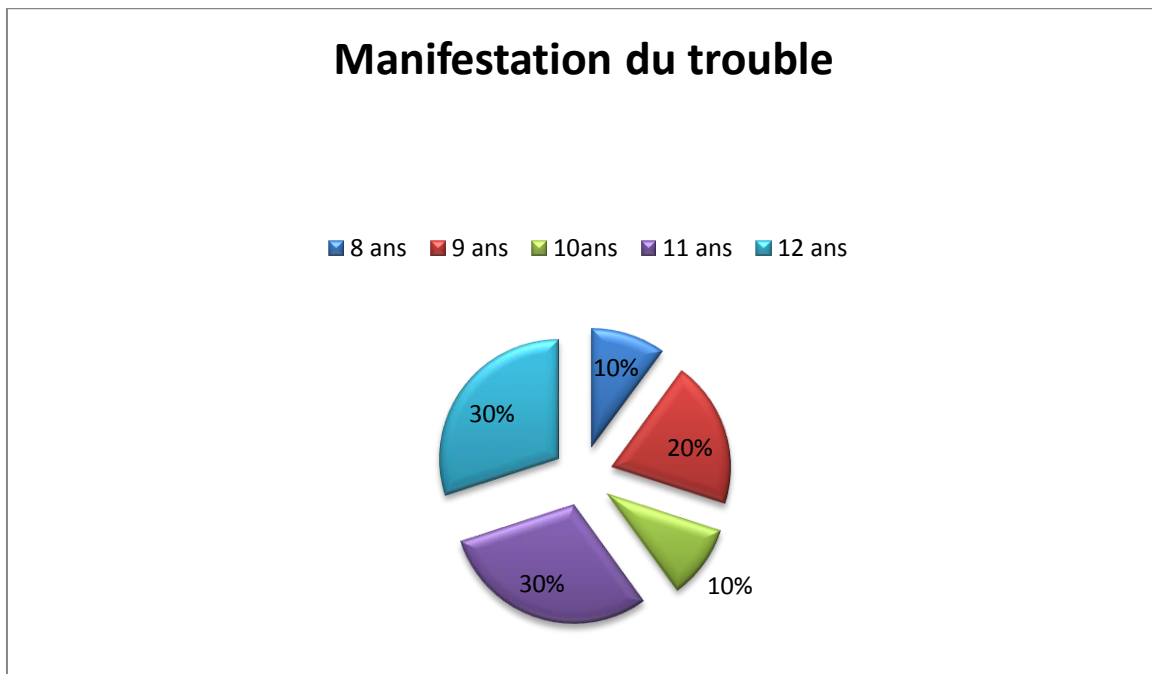
2.4 La situation familiale des parents :



Commentaire :

Nous avons dans notre échantillon sélectionné 3 parents qui sont séparés et les sept autres vivent ensemble. Il se trouve que les parents séparés engendrent des problèmes à leurs enfants qui sont particulièrement atteints de ces pathologies, alors que ceux qui vivent ensemble garantissent la sérénité et le bien-être de leurs enfants.

2.5 Manifestation du trouble :



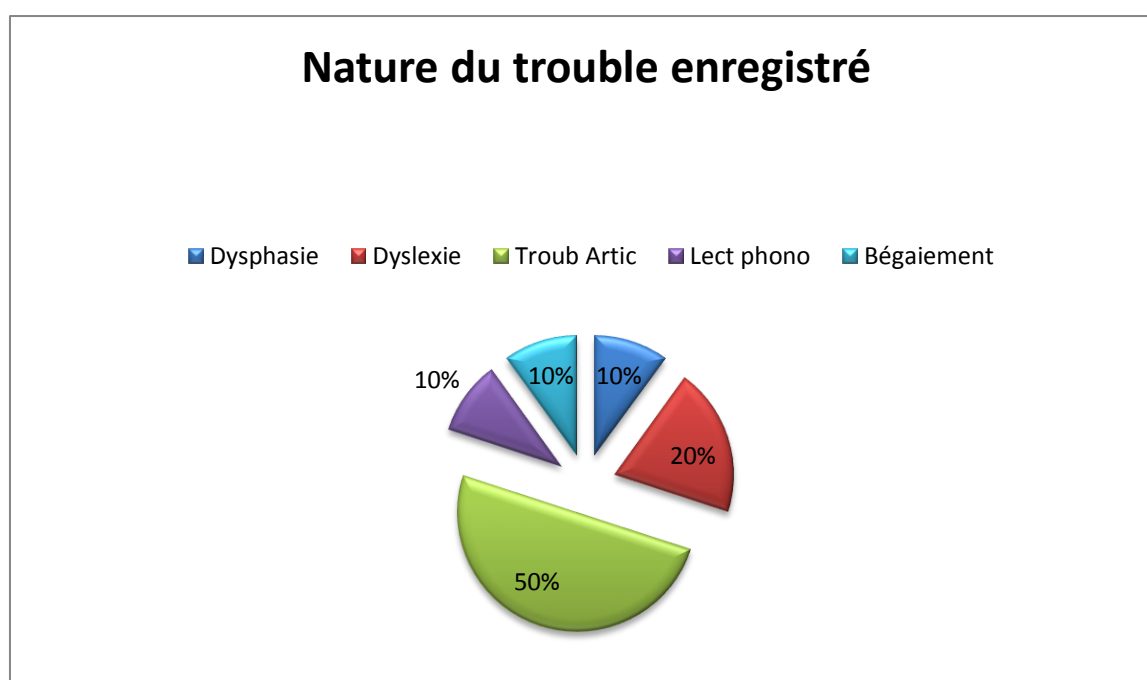
Sur les 10 enfants soumis à la rééducation par l'orthophoniste, 10% sont âgés de 8 ans, 20% âgés de 9 ans, 10% de 10 ans, 30% de 11 ans et 30% de 12 ans.

Commentaire :

Parmi les enfants représentés, une est atteinte d'une dysphasie (C. Dalila), un qui est dyslexique (B. Djamel) et une de bégaiement (B. Karima). Le reste sont atteints des troubles de la parole.

2.6 Nature du trouble :

Numéros	Noms et Prénoms	Sexes	Agés	Niveau	Nature du trouble
01	M. Youcef	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	<i>Bafouillage ou bredouillement</i>
02	C. Nassim	Mas	12 ans	4 ^{ème} A.	<i>Trouble d'articulation</i>
03	O. Nadia	Fém	10 ans	4 ^{ème} A.	<i>Syndrome sévère de l'expression.</i>
04	M. Badri	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	<i>Zézaïement</i>
05	B. Karima	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	<i>Bégaiement</i>
06	M. Assia	Fém	09 ans	3 ^{ème} A.	<i>Retard de langage</i>
07	B. Djamel	Mas	09 ans	3 ^{ème} A.	<i>Dyslexie</i>
08	A. Nahla	Fém	08 ans	3 ^{ème} A.	<i>F. perception auditive</i>
09	C. Dalila	Fém	12 ans	4 ^{ème} A.	<i>Dysphasie</i>
10	M. Yacine	Mas	11 ans	4 ^{ème} A.	<i>Lecture phonologique</i>



3. Quelques conseils pour une rééducation heureuse :

3.1 Suggestion pour les parents :

Les parents d'enfants présentant des troubles du développement de la parole sont désarmés face à ce problème : ils préfèrent défendre leur enfant envers et contre tous car ils se sentent exclu et persécuté ou bien montrer que la règle se situe avant tout à la maison et qu'il doit la respecter. Un sentiment de culpabilité et une souffrance s'installe chez ces parents qui ont besoin d'être rassurés sur le fait que ce n'est pas leur faute.

Les parents, surtout les mamans, dévorent tout ce qu'elles peuvent trouver à propos des troubles du langage. Ces informations ne les aident pas à trouver des solutions, ce qui renforce leur inquiétude devant leur incapacité à aider leurs enfants, notamment au moment des devoirs.

Les parents peuvent présenter et expliquer le trouble de la parole au sein de l'établissement scolaire dans le désir de faire accepter leur enfant par les maitres, les professeurs, mais aussi par les autres enfants. Ils deviennent malheureusement parfois la cible des enseignants qui exaspérés par leur insistance, leurs conseils, leurs angoisses surtout, les traitent avec peu de courtoisie « voilà encore la mère hystérique », elle va encore me dire que son enfant est surdoué.

3.2 Suggestions aux enseignants :

Malgré les efforts réels et les progrès réalisés au sein de nos écoles, il y a beaucoup à faire pour obtenir :

- Un diagnostic compétent en adressant l'enfant à un orthophoniste.
- Des formations adaptées aux enseignants.
- Des tests de dépistage.

A la décharge de nos enseignants, soulignons qu'ils ne bénéficient d'aucune formation, ni même d'information dans le domaine des troubles neuropsychologiques du langage oral et écrit, nous espérons que des mesures seront prises pour leur faciliter la tâche dans ce domaine. Le dialogue entre les orthophonistes et les enseignants à tendance à se réchauffer, chacun y met la bonne volonté, les orthophonistes n'assèment plus de bilans ou discours incompréhensibles, propres à susciter la mauvaise humeur des enseignants.

La collaboration avec les enseignants est primordiale dans ce type de rééducation, car c'est souvent le maitre ou le professeur qui va montrer à son élève comment utiliser en classe les outils appris au cours des séances de rééducation, exemple : La personne atteinte de trouble de la parole n'applique jamais les règles de

lecture, les conjugaisons, la grammaire et l'usage selon notre mode de pensée : assurez-vous qu'elle connaît ces règles, et encouragez-là à trouver comment elle pourrait les appliquer.

3.3 La mise en place d'une collaboration entre les parents, les enseignants et l'orthophoniste.

Les enfants enquêtés souffrent de troubles du développement de la parole constituent, semble-t-il, 4 à 5 % des enfants qui présentent des troubles d'apprentissage de la lecture et de l'écriture dans leur classe respective.

C'est pourquoi les enfants présentant des troubles en cours de rééducation, et qui sont conscients de s'être forgé une autonomie, un état d'esprit, un savoir-faire et une capacité à communiquer tant à l'oral qu'à l'écrit, vont ressentir le besoin de faire connaître à leur camarades et à leurs professeurs ce qui les différencie. Ils vont se découvrir des qualités pédagogiques pour aider les enfants de leur classe concernés par le même handicap. C'est pourquoi la collaboration entre les enseignants et l'orthophoniste sont indispensables pour une meilleure prise en charge de l'enfant à trouble. L'orthophoniste demande aux enseignants de l'aider en répondant à des questionnaires variés dont voici un exemple :

- Ecoute-t-il mieux en classe ? Est-il plus attentif ?
- Prend-il plus facilement la parole ?
- Quelle main utilise-t-il pour écrire au tableau ?
- Se repère-t-il plus facilement dans l'espace et dans le temps ?
- Prend-il plus de responsabilité en classe ?
- Ecoute-t-il mieux la consigne ? La comprend-il mieux ?
- Ecrit-il plus vite ?
- Remarquez-vous un changement dans ses attitudes corporelles ?
- Est-il moins fatigable ?
- Ses fautes se remarquent plus particulièrement dans
 - Les confusions des sons ? Lesquelles ?
 - Les omissions de lettres ?
 - Les assimilations (répétition des lettres à l'intérieur du même mot) ?
 - Les ajouts ?
 - Le découpage des syllabes ? des mots ? des phrases ?
 - La correspondance phonie-graphie (le son et la lettre) ?
 - Les conjugaisons ?
 - Les règles de lecture ?
 - Les notions catégorielles ?
- Invente-t-il les mots lorsqu'il lit à haute voix ?
- Comprend-il les énoncés notamment en mathématiques ?

L'orthophoniste demande également à l'enseignant de lui confier ses remarques ou de lui faire part de ses souhaits concernant l'enfant.

Ce questionnaire qui n'a jamais été refusé par les enseignants qui permet à l'orthophoniste de travailler avec beaucoup plus de rigueur et d'efficacité. La collaboration avec les enseignants est primordiale, car ils font le lien entre la rééducation et le travail scolaire.

3.4 Conclusion

Il apparaît clairement que les hypothèses nombreuses formulées sur l'origine et les causes des troubles du développement de la parole induisent des pistes de recherche dans l'analyse de cette affection et dans les techniques de rééducation susceptibles de rétablir chez l'enfant un langage oral et écrit normal.

Conclusion générale.

Notre recherche nous a permis de répondre à notre problématique de départ :

- *Quels sont les indices valables pour se prononcer qu'un enfant souffre d'un trouble de la parole ?*
- *Quels sont les traitements possibles pour remédier aux problèmes de ce trouble spécifique chez les enfants ?*
- *Quels conseils suggérer aux parents pour une meilleure rééducation.*

Nous attirons l'attention des parents sur le fait que les difficultés rencontrées par leur enfant s'inscrit dans un processus global et complexe qui mérite d'être pris en compte si on veut les sortir de l'impasse. Les prises en charge multiples ne permettent toujours pas à l'enfant atteint du trouble de langage de s'unifier et de progresser, il serait plus heureux de lui proposer une rééducation pluridisciplinaire, afin qu'il ne se disperse plus et qu'il accède à une cohérence dans le discours et dans les actes de tous les intervenants.

Le bonheur procuré chaque jour par les victoires des plus démunis sur leurs difficultés initiales face à la lecture et à l'écriture. Chacun de nous souhaite observer « nos patients élèves » ou « élèves-parents », accablés au départ par l'inadéquation entre efforts et résultats, se laisser gagner peu à peu par l'espoir, puis la confiance et enfin la joie de découvrir l'étendue de leurs possibilités. Ils reprennent soudain le goût d'entreprendre et de mener à bien des projets, avec le plaisir de se voir reconnus, acceptés et appréciés tels qu'ils sont.

La nouveauté consiste à cesser de vouloir gommer ce que certains considèrent comme un « défaut » de la personne, avec l'idée que, une fois cette anomalie disparue, L'enfant ne sera plus troublé normale.

Les troubles du développement de la parole concernent environ 12 % de la population, dont 4% sont sévèrement touchés, sans compter l'entourage, parents, conjoints, enfants, amis, enseignants confrontés à ce problème dans leur vie professionnelle, avec les orthophonistes, les médecins, les psychologues et les psychomotriciens, bref, nous sommes tous concernés.

Certes, des personnages célèbres furent de grands dyslexiques : nous citons Léonard de Vinci, Rodin, et même Einstein ! Mais cela suffit-il à apaiser les craintes d'un parent qui voit son enfant en danger ? Risque d'échec, de marginalisation, et ses conséquences.

Car une personne atteinte d'un trouble de la parole est menacée de troubles comportementaux allant de l'extrême timidité, proche d'une attitude autistique, à l'agressivité qui ne peut être contrôlée que par des médicaments puissants, ajoutant leurs effets secondaires aux troubles linguistiques sévères.

Vu l'importance du thème choisi, notre travail peut faire l'objet d'une recherche ultérieure qui pourra prendre et éclairer les prise en charge des troubles sévères, de l'acquisition du langage et la dysorthographe.

Bibliographie

Bibliographie

BELLONE C. (2003) *Dyslexies & Dysorthographies, Connaissances de base théoriques et pratiques, D'hier à aujourd'hui et demain*, Ortho Editions BERNARD E. (2005).

Apprentissage de la lecture au CP : méthode synthétique vs méthode mixte, Mémoire d'orthophonie Tours BETTELHEIM B. & ZELAN K. (1983).

La Lecture et l'enfant, Editions Robert Laffont, Collection « Réponses » BRIN F., COURRIER C., LERDELE E., MASY V.(2004) *Dictionnaire d'Orthophonie*, Deuxième édition, Ortho EDITION CAMPOLINI C., TOLLET F., VANSTEELANDT A. (2003).

David. M. Roulin, *l'évolution du langage de l'enfant. Guide pratique*. Sainte-Foy. Québec

Dictionnaire de Logopédie Les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies, Série Pédagogique de l'Institut Linguistique de Louvain, Ed. Peeters.

CARBONNEL S., GILLET P., MARTORY M.-D., VALDOIS S.(1996) *Approche Cognitive des troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant et l'adulte*, Ed. Solal, Collection Neuropsychologie DEVEVEY A. (2009).

FAYOL M., GOMBERT J.-E., LECOCQ P., SPRENGER-CHAROLLES L., ZAGAR D. (1992) *Psychologie Cognitive de la lecture*, Ed. Presses Universitaires de France.

FOUCAMBERT J.(décembre 2002) *Recherche en lecture, le spectre de la globale*, extrait des Actes de lecture n°80.

GALABURDA AM. *Developmental dyslexia: A multilevel syndrome*. *Dyslexia* 1999, 5 : 183-191

HABIB M.(1997) *Dyslexie : le cerveau singulier*, Ed. Solal, Collection Neuropsychologie.

LOBROT M. (1975) *Troubles de la langue écrite et remèdes*, Ed. ESF, Collection Sciences de l'éducation MAISONNEUVE L. (2002) *Apprentissage de la lecture, méthodes et manuels*, Volume 1, Ed. L'Harmattan

MUCCHIELLI R. & BOURCIER A. (1971) La Dyslexie Maladie du siècle, Ed. ESF

OUZILLOU C. (2010)

SHEPARD RN. et METZLER J., *Mental rotation of three dimensionnal objects*, Science, 1971, 171, 701-703

VAN HOUT A. & ESTIENNE F. (1994). Les Dyslexies Décrire – Evaluer – Expliquer – Traiter, Ed. Masson *Génération Dyslecteurs*. (2014) Bien comprendre la dyslexie pour mieux comprendre les dyslexiques. Ouvrage du Dr Vincent Goetry et coll. Sous la direction de Jacques Beaulaton.

Les articles et les revues :

Billard, (2002), trouble de l'apprentissage de l'enfant.

Encycl. Méd chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0886

Marianne Wollven, (2015), l'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école, *Revue française de pédagogie*, 190/103-114.

Mémoire :

Albert. LABBOUZ, Le silence qui parle, en rééducation, le silence est-il une autre forme de communication ? Proposition d'une conduite rééducative face à un enfant qui se fait, ou dont la parole est rare. 1999-2000.

Références.

Chevrie-Muller, Claude et Narbona, Juan, *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Masson, 1996, p. 321.

Fijalkow J., (2000), "Vers une France dyslexique", Les Actes de Lecture, n° 69, 35-38

Lecture de mots et dyslexie : approche cognitive [archive] d'après le portail Portail national des professionnels de l'éducation du ministère de l'éducation nationale.

Trouble sur l'origine de la dyslexie [archive] La recherche, 2003 ; renvoyant à une étude de Sally et Bennett Shaywitz de l'université de Yale en 2002.

D'après le portail national des professionnels de l'éducation : *La dyslexie à l'école Repérer, Dépister, Diagnostiquer [archive]*

Annexes

Le Questionnaire

Nous vous prions de répondre au questionnaire suivant qui va-nous permettre de mener une enquête sur les troubles du langage dans le but de préparer le mémoire de fin d'étude, spécialité Sciences du langage Master II. Nous vous remercions d'avance pour votre compréhension.

Q 1 : Quel est le nom du patient, son prénom, son sexe et son âge ?

.....
.....
.....

Q 2 : Ses parents sont-ils vivants, vivent-ils ensemble ou sont-ils séparés ?

.....
.....
.....

Q 3 : Est-ce qu'il y a des enfants qui souffrent des troubles du langage dans ce centre de rééducation ?

.....
.....
.....
.....

Q 4 : Quels sont les signes d'un trouble du langage ?

.....
.....
.....
.....
.....

Q 5 : Quel est l'âge minimum pour examiner un trouble de langage ?

.....
.....
.....
.....
.....

Q 6 : Quand faudrait-il s'adresser à l'orthophoniste pour la prise en charge de l'enfant ?

.....
.....

Q 7 : Comment traiter et rééduquer le trouble du langage ?

.....
.....

Q 8 : La prise en charge orthophonique s'appuie sur un bilan orthophonique, dans ce cas comment s'effectue la rééducation ?

.....
.....

Q 9 : A quel âge le bilan orthophonique est-il nécessaire ?

.....
.....
.....
.....

Q 10 : Quelles sont les causes du retard de langage ?

.....
.....
.....
.....

Q 11 : Quelles sont les objectifs fixés et les méthodes employées pour une éventuelle rééducation ?

.....
.....
.....

Q 12 : Quelles sont les stratégies employées par les orthophonistes dans le dialogue avec les patients ?

.....
.....
.....

Q 13 : Quelles sont les activités proposées durant les séances de rééducation ?

.....
.....
.....
.....

Q 14 : L'enfant retardé utilise-t-il le langage oral spontané lors des différentes activités ?

.....
.....
.....

Q 15 : L'enfant peut-il comprendre des ordres simples non accompagnés de gestes ?

.....
.....
.....

Q 16 : Est-ce que l'enfant exprime spontanément et verbalement ses sentiments et ses désirs ?

.....
.....
.....

Q 17 : Quelle est la durée maximale pour qu'un enfant soit capable d'exprimer des phonèmes en séance de rééducation ?

.....
.....
.....

Q 18 : Quels sont les outils efficaces pour favoriser l'intégration des mots, du vocabulaire ?

.....
.....
.....

Q 19 : Vous arrive-t-il de travailler en collaboration avec les enseignants pour ce genre de pathologies ?

.....
.....
.....

Q 20 : D'après vous quel est le rôle des parents pour aider leur enfant ?

.....
.....
.....

Q 21 : Pendant combien de temps observez-vous une amélioration après la prise en charge de l'enfant ?

.....
.....
.....

Q 22 : Comment évaluez-vous les résultats d'une amélioration constatée après la rééducation ?

.....
.....
.....
