



HAL
open science

Évaluation de la communication dans des situations de vie quotidienne d'enfants et d'adolescents dysphasiques : élaboration d'un questionnaire

Laurène Deschryver

► To cite this version:

Laurène Deschryver. Évaluation de la communication dans des situations de vie quotidienne d'enfants et d'adolescents dysphasiques : élaboration d'un questionnaire. Sciences cognitives. 2013. dumas-00848062

HAL Id: dumas-00848062

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00848062>

Submitted on 25 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Laurène DESCHRYVER

Née le 21/01/1985

**ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DANS
DES SITUATIONS DE VIE QUOTIDIENNE
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
DYSPHASIQUES : ELABORATION D'UN
QUESTIONNAIRE.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
certificat de Capacité d'Orthophoniste

Université Bordeaux Segalen – Département d'Orthophonie.

Année universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A Madame Longère-Trollet, pour sa disponibilité et son aide dans la passation des évaluations et pour m'avoir guidée et conseillée tout au long de ce travail.

A Madame Lamothe-Corneloup, directrice du Département d'Orthophonie et à toute l'équipe enseignante, pour nous avoir fait découvrir la richesse de cette profession et nous avoir transmis leurs savoirs.

A Caroline Bourdy, pour avoir accepté de participer à mon jury de soutenance et pour avoir contribué à la réalisation de ce mémoire, et à toutes les orthophonistes qui ont accepté de m'aider en faisant passer des évaluations à leurs patients.

A tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude en répondant à cette évaluation.

A mes maîtres de stage qui, durant ces quatre années, par leur confiance, leur investissement et leurs conseils, ont contribué à forger mes compétences.

A mes très chères amies de promotion, Aïnizé, Amandine, Anne, Caroline, Delphine, Elodie, Myriam, Nadia, Ophélie, Pauline, avec qui j'ai créé un lien unique et indéfectible.

A ma famille, ma belle-famille et mes amis qui m'ont tant encouragée lors de cette reconversion et durant ces quatre années.

A mes parents et à mon frère, pour m'avoir accordée leur confiance et sans qui cette reconversion n'aurait pas été possible. Je les remercie également pour la relecture attentive de ce mémoire.

A Clément, pour m'avoir insufflé la volonté et l'énergie de prendre cette voie et pour sa présence à mes côtés depuis 7 ans.

A Line, ma fille.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
ETUDE THEORIQUE.....	7
I-Le développement de la communication.....	7
<i>A-Concepts autour de la communication.</i>	7
<i>B-Le développement normal de la communication.</i>	9
1.Le développement normal des habiletés linguistiques.....	9
2.Le développement normal des habiletés pragmatiques.	14
<i>C-Le développement atypique de la communication.</i>	20
1.Le développement atypique des habiletés linguistiques.	20
2.Le développement atypique des habiletés pragmatiques.....	25
3.La relation trouble linguistique / trouble pragmatique.....	29
II-La dysphasie de développement.	32
<i>A-Définition et classification.</i>	32
1.Définition.	32
2.Classification des dysphasies.....	33
<i>B-Etiologies.</i>	37
1.Les facteurs génétiques.....	37
2.Les théories neuropathologiques.	38
3.Les théories linguistiques.....	39
4.Les théories concernant les traitements cognitifs.	40
<i>C-Diagnostic.</i>	42
1.Diagnostic par exclusion.	42
2.Diagnostic par l'évolution.	43
3.Diagnostic selon des critères positifs.	43
4.La procédure d'évaluation.	44
III-Incidences des troubles du langage sur la vie quotidienne des patients dysphasiques.	46
<i>A-Conséquences psychiques et psychoaffectives</i>	46
1.Une augmentation de l'inquiétude et de l'excitation.....	47
2.Une impossibilité d'évoquer ce qui est absent.	47
3.La fuite des pensées.....	47

4. Une impossibilité de gérer l'imprévu.	47
B-Conséquences sociales et comportementales.	48
1. La compétence sociale : définition.	49
2. Comportements internalisés et externalisés.	49
3. Victimisation, rejet et jugement négatif.	50
C-Conséquences sur la sphère familiale.	51
1. Perturbation de la dynamique familiale.	52
2. Perturbation de la vie professionnelle et des loisirs.	53
3. Perturbation de la santé mentale et physique.	54
D-Conséquences scolaires.	54
1. Conséquences concernant le devenir et le cursus scolaire.	55
2. Conséquences concernant le comportement.	56
IV-Évaluation de la communication en orthophonie.	58
A-Notion de vie quotidienne.	58
B-Les différents moyens d'évaluation.	59
1. Différence entre mesures objectives et mesures subjectives	59
2. Intérêts et limites des évaluations subjectives en orthophonie.	62
C-Quelques évaluations écologiques...	63
ETUDE CLINIQUE.	67
I-Matériel et méthode.	67
A-Objectifs de l'étude.	67
1. Problématique.	67
2. Hypothèse.	68
B-Méthodologie.	68
1. Principe et démarche de cette analyse descriptive.	68
2. Population.	69
3. Présentation du questionnaire d'évaluation de la communication en situation de vie quotidienne.	71
II-Résultats.	83
A-Recueil des données.	83
1. Expression dans quatre domaines de la vie quotidienne.	83
2. Expression dans des situations inhabituelles.	86
3. Expression des émotions.	88
4. Expression de blagues.	90

5.Conséquences des difficultés expressives.....	90
6.Sentiment d’être compris.....	93
7.Compréhension.....	94
8.Ressenti concernant le trouble.....	96
9.Langage écrit.....	98
10.Moyens de compensation.....	98
<i>B-Analyse des séances de passation.....</i>	99
1.Profil du patient 10.....	100
2.Profil du patient 3.....	101
3.Profil du patient 29.....	103
<i>C-Suggestion d’un axe thérapeutique.....</i>	104
1.Présentation du patient.....	104
2.Accompagnement familial.....	105
3.Amélioration de l’expression.....	107
4.Amélioration des relations sociales.....	108
5.Compréhension en classe.....	109
III-Discussion.....	110
<i>A-Synthèse des principaux résultats.....</i>	110
1.Concernant l’élaboration du questionnaire.....	110
2.Concernant les données recueillies.....	111
<i>B-Limites.....</i>	114
1.Population.....	114
2.L’évaluation.....	115
<i>C-Perspectives.....</i>	119
1.Apport de cette évaluation en orthophonie.....	119
2.Extensions.....	119
CONCLUSION.....	121
BIBLIOGRAPHIE.....	123
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	131
ANNEXES.....	133

INTRODUCTION

Les chercheurs estiment qu'environ 10% des enfants qui sont en âge de parler ont "des problèmes de communication et de langage" (Danon-Boileau, 2009).

D'après Monfort et Juarez Sanchez (1996), en France, sous le terme de "trouble spécifique du développement du langage", les chercheurs distinguent deux grands groupes d'enfants : ceux dont l'évolution sera plus ou moins favorable à court ou moyen terme et dont l'incorporation à la "normalité" est envisageable, et ceux dont l'évolution est plus incertaine et dont les difficultés ont même tendance à s'accroître avec les étapes de développement du langage en regard des normes de leur âge.

Cette distinction entre retard simple et dysphasie de développement s'oppose à la terminologie anglo-saxonne de *specific language impairment (SLI)* qui ne fait pas cette différence. Dans ce mémoire, notre travail se limitera aux dysphasies.

Ne pas se faire comprendre dans l'expression de ses besoins, de ses désirs, de ses inquiétudes et ne pas comprendre ce qui est dit peut être très perturbant pour l'enfant dysphasique ou souffrant d'un trouble sévère du langage oral. George Miller (1956) rappelle que "*La communication, quand elle a lieu, est un événement social. La diffusion d'informations dans un groupe d'individus est un des événements sociaux les plus importants qui puissent exister.*"

Cette incapacité retentit évidemment sur le comportement et l'environnement psychique et psychologique de l'enfant, mais également sur la sphère familiale, sociale et scolaire.

Ces enfants et ces adolescents se trouvent donc en grande difficulté face à toutes les situations de communication, et souvent l'interlocuteur non averti ne sait comment gérer ce schéma de communication inhabituel.

De nombreuses études ont décrit la dysphasie et autres pathologies du langage, mais il en existe peu qui s'intéressent aux difficultés subjectives du patient dans des situations de la vie quotidienne, malgré l'intérêt que cette étude pourrait apporter quant à l'orientation d'une prise en charge écologique et adaptée au patient.

C'est pourquoi ce mémoire a pour objectif l'élaboration d'une évaluation de la communication du patient dysphasique axée sur des situations de la vie quotidienne afin d'établir un profil de communication pouvant induire une rééducation fonctionnelle et individualisée.

Nous partons de l'hypothèse que l'étude de ces difficultés subjectives, mesurées à l'aide d'un questionnaire soumis au patient et évoquant plusieurs situations de la vie quotidienne, permettrait de prendre en compte la plainte de l'enfant au-delà de son trouble objectif et ainsi d'affiner la démarche diagnostique.

Un profil de communication pourrait alors être établi afin de mettre en relief les capacités et les difficultés dans différentes situations langagières. Ainsi, d'après ce profil rapidement visualisable, des axes de rééducation pourraient être établis en fonction du propre ressenti du patient et de ses besoins.

La première partie de ce mémoire concernera le volet théorique, évoquant les différents éléments du développement normal et atypique du langage et de la communication. Dans cette partie, nous étudierons également l'impact psycho-affectif que ces troubles peuvent engendrer, mais aussi l'impact sur la sphère familiale et scolaire. Enfin, nous évoquerons l'intérêt d'une évaluation écologique en orthophonie.

La deuxième partie concernera la présentation et la passation du questionnaire. Puis nous discuterons des résultats que nous avons obtenus, avec une proposition de rééducation axée sur les ressentis des patients et de l'intérêt de cette approche. Enfin, nous exposerons les limites et les perspectives de cette étude.

ETUDE THEORIQUE

I- Le développement de la communication.

A- Concepts autour de la communication.

A l'origine des études sur la communication, seul l'aspect linguistique intéressait les chercheurs. Wald (2012) évoque Saussure comme initiateur de la linguistique structuraliste, dans le sens où son unique objet d'étude fut la langue, qu'il définit comme "*un fait social*".

Par cette définition, Saussure admet que la langue est indépendante de l'action de l'individu, qui n'a aucune prise sur ses règles.

Ce courant ne s'intéresse ni aux partenaires de la communication ni au sens qu'ils attribuent à leur message (Lohisse, 2001).

Mais cette conception, où même l'interaction entre les interlocuteurs n'est pas prise en compte, apparaît comme restreinte pour étudier la communication dans sa globalité (Clouet, 2010).

C'est Jakobson, en 1953 (cité par Lohisse, 2001), qui fait évoluer ce concept en introduisant l'importance du contexte et de l'interlocuteur dans l'acte communicatif.

Pour Jakobson, parler ne suffit pas à communiquer. Il faut également partager les mêmes codes et les mêmes significations.

Il propose alors un schéma de communication, composé de six éléments, correspondant aux six fonctions du langage.

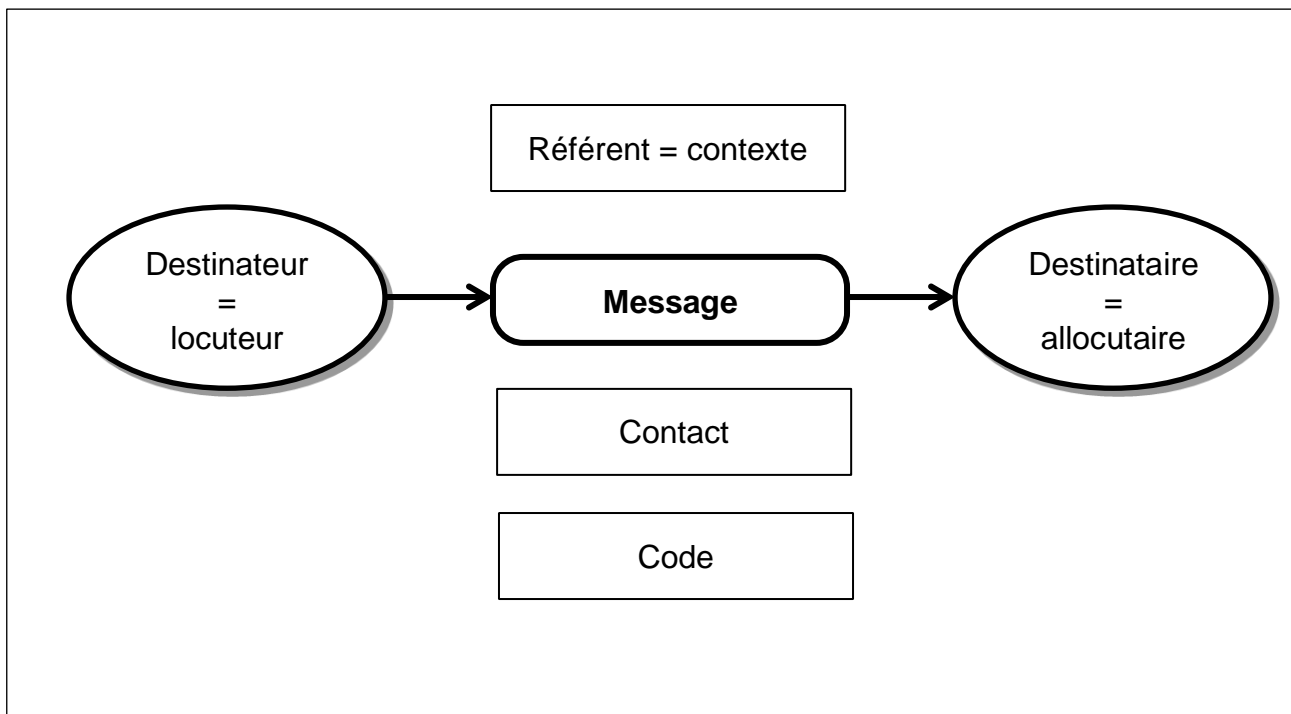


Figure 1 : Schéma de communication de Jakobson. Lohisse, 2001.

Le langage peut donc avoir différentes fonctions selon l'élément sur lequel l'acte de communication est centré :

- *une fonction émotive ou expressive* centrée sur l'émetteur : l'émetteur est un être psychique qui va fournir un contenu informatif par son message, mais également des traces de sa subjectivité par son débit, son intonation, son niveau de langue...
- *une fonction conative ou impressive* centrée sur le récepteur qui correspond à ses impressions par rapport au message. Le locuteur va orienter la communication de façon à provoquer des effets sur le récepteur : ordre, interrogation...
- *une fonction référentielle, dénotative ou cognitive* centrée sur le référent : le message renvoie toujours au contexte auquel il se rattache.
- *une fonction poétique* centrée sur le message : c'est la mise en forme du langage qui transmet des traces émotives de l'émetteur.
- *une fonction phatique* centrée sur le contact qui permet de constater la bonne compréhension du message (ex : "tu vois, hein?")
- *une fonction métalinguistique* centrée sur le code qui permet de constater la similarité du langage. Ce schéma montre qu'il ne s'agit pas de décoder linguistiquement pour comprendre le message du locuteur.

En introduisant l'importance de la relation entre les interlocuteurs, le contexte et l'impact du message sur le destinataire, Jakobson montre que la notion de communication

dépasse celle du langage, et a ainsi permis de susciter l'intérêt pour une discipline encore récente : la pragmatique de la communication.

Morris en 1955 (cité par Bernicot, 2005) formule la définition fondatrice de la pragmatique, comme étant l'étude de la relation entre les signes et les interprètes.

Par la suite, la théorie de Austin (1969, cité par Bernicot, 2005) sur les actes de langage permet de concevoir tout énoncé produit dans une situation de communication comme la réalisation d'un acte social.

Dans ces théories pragmatiques, les auteurs insistent sur l'aspect non littéral de la communication et sur les processus inférentiels nécessaires à la compréhension de l'intention communicative du locuteur.

Cette évolution dans le concept de l'acte communicatif a amené les chercheurs à considérer le langage comme un ensemble complexe constitué par la phonologie, la sémantique et la morphosyntaxe, mais aussi par la pragmatique, c'est à dire l'utilisation en contexte du langage (Monfort et al. 2005).

B- Le développement normal de la communication.

1. Le développement normal des habiletés linguistiques.

L'acquisition du langage est un processus qui se développe de façon naturelle chez l'enfant au travers de stimulations familiales et environnementales suffisantes, ainsi qu'avec une bonne maturation cérébrale.

Des études ont montré que, dès les premières confrontations avec le langage, les nouveau-nés ont une perception de la parole étonnante. En effet, ils peuvent rapidement discriminer des contrastes phonétiques, remarquer des contours intonatifs et catégoriser des formes globales syllabiques (Le Normand, 2004).

D'après Billard (2004d), le développement du langage oral, s'il n'est pas linéaire et hiérarchisé, se décompose en plusieurs niveaux de représentations.

a. Le développement phonétique.

Entre le 4^{ème} mois et le 6^{ème} mois, l'enfant acquiert le répertoire vocalique. Le répertoire consonantique est repéré plus tardivement (vers 12 mois).

Ainsi les différents stades de babillage évoluent en fonction de sa perception des propriétés sonores, prosodiques et phonologiques de la langue qui l'entoure.

Schématiquement, les stades prélinguistiques de l'enfant se décomposent de la manière suivante :

- De 0 à 2 mois : le bébé vocalise.
- De 3 à 10 mois : il babille, d'abord de façon rudimentaire, puis de manière canonique.
- Entre 6 et 8 mois : la prosodie se met en place.
- Entre 11 et 13 mois : le répertoire consonantique se met en place.

b. Le développement de la phonologie articulatoire.

L'apparition des premiers mots est en lien avec la maîtrise des sons de la langue.

Le développement vocalique débute par l'acquisition des voyelles orales : "a", "i", "ou", puis "o", "é", "è", "eu", et enfin "u". Les voyelles nasales "an, in, on", qui demandent plus de maîtrise articulatoire, apparaissent plus tard.

Les consonnes se développent également de manière chronologique :

- Les occlusives "p, t, k, b, d, g" apparaissent en même temps que les voyelles.
- Les fricatives "f" et "v" apparaissent ensuite.
- Les fricatives "ch, j, s, z" se développent plus tardivement.

c. Le développement du lexique.

Le nombre de mots compris est nettement supérieur au nombre de mots utilisés, et ce, tout au long de la vie (Loisy, 2001).

Concernant la compréhension du lexique, en moyenne, un enfant comprend :

- 55 mots à 12 mois ;
- 170 mots à 16 mois ;
- plus de 275 mots à 24 mois ;
- plus de 530 mots à 30 mois.

La production de mots débute aux alentours des 10, 12 mois, avec une progression lente jusqu'au 2 ans. À partir de cet âge, le lexique s'accroît de manière spectaculaire :

- De 18 mois à 2 ans, l'enfant utilise environ 20 mots.
- À 6 ans, il peut utiliser 2500 mots.

L'adulte cultivé possède entre 20 000 et 40 000 mots (Loisy 2001).

Si dans son aspect quantitatif, les auteurs parlent "d'explosion du langage", d'un point de vue qualitatif, le développement lexical suit une progression plus lente. Pernon et Gatignol (2011) évoquent l'étude de Berman (2004) qui note une poursuite du développement lexical jusqu'à l'adolescence permettant à l'enfant de passer d'un locuteur "natif" à un locuteur très compétent, d'un langage conversationnel à un langage élaboré.

d. Le développement de la syntaxe.

Ce développement démarre très tôt, dès que se met en place une bonne utilisation du nom et du verbe, mais ce n'est qu'à 2 ans que les mots grammaticaux (prépositions, déterminants et pronoms) commencent à être utilisés productivement, ce qui permet à l'enfant de construire ses premières phrases à deux mots.

Vers 3 ans, comme le lexique, la syntaxe connaît une progression quantitative spectaculaire (Loisy 2001). L'enfant utilise des adverbes, puis des prépositions de lieux, des conjonctions marquant l'opposition. Il commence à poser des questions et à utiliser le "je".

Entre 4 et 10 ans, le développement syntaxique se poursuit avec l'utilisation dans l'ordre

chronologique :

- des articles indéfinis puis des articles définis
- de l'accord en genre des articles puis en nombre,
- des pronoms possessifs,
- des prépositions spatiales et temporelles.

Concernant la conjugaison, l'enfant commence par utiliser l'impératif à 3 ans, et l'infinitif ensuite.

Le présent de l'indicatif n'est utilisé qu'à partir de 4 ans, et l'imparfait et le conditionnel n'apparaissent pas avant 5 ans et demi.

Ce n'est qu'après 6 ans, que l'enfant va utiliser de manière adéquate les temps des verbes.

L'emploi de la forme passive intervient encore plus tardivement.

e. Le développement métalinguistique.

Boutard et Guillon (2011) définissent les capacités métalinguistiques, c'est à dire celles concernant le langage élaboré, comme *"la capacité à adopter une attitude réflexive sur les objets langagiers et leur manipulation"*. Ce langage élaboré se développe particulièrement durant l'adolescence.

Selon Loisy (2001), le langage de l'adolescent va effectivement subir une évolution, qui va aboutir à :

- l'utilisation de termes super-ordonnés ou génériques,
- l'appui sur le contexte pour comprendre les termes polysémiques,
- l'emploi et la compréhension de synonymes,
- la compréhension de mots abstraits, exprimant des relations de causalité ou logique,
- la possibilité d'avoir recours à des définitions.

Cela dit, elle relativise cette acquisition qui est fortement dépendante du contexte économique, social et culturel de l'entourage de l'adolescent.

En s'appuyant sur une étude de Arthus, Derouin et Boutard (2004), Boutard et Guillon (2011) évoquent une augmentation de l'utilisation du lexique élaboré (polysémie, synonymie, antonymie, paronymie) et un emploi de verbes plus précis. Le langage de l'adolescent est également enrichi par l'emploi de conjonctions adverbiales et d'adverbes de manière.

Il apparaît également que les compétences inférentielles de l'adolescent lui permettent de déterminer le sens abstrait des mots, notamment quand ils sont polysémiques.

D'autre part, elles citent plusieurs études prouvant les plus grandes habiletés métalinguistiques de l'adolescent à la fin du lycée : il connaît le sens de 80 000 mots d'après une étude réalisée en 2003 de Lord Larson et McKinley (citée par Boutard et Guillon, 2011) et sa compréhension des métaphores est bien meilleure (Pernon, Gatignol, 2011).

Cette évolution vers une meilleure maîtrise métalinguistique est essentielle car elle est le moteur d'une bonne socialisation. D'autre part, elle permet les jeux de mots, pratique courante chez l'adolescent (Boutard et Guillon, 2011).

Pour conclure cette partie, nous pouvons souligner l'importance d'une bonne maîtrise des codes linguistiques sur la communication. Mais l'enfant, quand il acquiert les fondements d'un bon échange conversationnel ne s'appuiera pas seulement sur l'aspect linguistique du message. Très vite, il comprendra que des codes communs, qui ne sont pas forcément linguistiques, vont également réguler l'échange.

Au même titre qu'il va acquérir les codes linguistiques pour se servir de son langage, il s'appropriera les codes pragmatiques qui lui permettront une bonne compréhension du message que son interlocuteur lui envoie et une interprétation juste du message qu'il tente de lui faire passer.

2. Le développement normal des habiletés pragmatiques.

Les habiletés pragmatiques, au même titre que les habiletés linguistiques (la phonologie, la sémantique et la morphosyntaxe) sont des éléments qui permettent à la communication d'être efficace.

En effet, produire des sons, des syllabes, des mots ou des phrases sans que le but réel soit la communication n'a aucune valeur (Leclerc, 2005). Pour elle, les précurseurs de la pragmatique en constante évolution chez l'enfant de moins de un an sont les éléments déclencheurs du développement de la communication.

Monfort, Juarez et Monfort-Juarez (2005) citent deux auteurs pour définir ce concept : Bates (1976) voit la pragmatique comme "*l'usage social du langage*" et Gleason (1985) comme "*l'usage que l'on fait du langage pour exprimer ses propres intentions et pour obtenir des choses autour de soi*".

Dès que l'énoncé dépend du contexte et que le langage n'est pas transparent (c'est à dire qu'il y a un décalage entre ce qui est dit et ce qui est signifié), le locuteur et l'auditeur doivent avoir de bonnes capacités pragmatiques (Bernicot, 2005). Ce type de situation est très courant dans la vie quotidienne, nous pouvons la retrouver sous la forme de l'ironie, du sarcasme ou des métaphores.

Tous les auteurs ayant étudié les compétences pragmatiques s'accordent pour dire que celles-ci se développent jusqu'à l'âge adulte.

Françoise Coquet (2005) prend en compte le développement pragmatique, s'articulant autour de situations d'interaction, en analysant quatre axes en matière de comportement.

a. L'intentionnalité.

L'intentionnalité de l'enfant dans la communication apparaît dès le stade pré-verbal. Dore (cité par Coquet, 2005) évoque des actes de parole qu'il définit comme des actes primitifs de langage :

- l'étiquetage (pointage, regard en direction de, utilisation de déictiques...),
- la répétition (imiter, répéter...),

- les réponses (les sourires, les vocalisations en alternance...),
- les demandes d'action,
- les demandes de renseignements,
- les appels,
- la salutation,
- les protestations,
- les exercices (jeu avec la voix, les sons, les mots...).

Après deux ans, ces actes primitifs se transforment en actes de langage, selon la théorie de Austin (1962) et de Searle (1969) (cités par Coquet, 2005), qui voient dans la production d'un énoncé un acte social, défini par la relation établie entre le locuteur et le récepteur.

Ils définissent trois types d'actes de langage :

- *L'acte locutoire*, qui est un acte d'énonciation simple.
- *L'acte illocutoire*, qui est un acte social posé intentionnellement par le locuteur (ex : constater, ordonner, exprimer un sentiment...).
- *L'acte perlocutoire*, qui cherche à produire un effet sur le récepteur (qu'il soit ou non intentionnel).

Pour Leclerc (2005), l'intention communicative du bébé n'apparaît que par la signification qu'en fait l'adulte selon le contexte. Elle décrit cette communication comme préintentionnelle qui correspond au stade perlocutoire défini par Bates en 1976. Ce n'est qu'au stade illocutoire que les actes communicatifs du bébé sont réalisés de manière intentionnelle, pour obtenir un effet sur l'environnement.

b. Les régies de l'échange.

Les composantes de cet axe sont :

- *Les règles de conversation* : D'après Snow (1977, cité par Monfort et al, 2005), celles-ci apparaissent très tôt, durant ce qu'il nomme les "proto-conversations", qui se développent durant l'allaitement, l'habillage, le bain... Elles sont constituées des tours de rôle, du contact oculaire, de l'attention conjointe...

Trevarthen (1995, cité par Monfort et al, 2005) appelle ces compétences, la capacité d'intersubjectivité primaire, c'est à dire la capacité innée pour l'interaction sociale, impliquant donc l'existence d'une dyscapacité.

Une fois le langage apparu, les embrayeurs de conversation vont permettre le tour de parole : ce sont les regards, la gestualité, les indices vocaux et phatiques ou plus ouvertement la désignation du successeur par une question ou une remarque.

- *Les stratégies pour initier un échange, le maintenir ou le clore.*
- *La topicalisation de la conversation* qui consiste à négocier un thème, le maintenir ou le clore.
- *Les routines conversationnelles.* Bruner (1991, cité par Bernicot, 2005) parle de formats d'interaction pour évoquer des échanges prototypiques entre l'adulte et l'enfant fondés sur l'alternance et la complémentarité des rôles (ex : dire au revoir, le jeu du "coucou"). Ces formats, tout comme l'étayage et la relation d'aide, contribuent à la construction d'un code commun qui permet à l'enfant d'acquérir des repères stables et de l'amener à anticiper et à devenir acteur de l'acte communicatif.
- *La prise en compte du feed-back* en adoptant des stratégies de réparation. Selon Monfort et al. (2005), ces stratégies ne sont efficaces qu'à partir de 4 ans : manifester son incompréhension, demander des informations, une reformulation, réajuster ses productions...

Ces quatre dernières caractéristiques de régie de l'échange s'acquièrent vers 3 ans.

Pour que les échanges soient efficaces, il faut également que l'enfant acquiert la "théorie de l'esprit", c'est à dire la faculté à reconnaître ses propres pensées et à attribuer des états mentaux (désirs, croyances, intentions) à autrui.

Très tôt, l'enfant manifeste de l'intérêt pour l'expression des sentiments et des émotions (notamment par l'intonation et les expressions du visage de la mère). Il va alors construire un répertoire commun de comportements de communication non-verbaux.

Selon Hobson (1995, cité par Coquet, 2005), c'est vers 1 an que se développe la capacité

de percevoir et de répondre aux orientations affectives des personnes de l'entourage par rapport aux choses et aux événements du milieu.

Entre 12 et 18 mois, l'enfant a conscience que son propre fonctionnement psychique est différent de celui des autres, mais qu'il peut le partager et que les comportements des autres sont en relation avec ses propres états mentaux.

c. L'adaptation.

L'enfant, pour développer ses compétences pragmatiques, doit s'adapter à plusieurs paramètres :

- La situation de communication : Brown et Fraser (1979, cités par Coquet, 2005) décrivent quatre paramètres dans ces situations de communication :
 - La disposition spatio-temporelle (c'est à dire le cadre) comprenant le lieu, le moment, la position.
 - Les caractéristiques individuelles impliquant des propriétés stables (comme l'apparence physique et la personnalité) et des propriétés temporaires (comme l'humeur et les émotions).
 - Les caractéristiques de l'individu en tant que membre d'un groupe social : l'âge, le sexe, la classe sociale, l'ethnie...
 - Les caractéristiques de l'individu en tant que membre dans cet échange : familiarité, sympathie, antipathie, hiérarchie...

- La communication non verbale : certains signes non linguistiques ont une forte valeur communicative comme le regard, les expressions faciales, les gestes, les postures, la proxémique et les comportements para-verbaux.

- Le contexte : quatre types de contexte doivent être pris en compte dans l'acte communicatif (Armengaud, 1985, cité par Coquet, 2005, 37.1R) :
 - le contexte référentiel ou circonstanciel contient les indices existants dans le monde environnant (le lieu, le moment, les personnes présentes, absentes...). Celui-ci est pris en compte rapidement, vers l'âge de 3 ans.
 - le contexte situationnel implique l'aspect social et culturel de la situation et va donc déterminer le registre de langage (conversation entre amis, réunion de travail...).

Celui-ci est pris en compte beaucoup plus tard, vers 7 ans.

- le contexte interactionnel va dépendre de l'enchaînement des actes de langage dans une conversation.
- le contexte présuppositionnel correspond aux intentions, aux croyances et aux attentes des interlocuteurs

Ces trois dernières adaptations au contexte sont plus tardivement adoptées par les enfants.

- L'interlocuteur : l'acte communicatif implique la prise en compte de certaines contraintes dans l'échange avec l'autre, comme l'utilisation d'une langue commune et l'assurance que le destinataire est en mesure de recevoir le message (distance spatiale, attention...). Mais certains paramètres individuels vont également influencer sur la relation communicative : l'âge, le degré de familiarité, le statut social, les croyances, les dispositions affectives, le savoir partagé...
- Le message : un échange adapté nécessite une certaine cohésion entre les messages produits par les deux interlocuteurs, mais aussi entre les propres messages du locuteur d'un tour de parole à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur de son propre message.

d. L'organisation de l'information.

Les stratégies d'organisation des informations dans le discours doivent être fonctionnelles pour que l'échange soit réussi, et pour cela, trois concepts ont été développés :

- Les règles de coopération de Grice (1975, cité par Coquet, 2005) nommées maximes conversationnelles :
 - La maxime de quantité : la contribution apportée par le locuteur doit contenir assez d'informations, ni trop, ni trop peu.
 - La maxime de qualité : le locuteur ne doit évoquer que les éléments dont il est sûr, ou utiliser des modélisateurs s'il ne l'est pas.

- La maxime de pertinence ou de relation : le locuteur doit s'adapter au contexte et aux thèmes de l'échange.
- La maxime de manière : le locuteur doit structurer son discours et respecter les règles de conversation, comme le regard, l'intonation...

Ces règles sont généralement acquises vers 6, 7 ans.

- La cohérence du discours implique le respect des règles de répétition, de progression, de non-contradiction et de relation entre les thèmes.
- La cohésion du discours est assurée par :
 - des éléments lexicaux appropriés ;
 - des éléments morphosyntaxiques impliquant, pour la compréhension de faire des inférences, et pour l'expression l'emploi de procédés diaphoriques (anaphores et cataphores), de connecteurs temporels et logiques ;
 - des éléments para-verbaux (postures, gestes, mimiques...) en cohérence avec le discours.

Les enfants acquièrent les compétences nécessaires à l'organisation de l'information, comme les règles de coopération, vers 6, 7 ans.

Nous savons à présent comment se déroulent généralement les habiletés communicatives, et nous avons pu remarquer que celles-ci se développent jusqu'à l'âge adulte.

Il s'agit dans le chapitre suivant d'évoquer le développement atypique de la communication, afin de mieux comprendre les répercussions que ces difficultés développementales peuvent avoir sur la vie quotidienne des patients.

C- Le développement atypique de la communication.

Symétriquement au développement normal de la communication, nous pouvons évoquer le développement atypique de celle-ci, en abordant les difficultés d'acquisition dans les habiletés linguistiques et pragmatiques.

1. Le développement atypique des habiletés linguistiques.

La classification des troubles du langage oral est recommandée par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation de la Santé.

Mais il y a de multiples façons de classer les déficits linguistiques. Ici, nous retiendrons celle qui consiste à distinguer les troubles spécifiques des troubles secondaires.

Notre sujet de mémoire évoquant les troubles spécifiques du langage oral, nous évoquerons ensuite la différence entre trouble fonctionnel et structurel.

a. Les troubles secondaires.

Les troubles secondaires du langage sont consécutifs à une pathologie primitive, pouvant être acquise ou développementale. Ces déficits concernent 2 à 3% des enfants d'une classe d'âge (Delahaie, 2009).

➤ Les déficits secondaires à une pathologie acquise.

Delahaie (2009) évoque trois types de déficits secondaires :

- Les déficits secondaires à une atteinte des aires corticales associatives tertiaires du langage : ces déficits sont regroupés généralement sous le tableau de l'aphasie, c'est à dire une lésion traumatique, vasculaire, infectieuse ou tumorale, qui apparaît après l'acquisition du langage.
- Les déficits secondaires à une atteinte des aires associatives secondaires : dans ces déficits, Delahaie évoque l'agnosie verbale (la compréhension du langage est impossible alors que l'audition est normale : cette forme est souvent associée au

syndrome de Landau-Kleffner) et l'apraxie verbale (le développement de l'expression verbale est impossible).

- Les déficits secondaires à une altération fonctionnelle des aires primaires : ce sont les dysarthries et les surdités qui peuvent provoquer ce type de déficit. La dysarthrie consiste en un déficit de la commande et du contrôle de la motricité labio-glosso-pharyngée, que l'on retrouve souvent dans le tableau de l'infirmité motrice cérébrale. La surdité profonde (au-delà de 90dB) et sévère (entre 70 et 90 dB) est généralement diagnostiquée avant 2 ans. Mais en l'absence d'appareillage prothétique et d'éducation auditive, un retard sévère de parole et de langage peut se développer.

➤ Les déficits secondaires à une psychopathologie.

Delahaie (2009) distingue également trois causes secondaires à ces psychopathologies :

- Les carences affectives précoces : c'est l'insuffisance de stimulations sensorielles, affectives et sociales qui entraîne ce déficit. Cela peut concerner les cas de maltraitance infantile et de manque de stimulation verbale associée à des carences d'affection.
- Les troubles envahissant du développement et l'autisme : ces pathologies se manifestent par trois grands troubles : le trouble des relations sociales, le trouble de communication verbale et le trouble des conduites. Le langage peut être totalement absent ou se développer de façon déviante.
- La déficience mentale et le retard mental : le retard d'acquisition du langage constitue souvent un appel au dépistage de ces pathologies.

Dans tous ces cas, la remédiation orthophonique doit s'inscrire dans un contexte pluridisciplinaire, coordonné par le spécialiste de la pathologie primitive (Billard, 2004b).

b. Les troubles spécifiques.

Les troubles spécifiques (ou primitifs) du langage oral ne s'expliquent pas par les pathologies évoquées précédemment.

Deux classifications s'opposent concernant ces troubles. La classification anglo-saxonne qui consiste à regrouper tous les troubles du langage sous l'appellation de SLI (Speech Language Impairment) sans prendre en compte le caractère déviant et le degré de gravité du déficit langagier, fait référence aux classifications internationales de la DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) et de la CIM 10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1994). Globalement, elles distinguent les troubles expressifs, les troubles mixtes et les troubles phonologiques (Billard, 2004b).

La classification faisant référence en France, consiste à distinguer les troubles fonctionnels des troubles structurels. En effet, les chercheurs distinguent les retards simples, considérés comme fonctionnels, des dysphasies développementales, considérées comme un trouble structurel, compte-tenu de la grande différence quant à la prise en charge et au pronostic (Coquet, 2004b). C'est cette classification que nous retiendrons pour cette étude :

➤ Les troubles fonctionnels : les retards de langage.

Selon Touzin (2010), ces troubles correspondent à un retard chronologique dans l'acquisition des différentes étapes du développement du langage. Ici, on ne parle donc pas de déviance mais de retard.

Tous les niveaux du langage expressif sont atteints de manière homogène : la phonologie, le lexique et la syntaxe.

Durant l'anamnèse, des facteurs de risque peuvent faire évoquer un retard de langage :

- des antécédents familiaux de troubles du langage ou d'apprentissage,
- des otites moyennes récurrentes.

Certains signes comportementaux de l'enfant de moins de trois ans peuvent également

faire suspecter un retard de langage : une difficulté à entrer en relation, une pauvreté de l'imitation ou du jeu symbolique concernant le comportement non-verbal, et un retard d'apparition des premiers mots ou des premières phrases concernant le comportement verbal.

Françoise Coquet (2004a) propose un tableau clinique récapitulatif du retard de langage :

- le langage verbal est caractérisé par des marqueurs de simplification ;
- le lexique est insuffisant ;
- la syntaxe est marquée par des maladrotes qui appartiennent au répertoire enfantin (avec une différenciation retardée des articles et des pronoms, et des difficultés à employer des flexions verbales) ;
- la phonologie est empreinte d'immatunité mais les erreurs sont corrigées avec la mise en place de moyens de facilitation ;
- la compréhension est normale ou peu altérée ;
- le profil linguistique révèle des atteintes homogènes dans tous les secteurs.

D'autre part, les caractéristiques suivantes sont également à noter :

- une immaturité comportementale ;
- un développement psychomoteur normal ou parfois avec une immaturité motrice générale (retard de latéralisation et de maîtrise du schéma corporel) ;
- une normalité ou une immaturité dans les praxies ;
- des gnosies auditives perturbées consécutivement à des otites récurrentes ;
- des performances non-verbales normales ;
- une réduction de l'empan de mémoire à court terme ;
- des compétences pragmatiques restreintes (mais non déficitaires)

Ce tableau clinique est à mettre en relation avec celui de la dysphasie afin d'établir un diagnostic différentiel.

L'évolution de ces retards de langage est généralement positive car ils répondent bien aux prises en charge, et une normalisation est souvent observée à six, sept ans.

➤ Les troubles structurels : les dysphasies développementales.

Le dictionnaire d'orthophonie (Brin et al, 1997) définit la dysphasie de développement comme étant *"un trouble développemental grave du langage se manifestant par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse du langage, ainsi que par des difficultés de manipulation du code entraînant des altérations durables dans l'organisation du langage à différents niveaux : phonologique, lexical, syntaxique, sémantique et pragmatique sans qu'il semble exister à l'origine de causes apparentes."*

Pour faire une étude comparative avec le trouble fonctionnel, Coquet (2004a) propose également un tableau récapitulatif des caractéristiques du trouble structurel :

- le langage verbal est caractérisé par des marqueurs de déviance ;
- le lexique présente une mauvaise organisation dans sa structure et une insuffisance dans ses connaissances. Un manque du mot est également à noter ;
- un trouble de l'encodage, avec dyssyntaxie ou agrammatisme, caractérise la syntaxe ;
- la phonologie est atteinte de manière pathologique, avec une dysprosodie possible ;
- la compréhension est généralement altérée ;
- le profil psycholinguistique est caractérisé par une hétérogénéité des performances dans les différents secteurs linguistiques.

Coquet (2004a) évoque également d'autres caractéristiques chez l'enfant dysphasique :

- une variabilité dans les comportements ;
- des acquisitions psychomotrices tardives ;
- des troubles praxiques ;
- des troubles gnosiques ;
- une normalité dans les performances non-verbales ;
- une mémoire auditive déficitaire, voire très déficitaire ;
- un développement pragmatique généralement déficitaire.

Étant le sujet de cette étude, nous évoquerons le trouble dysphasique plus précisément dans le chapitre II.

2. Le développement atypique des habiletés pragmatiques.

De Weck (2003) définit le trouble pragmatique comme un dysfonctionnement dans la gestion des conversations.

a. La classification des troubles pragmatiques.

Comme pour les troubles linguistiques, nous pouvons catégoriser les troubles pragmatiques en troubles spécifiques ou secondaires.

Monfort (2005) évoque ces deux types de classification.

Les troubles spécifiques ou primaires concernant le versant pragmatique ont été étudiés par de nombreux auteurs.

Ils concernent des pathologies de la communication dont la cause principale d'échecs et d'erreurs d'utilisation du langage sont les difficultés pragmatiques.

Il s'agit des sujets autistes et des enfants regroupés sous la dénomination de trouble envahissant du développement et de spectre autistique.

Monfort (2005) évoque également dans cette catégorie deux syndromes, développés par Rapin sous le terme de "syndrome sémantico-pragmatique" et par Bishop sous le terme de "trouble pragmatique du langage".

Les troubles pragmatiques secondaires concernent les pathologies dont les limitations dans la connaissance et le maniement d'une langue ont des conséquences au niveau pragmatique. Selon Bishop (2000, citée par Monfort, 2005), ces troubles sont toujours présents, dans une certaine proportion, chez les enfants porteurs d'un trouble du langage. D'autres pathologies, concernant les troubles linguistiques secondaires, sont également à intégrer à ce groupe.

Le handicap mental, par exemple, dont les limitations dans le choix de l'information pertinente et dans la capacité à tenir compte en même temps de différents niveaux d'information, est également évoqué dans ce groupe de trouble secondaire.

D'autre part, les difficultés de choix de registre approprié au contexte social souvent observées chez l'enfant ou l'adolescent sourd peuvent également refléter un trouble pragmatique secondaire.

Mais cette distinction n'est pas si aisée à faire, comme nous le montre Maillart (2003).

Elle cite pour cela une étude de Bishop (2000) qui évoque la possibilité d'intégrer les troubles pragmatiques comme un groupe intermédiaire entre les troubles spécifiquement langagiers, comme les dysphasies, en excluant les dysphasies sémantico-pragmatiques, selon la classification de Gérard (1993, que nous évoquerons dans le chapitre II) et les troubles exclusivement communicatifs.

Elle suggère d'ailleurs que l'appellation "dysphasie sémantico-pragmatique" soit remplacée par celle de "trouble pragmatique du langage".

Elle propose, pour illustrer sa théorie, un modèle à trois dimensions reprenant les caractéristiques principales des troubles autistiques : les troubles langagiers, les troubles d'utilisation sociale du langage et les centres d'intérêts spécifiques.

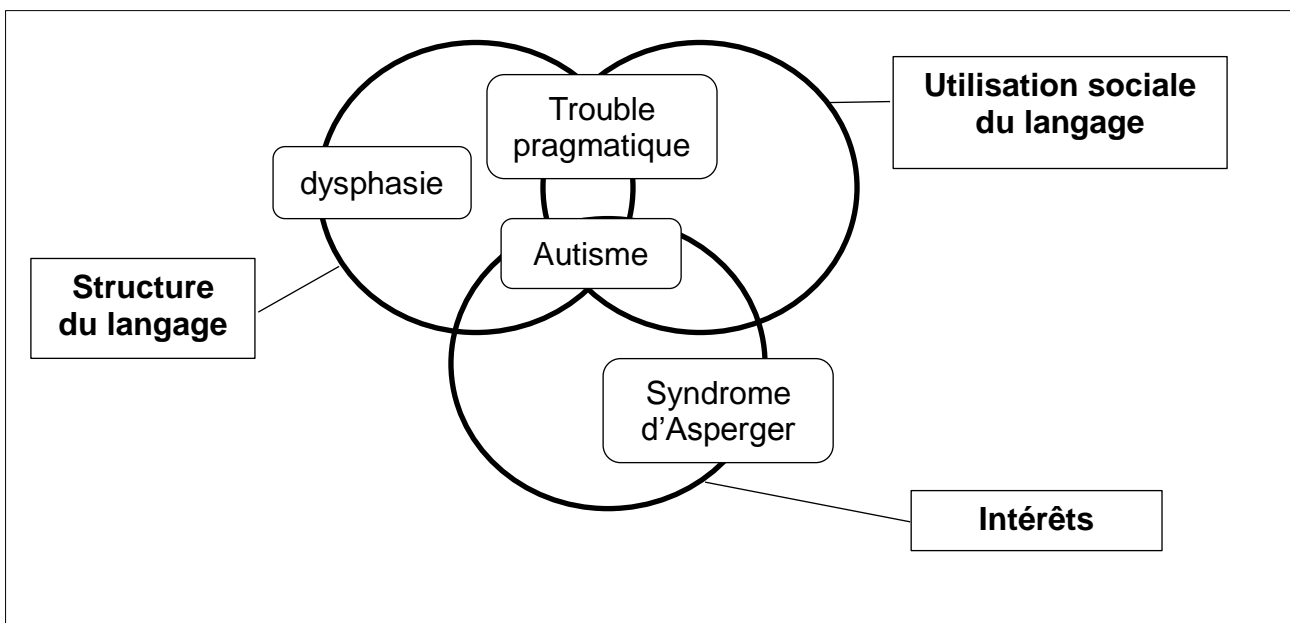


Figure 2 : Catégories cliniques selon le modèle proposé par Bishop (2000). Maillart, 2003

Ce modèle illustre très bien le flou des frontières entre ces différentes pathologies.

b. Les symptômes des troubles pragmatiques.

Pour De Weck (2003 ; 2004), le trouble pragmatique est en rapport avec la gestion des conversations. Les difficultés dans cette gestion recouvrent cinq aspects interdépendants :

- *La gestion du tour de parole* : celle-ci consiste à respecter un certain nombre de règles de base telles que l'alternance des tours de parole, leur non-chevauchement et la relation de dépendance sémantique entre les tours. Une mauvaise gestion des tours de parole interfère dans la cohérence du discours.
- *L'initiation* : d'après une étude de Conti-Ramsden et Gunn en 1996, portant sur l'initiation d'une conversation, et une autre de Radford et Tarplee en 2000 portant sur l'initiation d'un thème, toutes deux citées par De Weck (2003 ; 2004), il apparaît que certains enfants ont des difficultés dans ces types d'initiation alors même que leurs capacités linguistiques sont suffisantes.
- *Les pannes conversationnelles* : elles peuvent survenir lorsque certaines règles de gestion des tours de parole ne sont pas respectées. Deux causes peuvent être évoquées :
 - le chevauchement de deux tours de parole : c'est à dire que les deux interlocuteurs parlent en même temps, soit en initiant le tour de parole au même moment (chevauchement initial), soit en initiant un tour de parole alors que le locuteur avait déjà commencé le sien (chevauchement interne). Une étude de Fujiki, Brinton et Sonnenberg (1990, citée par De Weck, 2004) montre que le nombre de chevauchements est équivalent dans les groupes avec enfants ayant des troubles du langage, que dans ceux n'ayant pas de troubles.
 - La non-compréhension du message : elle peut être causée par une mauvaise prononciation, une voix trop faible, un énoncé incomplet, trop complexe ou inapproprié dans sa forme ou dans son rapport avec le tour de parole précédent.
- *La réparation* : elle est essentielle quand il y a une panne conversationnelle.

- Dans le cas du chevauchement de deux tours de parole, les enfants, avec ou sans trouble du langage, ont la même réaction quand celui-ci est initial : ils s'arrêtent de parler, abandonnant ainsi leur tour de parole. En revanche, quand le chevauchement est interne, les enfants avec trouble du langage produisent moins de réparation que les autres enfants.
- Dans le cas de la non-compréhension du message, le destinataire doit formuler une demande de clarification. D'après une étude de Donahue, Pearle et Bryan (1980, citée par De Weck, 2003 et 2004), les enfants avec trouble pragmatique formulent moins de demandes de clarification. Et il apparaît que cela ne résulte pas d'un manque de compétences linguistiques. Le temps de latence après le tour de parole signale, pour les auteurs, que ces enfants ont bien distingué la différence entre une information complète et une information incomplète. D'après les auteurs, cette moindre fréquence de demande de clarification serait due à une mauvaise compréhension du rôle interactif que doit interpréter le locuteur pour identifier précisément le thème, en posant des questions et en fournissant un feed-back. Concernant les réponses aux demandes de clarification, Brinton et Fujuki (1998) montrent que les enfants dysphasiques ont plus de difficultés à répondre de manière adéquate.
- *Les paires adjacentes de type question-réponse* : les paires adjacentes sont définies par Moeschler et Reboul (1994) comme *"une séquence de deux énoncés qui sont adjacents, produits par des locuteurs différents, ordonnés en un premier membre et un deuxième membre particulier."* Ces séquences ont été particulièrement étudiées par l'analyse du couple question-réponse. Quand un locuteur pose une question, la contrainte conversationnelle est très forte : une réponse est nécessaire. Une absence de réponse ou une réponse sémantiquement inappropriée constituent un défaut de conversation. Même si le locuteur ne peut répondre à la question, il doit manifester sa compréhension quant à la contrainte conversationnelle. Les enfants avec difficultés pragmatiques montrent un taux plus important que les autres enfants de non-réponses ou de réponses sans lien sémantique avec la question.

Si les troubles pragmatiques sont régulièrement observés d'un point de vue expressif, Monfort (2005) précise l'importance d'évoquer également ces troubles d'un point

de vue réceptif notamment concernant les difficultés de perception des intentions d'autrui. Ce sont des troubles réciproques où l'enfant a certes des difficultés à se faire comprendre mais également à comprendre son interlocuteur.

3. La relation trouble linguistique / trouble pragmatique.

Si les difficultés de développement linguistique ont fait l'objet de très nombreuses recherches, les troubles du développement pragmatique sont plus difficilement définissables car leur évaluation n'est pas aisée.

Pour autant, tous les auteurs s'accordent pour dire que les pathologies du langage entravent les capacités communicatives (Maillart, 2003).

Cependant, Hupet (1996) pose la question de savoir si ces deux troubles (linguistique et pragmatique) sont véritablement interdépendants ou au contraire distincts. Cette question, a priori théorique, a pourtant des répercussions importantes tant sur le diagnostic que sur le traitement des troubles du langage.

Il expose trois thèses de relations possibles entre les deux compétences :

- « *Le développement de la compétence linguistique détermine le niveau de compétence pragmatique* » : selon cette thèse, les capacités pragmatiques des enfants dysphasiques sont équivalentes à celles des enfants de même niveau linguistique qu'eux, mais inférieures à celles de leurs pairs de même âge chronologique. De nombreuses études comparatives ont effectivement abouti à cette conclusion.
- « *La compétence pragmatique est indépendante de la compétence linguistique* » : selon cette thèse, l'acquisition et l'usage du code linguistique constituent deux dimensions séparées. En effet, deux types d'observations appuient cette hypothèse :
 - Les habiletés communicatives de sujets avec trouble du langage sont moins bonnes que celles de sujets de même niveau linguistique mais sans trouble du langage.

- Certains sujets avec troubles linguistiques (aphasie ou trouble du langage) ont d'aussi bonnes capacités pragmatiques que leurs pairs sans trouble. Certains auteurs vont plus loin, en observant de meilleures capacités communicatives chez les enfants dysphasiques (Donahue, 1987, cité par De Weck, 2004). Ils estiment que ces enfants, toujours comparés, à des enfants d'âge chronologique inférieur, ont plus d'expériences communicatives, et sont donc plus à même d'établir un référent commun ou de clarifier un message qui n'a pas été compris.

Toutes ces observations vont dans le sens d'une asymétrie dans le développement des compétences linguistique et pragmatique.

- « *La compétence pragmatique fonde et détermine le développement de la compétence linguistique* » : cette thèse est l'opposé de la première puisque elle donne la primauté au développement pragmatique. Ce n'est que lorsque les enfants ont intégré et compris l'usage du langage dans le discours qu'ils pourraient acquérir les formes linguistiques.

Selon De Weck (2004), les chercheurs opteraient actuellement pour la deuxième hypothèse, sans toutefois rejeter les deux autres.

La difficulté de classer certains troubles reflète bien la complexité d'établir une relation claire entre les deux compétences. Maillart (2003) évoque deux classifications, qui sous des appellations assez similaires, ne correspondent pas aux mêmes caractéristiques. Rapin en 1996 (cité par Maillart, 2003) évoque le "syndrome sémantico-pragmatique", pour regrouper les sujets avec des difficultés de la communication. Ainsi, dans ce groupe, se côtoient les enfants présentant des troubles envahissants du développement et des enfants avec troubles langagiers plus isolés (dysphasie ou retard de langage). Pour sa part, Bishop en 1987 (cité par Maillart, 2003) parle de "désordre sémantico-pragmatique" qui est spécifique aux enfants dysphasiques.

Cette divergence théorique a des conséquences sur la remédiation thérapeutique.

Nous avons consacré ce premier chapitre à la communication, à son aspect théorique, à son développement, qu'il soit normal ou atypique. Ce chapitre nous a éclairés sur ses deux composantes : la linguistique et la pragmatique. Cette dernière ayant été longtemps négligée, il nous paraissait essentiel de retracer son importance pour que l'acte communicatif soit réussi. Nous consacrerons le deuxième chapitre à la pathologie du langage qui nous intéresse pour ce mémoire : la dysphasie.

II- La dysphasie de développement.

A- Définition et classification.

1. Définition.

Cela fait plus d'un siècle que ces enfants, avec un langage déviant, intriguent et suscitent des questionnements, sans que les chercheurs puissent toutefois adopter un consensus quant à la définition de ce trouble.

Ici, nous ne retiendrons pas la définition anglo-saxonne de Speech Language Impairment, (traduite en français par Trouble Spécifique du Développement du Langage) qui ne prend pas en compte le degré de gravité et la chronicité du trouble.

Notre étude conservera donc l'appellation de dysphasie développementale.

Beaucoup d'auteurs, à l'image de Monfort et Juarez-Sanchez (1996), Billard (2004c), Leclercq et Leroy (2012), définissent la dysphasie comme un trouble structurel, primaire, spécifique, durable et sévère du développement du langage oral :

- structurel car l'atteinte concerne le cadre linguistique et non le contenu (comme dans les retards simples). La parole est alors déviante.
- primaire car il exclut tout autre facteur explicatif comme une déficience mentale, une lésion cérébrale acquise, un trouble envahissant du développement, un déficit sensoriel auditif ou une malformation des organes phonatoires.
- spécifique car seule la compétence linguistique est atteinte avec une incapacité à déduire les règles syntaxiques, phonologiques et lexicales, avec un simple bain de langage. La remédiation est alors spécifique dans le sens où elle se limitera au langage.
- durable : la notion de persistance ne peut être attestée que par le suivi du sujet, n'autorisant qu'un diagnostic tardif.
- sévère car le déficit doit être significatif en regard des normes établies pour l'âge.

2. Classification des dysphasies.

Il existe de nombreuses classifications pour différencier les types de dysphasies. Celles-ci se distinguent par leur procédure (quantitative ou clinique) ou par la prise en compte de certains critères (linguistiques ou non).

Ces classifications, fondées sur plusieurs symptômes, permettent de typer au mieux la dysphasie et donc de mieux orienter la prise en charge (Monfort et Juarez-Sanchez, 1996).

Parmi celles qui ont fait référence, Coste (1998) cite :

- la classification de Aram et Nation en 1975 ;
- la classification de Wilson et Risucci en 1986 ;
- la classification de Korkman en 1994.

La classification de Ajuriaguerra (1958, citée par Monfort 1996) a fait référence pendant de nombreuses années distinguant ainsi :

- les audi-mutités à forme dyspraxique ;
- les audi-mutités avec troubles prévalents de l'organisation temporelle ;
- les audi-mutités avec des troubles complexes de perception auditive ;
- les dysphasies.

Mais depuis les années 90, c'est la classification de Gérard (1993) qui fait autorité en France.

Celle-ci s'inspire de la classification de Rapin et Allen (1983; citée par Gérard, 1993) et se fonde sur le modèle de Crosson (1985, cité par George, 2007) qui, bien qu'issue de la neuropsychologie adulte, a l'avantage de décrire les relations réciproques existant entre les centres du langage corticaux antérieurs et postérieurs et les centres sous-corticaux.

La classification de Gérard prenant appui selon les différentes unités anatomo-fonctionnelles décrites par Crosson, nous allons les décrire brièvement (Pech-Georgel, 2007).

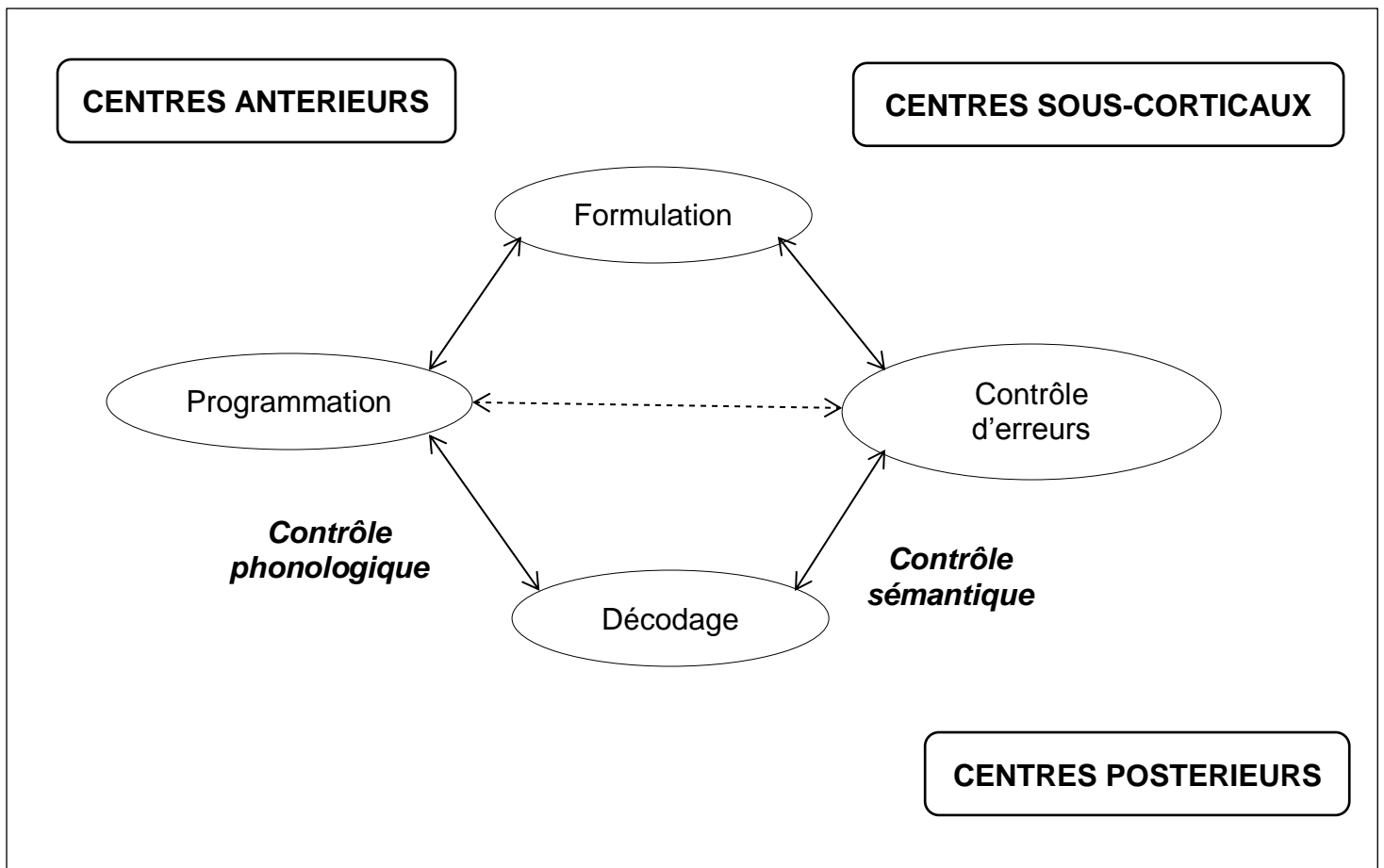


Figure 3 : Représentation schématique du modèle de Crosson. Pech-Georgel, 2007.

D'après ce schéma, trois centres de l'hémisphère gauche sont en relation :

- Les centres antérieurs permettront la programmation de l'encodage linguistique grâce au centre formulateur, responsable du choix du contenu sémantique et syntaxique (celui-ci se faisant en fonction du projet cognitif et du contexte), et au centre programmeur, responsable du choix des opérations d'encodage nécessaire.
- Les centres postérieurs vont permettre la réception et la compréhension du langage grâce aux décodeurs qui vont attribuer du sens à chaque unité linguistique.
- Les centres sous-corticaux assureront la cohérence des actions précédentes.

Deux systèmes vont ensuite contrôler les interrelations entre ces modules :

- Le système de contrôle sémantique qui peut bloquer le centre formulateur si une erreur est détectée par les centres décodeurs.
- Le système de contrôle phonologique qui peut détecter une erreur sur la jonction formulation/programmation.

D'après ce modèle, Gérard (1993) tente de matérialiser le cadre linguistique en y

rattachant des groupes syndromiques. Les déficits linguistiques observés chez les dysphasiques sont donc rapportés au dysfonctionnement de l'un des centres ou de ces systèmes de contrôle.

1. Le syndrome phonologique-syntaxique est situé au niveau de la jonction formulation-programmation et constitue la forme clinique la plus fréquente. Il correspond à la définition générale de la dysphasie proposée par Ajuriaguerra (De Weck et Marro, 2010). Les capacités de compréhension sont nettement supérieures aux capacités expressives. Nous pouvons noter les caractéristiques linguistiques suivantes :

- Une hypo-spontanéité avec réduction verbale importante.
- Un lexique très restreint d'un point de vue quantitatif.
- Des troubles d'encodage syntaxique majeurs, avec agrammatisme ou dyssyntaxie.
- Des déformations phonologiques massives, mais compensables par la répétition.
- Des dissociations automatico-volontaires.
- Un discours longtemps inintelligible, mais informatif.

Monfort et Juarez-Sanchez (1996) y voient de nombreuses similitudes avec un groupe de la classification de Rapin et Allen, qui signalent la présence de troubles psychomoteurs associés.

L'appétence à la communication et la pragmatique sont conservées. Pech-Georgel (2007) précise que l'utilisation de gestes et de mimiques peut compenser le déficit linguistique et traduit le désir de communication.

2. Le trouble de production phonologique est situé au niveau du contrôle phonologique et correspond à des difficultés majeures de contrôle de l'ordonnancement des unités de la langue, ayant pour conséquence un discours inintelligible mais plus fluent que le précédent. Les caractéristiques de ce trouble sont :

- des troubles phonologiques massifs, fluctuants et instables ;
- des complexifications et des déformations non reproductibles ;
- une dyssyntaxie due à une altération de la chronologie comportant de nombreux retours en arrière (Monfort et Juarez-Sanchez, 1996) ;
- une absence d'amélioration, voire une aggravation des déformations par la répétition.

Cela permet de faire un diagnostic différentiel avec le syndrome précédent.

Des troubles praxiques sont également associés : apraxie bucco-faciale, bavage...

Dans ce groupe, Gérard décrit une variante, qu'il nomme **dysphasie kinesthésique**. La difficulté se porte sur la sélectivité des points d'articulation, par défaut d'accès aux gestes articulatoires et amène à des mouvements de recherches articulatoires, qui peuvent faire penser à un bégaiement.

3. La dysphasie réceptive est secondaire à un trouble de décodage. Le sujet a des difficultés à segmenter la chaîne parlée en unités "mots" et à attribuer du sens aux unités linguistiques. Les troubles de l'expression sont donc considérés comme secondaires par rapport aux difficultés de compréhension. D'ailleurs, une nette dissociation est à noter entre la compréhension verbale pure qui est déficitaire et la compréhension non verbale qui est préservée.

L'expression reste toutefois réduite et peu informative, avec un manque du mot important.

4. La dysphasie mnésique, nommée également **syndrome lexico-syntaxique** correspond à un trouble du contrôle sémantique. Celle-ci se caractérise par un manque du mot très invalidant et qui est peu amélioré par une aide contextuelle ou par l'ébauche orale, ayant des répercussions à la fois en expression et en compréhension. Le langage, en spontané, peut faire illusion car aucune difficulté d'ordre phonologique n'est à noter, mais les productions sont réduites et le discours est peu informatif.

Les perspectives scolaires sont très altérées et l'enfant a parfaitement conscience de son trouble.

5. La dysphasie sémantique-pragmatique est un trouble de la pragmatique par atteinte du centre formulateur. Ce trouble peut passer inaperçu en situation spontanée, puisque indemne de troubles phonologiques ou syntaxiques, mais apparaît lorsque le langage est utilisé dans un but précis amenant à un discours incohérent, manquant d'informativité et inadapté à la situation.

En situation conversationnelle, l'enfant ne respecte pas le tour de parole, a des difficultés à s'adapter au contexte conversationnel et une écholalie est souvent retrouvée.

La compréhension de l'implicite, des intentions d'autrui, de l'humour et des proverbes est

altérée.

Cette forme clinique nécessite un diagnostic différentiel fait par un psychologue ou un pédopsychiatre afin d'éliminer un trouble psychologique primaire.

De Weck et Marro (2010) rattachent également à cette classification une sixième forme de dysphasie évoquée par Gérard : **les troubles expressifs sévères**. Celle-ci se caractérise par une forme aggravée du syndrome phonologique-syntaxique, avec une incapacité à 6 ans à produire des énoncés simples. La compréhension, bien qu'altérée, reste meilleure que la production.

Les deux auteurs rapprochent cette description de l'audi-mutité décrite par Ajuriaguerra en 1958.

Si pendant des années, des études ont cherché à montrer l'intérêt des classifications sémiologiques, des données les remettent en cause. Conti-Ramsden et Botting (1999) montrent l'aspect dynamique de ces troubles qui peuvent évoluer au cours du développement et de la rééducation. Il semble finalement plus pertinent de les utiliser afin de mieux cerner les difficultés de l'enfant à un moment présent, plutôt que de l'enfermer de manière définitive dans une représentation cloisonnée de ses difficultés (Leclercq et Leroy, 2012).

B- Etiologies.

Même si les causes de la dysphasie ne sont pas clairement établies et que son diagnostic ne repose que sur un examen clinique, d'aucuns s'accordent aujourd'hui pour évoquer des causes multifactorielles, qu'elles soient d'origine génétique, biologique, ou environnementale.

1. Les facteurs génétiques.

D'après Mancini (2007), certaines pistes génétiques peuvent être évoquées dans les hypothèses étiologiques de la dysphasie.

Felsenfeld et al. (1995, cité par Mancini, 2007) montrent la prédominance des antécédents biologiques chez les enfants ayant un parent biologique affecté par un trouble du langage

en comparaison des enfants ayant un parent adoptif affecté.

D'après son étude réalisée en 1998 sur les jumeaux, Bishop (citée par Mancini, 2007) montre que certains déficits sont attribuables à des facteurs génétiques (avec une forte corrélation entre jumeaux monozygotes) et d'autres s'expliquent par des facteurs environnementaux (avec une corrélation chez les enfants dizygotes atteints de troubles spécifiques du langage.).

D'autre part, une équipe de chercheurs britanniques a localisé un gène commun dans une famille dont certains étaient porteurs d'un trouble spécifique du langage : le FOXP2 en 7q31. Cela dit, d'autres études rapportent également la présence de gènes de susceptibilité en 16q et 19q, éliminant la théorie d'un gène unique commun à cette pathologie.

2. Les théories neuropathologiques.

Billard (2004e), ainsi que Mancini (2007) évoquent des études, qui ont révélé l'absence d'asymétrie du planum temporale dès la 28ème semaine de vie intra-utérine chez des sujets porteurs de dysphasie.

Plante (1991, cité par Billard, 2004e) confirme l'existence d'une symétrie pathologique entre les deux hémisphères chez les membres dysphasiques d'une même famille, alors que les membres "sains" conservent une asymétrie fonctionnelle.

Mais cet argument ne peut constituer un critère diagnostique fiable puisque des études ont montré que des enfants dysphasiques pouvaient avoir une asymétrie alors que des enfants sans trouble ne la possèdent pas.

En revanche, de nombreuses études en imagerie fonctionnelle, si elles se contredisent parfois, révèlent une absence de spécialisation hémisphérique gauche dans le langage chez les enfants porteurs d'un trouble du développement du langage.

Mancini (2007) évoque également deux études intéressantes dans le domaine

neurophysiologique :

- Celle de Trauner et al. (2000) montrent que les IRM cérébrales des enfants dysphasiques révèlent un taux élevé d'anomalies pouvant témoigner d'une souffrance cérébrale à la période anté- et périnatale.
- Fabro et al. (2002) mettent en évidence un déficit du transfert des informations au niveau du corps calleux.

Enfin, l'épilepsie étant fortement corrélée au syndrome d'aphasie acquise ou au syndrome de Landau et Kleffner, nous pouvons admettre que le même genre d'interférences survienne avant l'apparition du langage et soit donc responsable de la dysphasie.

Billard (2004e) cite des études électrophysiologiques qui ont tenté de démontrer cette hypothèse mais sans qu'il y ait de consensus entre celles-ci : Echenne et al. (1992) montrent que 80% de la population dysphasique ont des anomalies paroxystiques pendant le sommeil, alors que Duvelleroy-Hommet (1995) ou Picard (1998) ne retrouvent ces anomalies que chez 30% de ces enfants.

3. Les théories linguistiques.

Les théories linguistiques, citées par Leclercq et Leroy (2012) mettent en avant un déficit de la connaissance linguistique, causé par un délai de maturation ou des représentations langagières déficitaires.

- **La théorie de la cécité aux traits syntaxico-sémantiques** de Gopnik, en 1990, explique les difficultés de production de marques morphologiques rencontrées chez les enfants dysphasiques par l'absence, dans les représentations grammaticales, de représentations morphologiques, telles que le genre, le nombre ou le temps. Mais cette théorie a été remise en cause car elle n'est pas représentative de toutes les erreurs que peuvent commettre les sujets dysphasiques.
- **La théorie de la persistance dans un stade développemental**, où les accords morphologiques sont optionnels, de Rice et Wexler en 1996, explique que les sujets

dysphasiques emploient les verbes généralement dans leur forme basique, sans accord en genre, en nombre et en temps. Mais ici aussi, cette théorie ne propose pas d'explication pour l'ensemble des difficultés morphologiques des enfants dysphasiques.

- **La théorie de la complexité des structures syntaxiques** de Van der Lely, en 1998, est davantage axée sur les difficultés syntaxiques que sur les difficultés morphologiques, invoquant les déficits dans la capacité à traiter les relations de dépendances syntaxiques complexes.
- **La théorie de l'assignation des rôles thématiques dans des structures non canoniques** de Friedmann et Novogrodsky, en 2007, révèlent les difficultés des sujets dysphasiques à produire et à comprendre des structures syntaxiques qui ne respectent pas l'ordre canonique des éléments (agent-verbe-thème). Ces difficultés ne résident pas dans l'établissement du lien de dépendance entre les éléments syntaxiques comme le suggère Van der Lely, mais dans l'assignation des rôles thématiques qui ont été déplacés.
- **L'hypothèse d'un déficit procédural**, évoquée par Ullman et Pierpont, en 2005, suggère qu'un déficit en mémoire procédurale aurait des conséquences au niveau du langage, notamment dans la capacité à traiter et à maintenir des séquences, à détecter et apprendre des régularités et des règles syntaxiques et morphologiques. De plus, ce déficit aurait des conséquences sur l'apprentissage et le stockage des régularités phonologiques, d'après Saffran, Newport et Aslin (1996, cité par Leclercq et Leroy 2012), ainsi que sur les représentations langagières (ce qui expliquerait le manque du mot). En outre, ce déficit aurait également des conséquences non-linguistiques expliquant les troubles praxiques, temporels, de mémoire de travail et d'imagerie mentale des sujets dysphasiques.

4. Les théories concernant les traitements cognitifs.

Leclercq et Leroy (2012) évoquent deux types de trouble dans le déficit de ces traitements cognitifs :

- **Les troubles spécifiquement linguistiques :**

- le trouble de la perception auditive de Tallal (1990) évoque un déficit de traitement temporel impliquant des difficultés à discriminer des phonèmes dont la durée est très brève (notamment les consonnes occlusives). Cela pourrait être lié à un défaut de maturation auditive ou à une organisation neuronale atypique.
- La théorie phonologique pure de Joanisse et Seidenberg (1998) approfondit la théorie des troubles de la perception auditive en expliquant que celle-ci aura des conséquences sur la détection des contrastes et des régularités phonologiques et par conséquent sur les représentations phonologiques.
- La théorie du *mapping* de Chiat (2001) approfondit encore un peu plus les théories précédentes, en expliquant que les troubles dans les traitements phonologiques perturbent par conséquent les autres traitements langagiers, notamment lexicaux et morphosyntaxiques, car les enfants dysphasiques auront moins accès aux détails phonologiques essentiels pour se créer des représentations lexicales, morphologiques et syntaxiques.

- **Les troubles de traitements généraux :** ce sont des troubles associés aux difficultés linguistiques qui seraient marqueurs de la dysphasie, avec :

- des temps de réaction ralentis : la vitesse de traitement serait plus lente chez les enfants dysphasiques d'après une étude de Miller et al. (2001, cité par Zourou, 2010) ;
- des problèmes d'inhibition ;
- des problèmes d'attention ;
- des difficultés de gestion de double tâche ;
- des difficultés de mémoire de travail (Archibald et Gathercole, 2005) notamment dans la mémoire phonologique de travail qui, pour Conti-Ramsden et Durkin, (2007, cités par Zourou et al. 2009) représente un marqueur diagnostic fiable des troubles spécifiques du langage. En outre, un déficit de l'administrateur central est également évoqué.

Certains auteurs estiment que ces dyscapacités entraînent des limitations dans les capacités langagières des enfants dysphasiques, notamment pour la compréhension de phrases complexes ou pour l'acquisition de formes langagières nécessitant un traitement rapide des informations.

L'hypothèse de ce déficit concernant les traitements cognitifs est souvent préférée à celle de Ullman et Pierpont, sur le déficit de la mémoire procédurale car elle explique mieux l'origine des troubles fréquemment associés à la dysphasie, comme les troubles attentionnels et d'inhibition.

C- Diagnostic.

Le diagnostic de la dysphasie, reposant sur une démarche pluridisciplinaire, est une démarche complexe, compte-tenu de son impact sur le sujet.

1. Diagnostic par exclusion.

L'absence d'identification précise et reconnue par tous de l'étiologie de la dysphasie pousse la plupart des auteurs à procéder à un diagnostic par exclusion (Monfort et Juarez-Sanchez, 1996)

Selon Gérard (1993), il s'agit d'un déficit grave et durable de développement de la production et/ou de la compréhension de la parole et du langage en absence des pathologies suivantes :

- une surdité ;
- une déficience mentale ou un retard intellectuel global ;
- des troubles neuro-moteurs ;
- des troubles graves de la communication comme l'autisme ;
- une situation de privation sociale aiguë ;
- une anomalie des organes phonatoires.

Cela dit, Monfort et Juarez-Sanchez (1996) contestent cette forme de diagnostic car elle pose la question de savoir pourquoi ce déficit ne pourrait être présent chez l'enfant sourd ou IMC quand il est clair que certains d'entre eux ont un niveau linguistique bien inférieur à leurs pairs ayant les mêmes symptômes primaires et les mêmes conditions d'éducation et d'aide.

D'autre part, ces critères d'exclusion ne permettent pas de distinguer la dysphasie d'un retard de langage.

2. Diagnostic par l'évolution.

Pour ces raisons, Monfort et Jurez-Sanchez (1996) proposent un diagnostic par l'évolution. En effet, la persistance des troubles au-delà de 6 ans est un critère communément utilisé pour distinguer les dysphasies des retards simples (Coste, 1998).

Le déficit le plus important s'observerait entre 3 et 4 ans puis se réduirait progressivement dans les retards de langage. Au contraire, l'enfant dysphasique ne progresserait que très lentement malgré une rééducation intensive. (Van Hout, 1989 ; Billard et al. 1989).

Le critère de durabilité apparaît donc essentiel dans le diagnostic de la dysphasie.

3. Diagnostic selon des critères positifs.

Des auteurs ont également tenté de mettre au point des critères diagnostics positifs.

Nettelbadt et al. (1989, cités par Monfort et Juarez-Sanchez, 1996) se fondent sur l'un des trois critères suivants :

- dysphonologie sévère avec troubles syntagmatiques ;
- dysgrammatisme ;
- conduite communicative aberrante.

Cela dit, cette description est très simpliste, notamment sur le dernier point qui peut être commun à certains enfants dysphasiques et aux enfants autistes.

Gérard (1993) propose six marqueurs de déviance, pour distinguer le développement normal des anomalies langagières :

- *les troubles de l'évocation lexicale*, se traduisant par un manque du mot, des persévérations verbales ou des paraphasies ;
- *les troubles d'encodage syntaxique*, se traduisant par un agrammatisme ou une dyssyntaxie ;

- *les troubles de la compréhension verbale*, indépendants d'une insuffisance lexicale ou d'un déficit en mémoire verbale immédiate ;
- *l'hypo-spontanéité verbale* avec une difficulté à l'incitation verbale et une réduction de la longueur moyenne de la production ;
- *les troubles de l'informativité* ;
- *les dissociations automatico-volontaires*.

George (2007) ajoute deux signes associés évocateurs d'un diagnostic positif :

- une inintelligibilité avec des troubles phonologiques massifs et un jargon révélant des formes linguistiques déviantes, mal systématisées, non reproductibles et n'obéissant pas au principe de simplification ;
- une apraxie ou une dyspraxie bucco-faciale.

Monfort et Juarez-Sanchez (1998) incluent également deux autres critères à cette liste :

- l'hétérogénéité lexicale manifeste
- une différence importante entre le niveau d'expression et de compréhension.

4. La procédure d'évaluation.

Il semble donc que l'établissement du diagnostic de la dysphasie soit très complexe.

Gérard (1993) propose donc d'appliquer une procédure d'évaluation systématique en trois étapes :

- Première étape : confirmer le caractère significatif du déficit verbal avec des tests standardisés. Ceux-ci permettront d'évaluer l'ensemble des capacités linguistiques. Le degré d'écart à la norme, pour être jugé significatif, dépend de chaque test.
- Deuxième étape : pratiquer un diagnostic différentiel. La recherche diagnostique doit débuter par l'élimination de tous les critères d'exclusion cités précédemment. Ainsi, avant toute poursuite de test, un examen ORL et audiométrique est nécessaire. Les retards mentaux et les troubles envahissants du développement doivent être écartés par un bilan psychiatrique. Un examen neurologique doit également être pratiqué

pour éliminer une pathologie cérébrale congénitale.

Le diagnostic différentiel avec le retard de langage n'est pas aisé, mais Gérard note une homogénéité dans les troubles expressifs et réceptifs, qui est absente chez le sujet dysphasique.

- Troisième étape : élaborer le diagnostic positif de la dysphasie, grâce aux six critères de déviance, cités précédemment. Gérard estime que la présence de trois marqueurs sur les six permet de confirmer le diagnostic de dysphasie.

Dans ce chapitre, nous avons présenté ce trouble du langage dans son aspect structurel, mais nous voyons également que malgré l'intérêt qu'il suscite chez de nombreux chercheurs, beaucoup de ces aspects ne font pas consensus, qu'il s'agisse de sa définition, de sa classification, de son étiologie ou de son diagnostic.

Par contre, un aspect rassemble les professionnels qui s'intéressent à cette pathologie : l'impact et les conséquences qu'il a sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. C'est ce point que nous aborderons dans le troisième chapitre.

III- Incidences des troubles du langage sur la vie quotidienne des patients dysphasiques.

La communication, quand elle est déficitaire, va avoir un impact sur le développement de l'enfant, même si celui-ci sera variable dans sa forme et dans sa sévérité selon chacun.

Selon Touzin (2004), alors qu'il est dans un désir de communication, l'enfant dysphasique sera rapidement malheureux, voire irritable et agressif face aux situations de communication qu'il ne maîtrise pas. Ses relations avec autrui peuvent être altérées, et le regard des autres fait d'incompréhension et parfois de jugement négatif renforcera ces comportements.

Ce sont toutes ses représentations personnelles et ses relations, y compris celles avec ses parents qui peuvent être source de souffrance, alimentée par des moqueries et la conscience de produire une communication peu fonctionnelle.

A- Conséquences psychiques et psychoaffectives.

Danon-Boileau (2002) pense que n'importe quel trouble du langage, même totalement "pur" ne sera jamais dépourvu de conséquences psychiques : *"mal parler et mal comprendre ce qu'on vous dit est de nature à perturber la relation que vous engagez avec autrui, comme la confiance que vous pouvez avoir en votre propre pensée."*

Welniarz (2001) va plus loin : selon lui, l'enfant dysphasique sans perturbations psychopathologiques profondes n'existe pas.

Danon-Boileau (2004;2010) s'est particulièrement intéressé aux incidences psychologiques et psychiques que peuvent susciter un langage et une communication déficitaires. Il les évoque selon plusieurs aspects.

1. Une augmentation de l'inquiétude et de l'excitation.

D'après lui, ce trouble peut entraîner soit une grande inhibition soit au contraire une hyperactivité de la part des enfants dysphasiques.

En effet, le langage a pour objet de diminuer l'excitation interne et de se sentir accueilli par autrui : c'est l'effet sublimatoire du langage. Mais si chaque tentative d'échange est un échec, un sentiment d'inquiétude va alors naître en relançant ainsi l'excitation au lieu de l'apaiser.

2. Une impossibilité d'évoquer ce qui est absent.

La parole a également pour objectif de partager avec autrui ce qui ne se voit pas : ses émotions, ses désirs, et ses pensées. Si l'enfant ne peut utiliser les mots pour exprimer cela, il est contraint de n'évoquer que ce qui est concret et présent.

Cette possibilité de partager avec l'autre ce qui est absent est également source de soulagement. L'impossibilité de ce partage empathique avec l'autre ne fait donc qu'accroître ce sentiment d'inquiétude et d'excitation.

3. La fuite des pensées.

Parce que l'enfant dysphasique n'a qu'une représentation floue des mots, les idées auxquelles ils renvoient, vont également se confondre. Il peut en résulter une fuite des pensées, et un "décrochage" lors des conversations.

En effet, l'enfant n'est jamais certain de comprendre ou de bien interpréter ce que son interlocuteur lui dit. Cela lui demande un effort considérable pour rester en contact avec lui. Il est alors souvent plus aisé pour lui de "s'échapper" en privilégiant ses rêves.

4. Une impossibilité de gérer l'imprévu.

Quand la compréhension est relativement préservée, les enfants dysphasiques

peuvent parfaitement participer à un échange dont le sujet est attendu et maîtrisé.

Par contre, s'ils sont pris au dépourvu ou que l'interlocuteur s'adresse à eux à l'improviste, ces enfants se sentent perdus et ne comprennent plus.

En résulte alors une attitude qui peut paraître dirigiste, ces enfants s'accrochant à leur thème, à leur objet de discussion. Ils éprouvent le besoin de maîtriser l'échange et d'imposer le sujet.

Flagey et al. (2003) estiment que les troubles du langage dont souffrent ces enfants vont avoir un retentissement psychologique (sentiment d'impuissance et mésestime de soi) auquel il faut être très attentif mais qui est difficilement observable. En effet, ces enfants mettent en place des mécanismes de protection qui peuvent aggraver les déficits langagiers.

Danon-Boileau (2004;2010) insiste donc sur l'importance du travail thérapeutique individuel pour que l'enfant reprenne confiance en ses propres capacités à communiquer.

B- Conséquences sociales et comportementales.

Les conséquences d'un trouble du langage vont au-delà de l'aspect interne de l'individu : celui-ci aura également des conséquences sur la sphère sociale de l'enfant.

Comme le soulignent Redmond et Rice en 1998 (cités par De Weck et Rosat, 2003), les enfants dysphasiques ont plus de difficultés pour s'adapter socialement à cause de leurs difficultés verbales. Pour cela, ils subissent davantage de jugements négatifs de la part de l'entourage.

En revanche, il n'est pas aisé d'établir les implications comportementales qu'entraîne un trouble sévère du langage oral. Welniarz (2001) note la volonté manifeste des auteurs à isoler la dysphasie des troubles comportementaux, tels que l'autisme. Pour contrer cette difficulté, certains auteurs, comme Van Hout (1989), intègrent une forme d'autisme à leur classification de la dysphasie.

D'autre part, les difficultés comportementales sont souvent induites par l'échec scolaire,

plus que par les difficultés linguistiques pures, comme nous le verrons dans la partie concernant les conséquences scolaires.

1. La compétence sociale : définition.

Les enfants avec trouble du langage présentent des difficultés en matière de compétences sociales, sans que cela puisse être qualifié de troubles pragmatiques.

Fujiki et Brinton définissent la compétence sociale (traduction faite par De Weck et Rosat, 2003) comme *"un ensemble de facteurs incluant l'adéquation et la quantité des interactions sociales, la manifestation de comportements spécifiques et les jugements de compétence (à la fois par soi-même et les autres)"*.

Dans l'étude de la compétence sociale, il s'agit donc d'observer la quantité mais aussi la qualité des relations sociales, et le comportement du locuteur face aux interlocuteurs. Le jugement que les autres peuvent émettre de nos productions est également à prendre en compte, ainsi que notre propre jugement.

2. Comportements internalisés et externalisés.

Botting et Conti-Ramsden (2008) évoquent les difficultés sociales et comportementales dues à la frustration ou aux expériences négatives engendrées par l'interaction sociale et notent deux types de comportements possibles.

Les comportements internalisés (*"internalizing difficulties"*) n'affectent pas les partenaires. Ils se caractérisent par une attitude de retrait et d'isolement social. Le retrait observé chez certains enfants dysphasiques peut être une réponse à la frustration de ne pas pouvoir s'exprimer correctement ou de ne pas comprendre parfaitement l'interlocuteur (Landrin et Blanc, 2009).

Brinton et al. (1997) montrent, dans leur étude qui vise à observer des groupes de trois enfants (deux sans trouble du langage et un avec trouble), que les enfants avec trouble du langage ont plus de difficultés à entrer en relation avec les autres enfants, car ils

sollicitent moins leurs camarades pour participer à leurs jeux.

Une autre étude de Brinton et al. (1998), sur le même principe de comparaison, note également que ces enfants adoptent moins facilement de stratégies de négociations quand il faut s'arranger avec leurs partenaires.

Les comportements externalisés ("*externalizing behavior*") sont caractérisés par des difficultés comportementales à l'égard des autres et par de l'agressivité.

Beitchman et al. (1996, cités par Botting et Conti-Ramsden, 2008) montrent dans une étude que près de la moitié des enfants de 5 ans avec trouble du langage présente des difficultés comportementales.

Franc et Gérard (2004) notent que certains enfants peuvent paraître dans l'échange très dirigistes. En effet, quand ils sont pris au dépourvu et que l'on s'adresse à eux à l'improviste, ils ne parviennent plus à comprendre. Ils s'accrochent alors à des sujets, à leur manière de voir et à des thèmes qu'ils introduisent eux-mêmes dans l'échange, non pas par volonté de "tenir tête" mais parce qu'ils ont la sensation, fondée, que s'ils ne contrôlent pas le sujet, ils se retrouveront plongés dans une conversation qu'ils ne maîtrisent pas, car ils n'auront pu prévoir les termes du sujet.

Une étude de Hart (2004, citée par Landrin et Blanc, 2009) évoque des difficultés sociales qui vont de pair avec les difficultés linguistiques, puisque plus l'atteinte du langage est sévère, moins bonnes seront les compétences sociales.

Dans cette étude, Hart montre également que les enfants avec trouble réceptif ont des compétences sociales plus limitées que celles des enfants avec trouble du langage sans atteinte réceptive.

3. Victimisation, rejet et jugement négatif.

Botting et Conti-Ramsden (2008) notent une troisième caractéristique liée aux difficultés sociales des enfants avec trouble du langage : le fait d'être une cible pour les moqueries ("*victimization*").

L'étude de Brinton et al. (1997), évoquée précédemment, montre également que même s'ils accèdent à l'interaction, les deux autres partenaires sollicitent moins leur participation dans le jeu.

Cela montre qu'au delà des difficultés pour l'enfant avec trouble du langage à accéder à l'interaction, il doit également faire face aux réticences des personnes environnantes.

Cette conséquence est également observée par Rice, Hadley et Alexander en 1993, comme l'évoquent Monfort et Juarez-Sanchez (1996).

En effet, d'après cette étude, lorsque l'on demande à des adultes (comprenant entre autres, des enseignants et des orthophonistes) de donner une opinion sur des enfants inclus dans des groupes (constitués d'un enfant avec trouble de la parole, d'un enfant avec trouble du langage, et d'un enfant sans trouble), les résultats sont sans appel. Ils ont tous tendance à penser que les enfants avec trouble de la parole ou du langage sont moins intelligents, qu'ils ont moins de capacités de leader et qu'ils doivent être moins populaires. Ils pensent également que ces enfants doivent avoir de moins bonnes capacités scolaires, et qu'ils proviennent probablement de famille aux conditions sociales modestes. Ils trouvent également qu'ils paraissent moins sûrs d'eux socialement.

Le jugement négatif peut également provenir des sujets eux-mêmes, concernant leur propre représentation de soi (Landrin et Blanc, 2009). Il apparaît que l'estime de soi est fortement corrélée avec la réussite dans les tâches scolaires et l'adaptation sociale. C'est pour cela, que les enfants jeunes avec trouble du langage (en maternelle ou en élémentaire) ont une estime d'eux-mêmes peu différente des enfants du même âge qui ne présentent pas de trouble (Jerome, Fujiki, Brinton, James, 2002, cités par Landrin et Blanc, 2009). Par contre celle-ci diminue au fil de la scolarité.

C- Conséquences sur la sphère familiale.

Une étude québécoise de Michallet et al. (2004) s'intéresse aux sentiments des parents d'enfant dysphasique qui sont exprimés lors de réunion en groupe.

De cette étude, ressortent de nombreuses conséquences sur les habitudes de vie liées aux difficultés verbales de leur enfant.

1. Perturbation de la dynamique familiale.

Souvent les difficultés et/ou incapacités de l'enfant à communiquer de manière efficace dans des situations d'échanges ordinaires va modifier la dynamique d'interaction et de stimulation familiale de manière négative (Monfort et Juarez-Sanchez ; 1996).

D'un point de vue quantitatif, les parents ont tendance à moins répondre aux sollicitations puisque leurs enfants provoquent moins d'échanges. Or une étude de Wetherby et al en 1988 (citée par Monfort et Juarez-Sanchez, 1996) montre que si les parents initient la communication les premiers mois, très rapidement l'enfant prend le relais : à 12 mois, il provoque 55% des échanges, 66% à 30 mois, et cette tendance augmente encore avec l'âge.

D'un point de vue qualitatif, les réponses des parents peuvent être inadaptées et manquer de flexibilité car ils perdent leurs repères face à cet enfant dont les sollicitations sont mal orientées et très ébauchées.

D'après différentes études, Monfort et Juarez-Sanchez (1996) notent, dans un contexte de dysphasie, les caractéristiques familiales suivantes :

- une réduction importante du nombre total d'interactions ;
- une plus grande proportion d'ordres et de questions fermées de la part des parents ;
- un pourcentage moindre d'énoncés de type commentaire ;
- moins d'ajustements concernant la complexité sémantique et syntaxique de leurs énoncés (Cross, 1985) ;
- plus d'instructions mais moins de commentaires et de questions (Bondurant et al., 1983) ;
- moins de commentaires et plus d'impératifs dans des situations de jeux (Davis et al., 1988).

Pourtant Garrard en 1989 (cité par Monfort et Juarez-Sanchez, 1996) a montré que plus l'interaction et l'échange mère/enfant perdaient son caractère directif, plus l'enfant contribuait de manière positive à la communication.

D'autre part, l'étude qualitative de Michallet et al. (2004) révèle que les parents se sentent

investis de plusieurs rôles qui ne se limitent pas à celui de "simples parents" : ils se sentent également enseignant, thérapeute, rééducateur, avocat, chauffeur...

Les relations dans la fratrie sont également perturbées. Les parents présents lors de l'étude de Michallet et al. (2004) révèlent plusieurs positions des frères et sœurs de la famille :

- soit cela crée des tensions, car le frère ou la sœur sans trouble se sent "abandonné(e)" car l'investissement temporel est plus important pour l'enfant dysphasique ;
- soit cela génère un investissement affectif excessif de la part de la fratrie, qui cherche à protéger ce membre, qu'ils sentent plus "fragile".

L'étude révèle également que les relations de couple peuvent être transformées par ce diagnostic, mais que cette transformation n'est pas systématiquement négative, et peut donner au couple une occasion de rapprochement.

Welniarz (2001) observe deux types de dynamiques familiales face à la dysphasie. Comme Monfort et Juarez-Sanchez, il évoque ces familles, aux blessures narcissiques intenses, qui vont être très exigeantes sur la forme du langage, laissant penser à l'enfant que le sens de son message, lui, n'est pas important. Ce type de relation peut malheureusement entraîner un conflit centré sur le langage avec une opposition active ou passive de l'enfant.

Mais il observe également un type de relation très fusionnelle dans ces familles avec enfant dysphasique. Les parents proches étant les seuls à comprendre le "jargon" de leur enfant, favorisent un état fusionnel avec lui au lieu de le pousser vers son autonomisation. Cela a pour conséquence un repli de la cellule familiale.

2. Perturbation de la vie professionnelle et des loisirs.

Comme cela a déjà été mentionné précédemment, les parents de l'étude de Michallet et al. (2004) évoquent l'obligation d'endosser plusieurs rôles, et non plus seulement celui de parents. Cette accumulation de divers rôles peut avoir un impact sur la vie professionnelle, car un des parents est généralement contraint de mettre fin à sa

carrière pour gérer les conséquences de la dysphasie.

L'impact financier qui découle de cette décision aura également des conséquences quant à la pratique d'activités et de loisirs.

3. Perturbation de la santé mentale et physique.

Toujours dans cette étude, nombreux sont les parents à faire mention de dépression et de maladies plus fréquentes depuis l'annonce du diagnostic.

En plus de l'accumulation de divers rôles et des multiples conséquences à gérer, les parents expriment une inquiétude importante quant à l'avenir de leur enfant, concernant leur bonheur personnel et son devenir scolaire et professionnel.

D'autre part, ils font également état d'un manque d'information important au sujet de la dysphasie. Ils sont nombreux à regretter le manque d'accessibilité et de disponibilité des réseaux d'aides, du soutien et des services dont ils auraient besoin. Cela provoque un sentiment d'impuissance et de dépendance des parents vis-à-vis des professionnels.

Monfort et Juarez-Sanchez (1996) soulignent également la charge d'anxiété que ce trouble suscite chez les parents. Les joies et les encouragements qui accompagnent le développement du langage chez l'enfant sans trouble vont se transformer en une tension et une angoisse, qui peut se manifester par la voix, des gestes, des regards ou des réflexions

D- Conséquences scolaires.

Dans cette partie, nous évoquerons deux conséquences : celle qui concerne le devenir scolaire des enfants dysphasiques, ainsi que celle qui concerne les comportements liés à l'échec scolaire.

1. Conséquences concernant le devenir et le cursus scolaire.

Selon Touzin et Vaivre-Douret (1999), les enfants présentant un trouble du langage oral ont un risque beaucoup plus important de développer un trouble d'apprentissage : elles évoquent une étude de Barkley (1981) qui montre que 60% des enfants avec trouble du langage écrit ont également un trouble du langage oral.

Elles citent également une étude de Aram et Nation réalisée en 1980 qui révèle que sur 63 enfants en âge préscolaire présentant un retard de langage :

- 40% seront sous la moyenne de leur âge en lecture 5 ans plus tard,
- 24% seront sous la moyenne de leur âge en transcription 5 ans plus tard,
- 28% seront sous la moyenne de leur âge en mathématiques 5 ans plus tard.

D'autre part, une étude de Franc et Gérard (2004) évaluent le devenir scolaire des enfants dysphasiques sur plusieurs années et classent ces enfants en trois groupes : les enfants de moins de 6 ans (scolarisés en classes maternelles); les enfants de 6 à 12 ans (scolarisés en classe élémentaire) ; les enfants de 12 à 16 ans (scolarisés au collège). Cette étude révèle que les difficultés scolaires de ces enfants apparaissent surtout à partir des classes élémentaires avec l'apprentissage du langage écrit. D'ailleurs, les méthodes inadaptées de l'enseignant vont souvent provoquer un sentiment d'échec de la part de l'élève qui peut alors développer des troubles du comportement.

Les deux auteurs évoquent, de manière volontairement schématique, l'évolution scolaire généralement observée chez ces enfants :

- une anxiété de séparation importante en petite section de maternelle ;
- une non-acquisition du langage oral lors du passage en CP ;
- une non-acquisition de la lecture à la fin du CP, qui pourra être compensée par une rééducation orthophonique "intensive" (2 à 3 fois par semaine) ;
- une transcription et les apprentissages mathématiques restant difficiles (notamment concernant les bases de la numération et la résolution de problème) ;
- la difficulté d'acquisition d'une deuxième langue en 4ème.

Généralement, après l'obtention du brevet, ces élèves s'orientent vers une filière courte (CAP, BEP).

Cela dit, Schelstraete (2012) évoque des facteurs de risque rendant ces observations très variables d'un enfant à l'autre : la persistance des troubles du langage oral, la nature et la sévérité de ces troubles, le QI non-verbal sont des variables essentielles dans la prise en compte du devenir scolaire.

Des facteurs de « protection » peuvent également être évoqués dans l'évaluation de ce pronostic scolaire : de bonnes compétences en dénomination rapide, une bonne perception catégorielle de la parole, un bon vocabulaire passif, de bonnes capacités narratives, une connaissance des lettres suffisantes, et un haut niveau d'éducation de la mère sont des éléments prédictifs positifs.

2. Conséquences concernant le comportement.

Les troubles du comportement des enfants dysphasiques ne sont généralement pas consécutifs aux déficits linguistiques purs mais plutôt à l'échec scolaire éventuel qui en découle. En effet, avant son entrée dans le milieu scolaire, l'enfant dysphasique est souvent protégé par ses parents, qui comprennent son langage jargonnant. En revanche, l'école, lieu de socialisation par excellence, est un lieu où les particularités linguistiques ne seront pas prises en compte. Et pourtant, la méconnaissance des difficultés spécifiques de l'enfant présente un risque très important, non seulement pour sa réussite scolaire mais également pour son intégration sociale.

La sensation d'un "malentendu" avec l'école, doublement justifiée par un enseignement inadapté à leurs difficultés et par un vocabulaire de plus en plus métaphorique utilisé par les pré-adolescents dans la cour de l'école ("je suis un *boss* en histoire, je t'ai cassé...) peut rapidement engendrer chez l'enfant dysphasique des signes d'instabilité et de repli (Revol, 2001).

D'après Revol (2001), les enseignants constatent deux types de symptôme comportemental : l'instabilité psychomotrice et la dépression.

L'instabilité psychomotrice est principalement rencontrée dans les formes réceptives. Cette agitation illustre leur difficulté à mettre du sens sur les enjeux scolaires et sur les consignes données par l'enseignant.

La dépression est une comorbidité fréquente de la dysphasie, notamment quand cette dernière n'a pas été diagnostiquée. En effet, l'enfant, qui a conscience de ses capacités non-verbales, peut vivre douloureusement son échec scolaire et ses interactions limitées avec ses pairs. Le risque de repli et de refus scolaire est alors considérable, d'autant qu'il accentuera les difficultés d'apprentissage, faisant entrer l'enfant dans une spirale d'échec.

Nous pouvons voir au travers de l'établissement des conséquences d'un trouble du langage oral, que la dysphasie ne peut être étudiée sans prendre en compte les handicaps qu'elle engendre. On ne peut réduire l'enfant dysphasique à son trouble du langage sans se soucier des implications psychiques, psychologiques, sociales, scolaires et familiales que celui-ci entraîne.

C'est pourquoi, le prochain chapitre sera consacré à l'évaluation de ces implications.

IV-Évaluation de la communication en orthophonie.

Avant d'évoquer les moyens d'évaluer la communication, il est important de rappeler la notion de vie quotidienne, notion essentielle lorsqu'il est question d'évaluation écologique.

A- Notion de vie quotidienne.

La notion de vie quotidienne est très en vogue depuis une dizaine d'années. Aujourd'hui, les médecins sont formés pour fournir un diagnostic mais aussi pour expliquer concrètement les répercussions que celui-ci aura sur la vie pratique du patient.

Cette notion s'est particulièrement développée dans le domaine de la neuropsychologie.

Au départ, les chercheurs définissent la vie quotidienne comme étant les "ADL" (*Activity of daily life*), c'est à dire les activités de toilette, d'habillage, de prise de repas, et de déplacement limité au domicile. Ces activités sont évaluées par des échelles (l'échelle de Barthel ou la MIF) et permettent de donner un aperçu de l'autonomie du patient, mais ne peuvent refléter l'ensemble de ses activités quotidiennes.

D'après Pradat-Diehl, Peskine et Chevillard (2006), les IADL (*Instrumental activity of daily life*) reflètent de manière plus juste les activités complexes de la vie quotidienne puisqu'elles comportent les déplacements à l'extérieur par les transports en commun ou en conduisant sa voiture, les activités de loisirs, la gestion du budget, l'intégration scolaire ou professionnelle.

En revanche, les échelles des IADL sont beaucoup plus complexes à utiliser puisque le principe des activités de vie quotidienne repose sur le fait qu'elles sont très diversifiées, selon l'âge (que l'on soit un enfant, un adolescent, un adulte en activité, un retraité...), selon les activités scolaires ou professionnelles, selon le sexe, selon l'environnement économique et social...

C'est pourquoi une seule échelle d'évaluation ne peut être mise en place. Si le rééducateur veut connaître les répercussions d'un trouble sur la vie quotidienne du

patient, il doit se munir d'une échelle adaptée au patient, et à son mode de vie.

Cependant, une échelle d'évaluation formelle ne remplacera jamais l'échange informel entre un patient et son rééducateur ou son médecin.

La notion de vie quotidienne est étroitement liée à la notion de qualité de vie, car en évaluant la première, le thérapeute ou le médecin cherche aussi à connaître le niveau de la seconde (Missoten, 2005).

B- Les différents moyens d'évaluation.

L'évaluation en orthophonie, c'est le moyen de connaître la nature et le degré de déficience, d'incapacité, de dépendance mais aussi de compétence chez un individu (Marchal et al. 2006).

1. Différence entre mesures objectives et mesures subjectives

Aujourd'hui, personne ne semble plus contester l'utilité de ces deux types de mesure, même si l'évaluation subjective est encore peu utilisée.

a. Mesures objectives.

Les mesures objectives de la communication en orthophonie vont permettre de faire état des capacités et des déficiences du patient.

Le terme de déficience, comme défini par la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé (1988, citée par Azéma et al., 2001), désigne alors les troubles, les déficits et les altérations qui résultent de la pathologie (Darrigrand et Mazaux, 2000).

Dans le cas des troubles du langage, il s'agit des troubles praxique, phonologique, lexical, sémantique et syntaxique, sur les versants expressif et réceptif.

D'après Garnier-Lasek et Wavreille (2004), l'évaluation de ces difficultés doit s'appuyer sur une analyse objective quantitative fondée sur des tests étalonnés, qui permettront de situer l'enfant par rapport à ses pairs de même âge et/ou de même sexe et/ou de même niveau socio-culturel. Ces bilans sont essentiels car ils permettent de se référer à ce qu'est la norme par rapport à un âge donné.

Monfort et Juarez-Sanchez (1996) émettent toutefois des doutes quant à l'utilité de connaître une norme de développement linguistique pour les enfants dysphasiques. Ils estiment que ces âges de développement seront plus utiles pour calibrer l'évolution de l'enfant par rapport à lui-même que par rapport au modèle normal de son âge.

Pour évaluer de manière objective le langage, il existe des batteries de tests que le rééducateur sélectionnera en fonction de l'âge de l'enfant, de la plainte et du motif de consultation, de l'entretien avec les parents ou encore de son observation clinique lors de la rencontre avec l'enfant.

Il existe également des tests plus spécifiques qui évaluent un domaine en particulier, soit pour compléter ou renforcer un diagnostic suite à la passation d'une batterie, soit parce que les caractéristiques de l'enfant ne permettent pas la passation complète d'une batterie.

b. Mesures subjectives.

Les mesures subjectives décrivent les conditions psychologique, physique, cognitive et sociale du sujet (Missoten, 2005), et vont donc définir les incapacités, selon la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'OMS (1988, citée par Azéma et al., 2001).

Dans ce cadre, les incapacités correspondent aux limitations des aptitudes et des capacités fonctionnelles, qui résultent des déficiences et des troubles (Darrigrand et Mazaux, 2000).

Ces mesures vont également interpréter le degré de handicap, toujours selon les termes de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'OMS.

La production d'une situation de handicap est la résultante d'un jeu complexe entre des facteurs médicaux, environnementaux, relationnels, psychologiques. D'après Jamet

(2003), c'est un désavantage social qui est la résultante de la déficience et de l'incapacité.

Dans le cas des troubles du langage, les mesures subjectives vont appréhender la communication fonctionnelle du sujet, et son ressenti par rapport à ces limitations. Selon l'American Speech Language Hearing Association (ASHA, 1990, citée par Fauchet et al. 2009), la communication fonctionnelle correspond à « *l'habileté à recevoir ou à transmettre un message indépendamment du mode, à communiquer de façon efficiente dans un environnement naturel* ».

Le courant écologique, qui est une théorie ancienne, cherche à connaître les capacités du sujet à utiliser ses fonctions résiduelles dans la vie quotidienne (Malo, 1999).

Aujourd'hui, personne ne conteste l'importance des évaluations dites écologiques, et nous assistons d'ailleurs à leur essor depuis quelques années dans de nombreux domaines : les fonctions exécutives, la mémoire, les troubles visuo-spatiaux...

Il existe également de nombreuses évaluations à visée écologique dans le domaine linguistique, mais celles-ci se cantonnent principalement à la communication des personnes aphasiques, tout du moins adultes. Cette évaluation concernant les enfants est relativement récente et loin d'être généralisée.

Il existe plusieurs méthodes d'évaluation en vie quotidienne (Pradat-Diehl, Peskine, Chevignard, 2006) :

- l'observation directe du sujet dans son milieu de vie : l'Echelle de Catherine Bergego (ECB) mesure la négligence dans la vie quotidienne.
- la simulation de situations de vie quotidienne : elle peut prendre la forme d'épreuves « papier-crayon » ou de réalité virtuelle.
- Les questionnaires qui permettent une quantification des comportements.

2. Intérêts et limites des évaluations subjectives en orthophonie.

Notre sujet de mémoire portant sur l'évaluation subjective de la communication de sujets dysphasiques par le biais d'un questionnaire, nous évoquerons maintenant l'intérêt et les limites de ce type d'évaluation en orthophonie, provenant principalement d'études dans le domaine aphasiologique.

a. Intérêts.

Dans le cadre d'un bilan du langage, l'évaluation par le patient de ses propres difficultés dans des situations de vie quotidienne apporte des informations complémentaires aux rééducateurs (Bourel, Dupuis, 2012).

Les tests standardisés sont indispensables en orthophonie pour connaître les capacités linguistiques du patient mais ils ne permettent pas de prédire dans quelle mesure et avec quelle efficacité il pourra communiquer dans la vie quotidienne. Ce type d'évaluation peut donc conduire vers une rééducation plus fonctionnelle et écologique (Fauchet et al. 2009).

Il s'agit généralement de questionnaires, d'administration simple et flexible, permettant d'évaluer les compétences communicatives plus que les habiletés langagières (Benichou-Crochet et al. 2012)

D'autre part, l'auto-évaluation permet de cibler les besoins réels du patient (Fauchet et al. 2009), et cette prise en compte est essentielle pour compter sur son adhésion à la rééducation. Danon-Boileau (2002) évoque très bien cette idée : « *Dès qu'on est attentif aux singularités d'un enfant, on se rend compte de la diversité imprévisible des chemins qui mènent à la parole.* »

Enfin, les évaluations subjectives peuvent déceler des troubles comportementaux, qui ne seraient pas observables dans les tests de langage objectifs et indiquer un niveau d'anosognosie du patient, quand le questionnaire est également rempli par les proches du patient (Chevignard et al. 2006).

b. Limites.

Comme toute évaluation, celles dont la visée est écologique contiennent des limites, que le rééducateur doit prendre en compte.

Tout d'abord, elles ne sont que complémentaires des tests standardisés car ces questionnaires n'objectivent pas toujours les difficultés réelles rencontrées par les sujets. (Bourel, Dupuis, 2012). Marchal et al. (2006) insistent sur le fait que seules les évaluations classiques permettent de poser un diagnostic.

D'autre part, beaucoup de chercheurs se sont intéressés à la non-pertinence des réponses lorsque le patient a des problèmes de compréhension. Parfois, l'évaluation n'est pas envisageable, même avec des reformulations très simplifiées (Fauchet et al. 2009 ; Benichou-Crochet et al., 2012)

Des auteurs se sont également interrogés sur la variabilité du jugement qualitatif porté par les sujets concernant leurs propres capacités ou difficultés. En effet, celui-ci serait fortement influencé par de nombreux facteurs, comme l'humeur, le niveau socio-culturel... (Picq et al. 2006 ; Benichou-Crochet et al., 2012).

La juste perception des capacités serait alors souvent faussée par la sous-estimation ou la sur-estimation des compétences. Le patient peut ne pas voir ses propres difficultés (Pradat-Diehl, Peskine, Chevignard, 2006).

C- Quelques évaluations écologiques...

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les évaluations fonctionnelles chez l'enfant sont très rares, et n'ont pas du tout suscité le même engouement chez les chercheurs que les approches « écologiques » pour les adultes.

Marchal et al. (2006) évoquent plusieurs causes à ce retard :

- Il est déjà difficile de promouvoir l'évaluation standardisée de l'enfant, dont les compétences ou difficultés sont encore très souvent analysées au travers de situations cliniques "libres". Il apparaît encore plus complexe de promouvoir une

évaluation fondée sur une approche fonctionnelle et écologique.

- La présence "naturelle" des parents ne facilite pas l'évaluation des incapacités, des liens de dépendance ou des besoins de compensation.
- Le caractère évolutif et variable des compétences de l'enfant : si les tests standardisés mettent en relief des échelles de compétences développementales plus ou moins précises en fonction de l'âge, il est, en revanche, très difficile de connaître l'utilisation que va faire l'enfant de ces compétences en situation de vie quotidienne, car celles-ci varieront en fonction des conditions éducatives et socioculturelles.

Marchal et al. (2006) notent donc le manque cruel de ces évaluations concernant le langage et la communication de l'enfant.

Nous pouvons toutefois noter une volonté d'identifier les troubles du langage et les mécanismes en cause dans quelques tests, même si peu d'entre eux permettent une évaluation réellement fonctionnelle.

Le Bain des Poupées, partie B de la batterie d'évaluation psycho-linguistique (Chevrie-Muller et al. 1988) est une batterie d'évaluation langagière que l'on peut qualifier d'écologique puisqu'elle évalue l'enfant dans une situation de jeu, avec du matériel ludique.

Le Test Lillois de Communication, TLC (Rousseaux et al. 2001) a fait l'objet d'une adaptation et d'une normalisation chez l'enfant âgé de 9 à 11 ans (Laval, 2004). Ce test analyse l'attention et la motivation à la communication, la communication verbale et non verbale, et surtout l'influence des troubles spécifiques (par exemple une perte d'intelligibilité ou une atteinte des feed-back verbaux) sur la communication duelle dans un contexte d'interaction naturelle. La performance communicationnelle est évaluée dans trois conditions successives : une interview dirigée, une discussion ouverte et une situation inspirée de la PACE (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness).

Des questionnaires évaluant la communication de l'enfant ont également été mis au point, deux d'entre eux, ayant été traduit par Hilton (1990) :

- Les observations pragmatiques de Weinrich, Glaser et Johnston (1986) évaluent 57

comportements pragmatiques d'après six thèmes : le maniement du sujet, la conversation, le registre, la forme syntaxique, le langage efficace, la communication non-verbale.

- La liste de contrôle du langage pragmatique de Tattershall (1988) évalue 36 comportements selon la fréquence, selon quatre thèmes : l'introduction du sujet, le maintien du sujet, les buts variés et les manifestations non-verbales.

Ces deux questionnaires sont destinés aux enseignants et n'évaluent donc pas l'appréciation personnelle de l'enfant ou de l'adolescent concernant ses capacités communicationnelles.

L'Échelle de Communication Verbale de Bordeaux (Darrigrand, Mazaux, 2000) est une auto-évaluation de la communication.

Elle a été conçue pour repérer rapidement les situations de vie quotidienne dans lesquelles les personnes aphasiques sont le plus en difficulté. Elle se compose de 34 items, qui prennent la forme d'un entretien semi-dirigé, et peut être utilisée en complément d'un test standardisé pour repérer les besoins et les attentes de la personne aphasique concernant sa communication.

Ainsi, le thérapeute, en accord avec le patient, peut dégager des axes de rééducation en fonction des domaines qui paraissent les plus déficitaires en regard du propre jugement du patient. En outre, cette échelle permet d'évaluer l'impact psychologique et social dans la vie quotidienne du patient, suite à son trouble aphasique.

Ce chapitre, concernant l'évaluation de la communication en orthophonie, et notamment l'évaluation écologique, nous éclaire sur son intérêt aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

En tant qu'orthophonistes, nous devons établir un profil précis de la communication de l'enfant, tant dans la structure de son langage, que dans les compensations mises en place et dans les conséquences en matière d'incapacité et de limitation d'autonomie.

C'est pourquoi ce mémoire a pour objectif d'observer l'intérêt d'un outil d'évaluation écologique qui prendrait en compte le propre ressenti, le propre jugement de l'enfant ou de l'adolescent dysphasique concernant sa communication dans des situations de vie quotidienne. Comme pour l'ECVB, ce questionnaire qui prend la forme d'un entretien semi-dirigé, permettrait de dégager des axes de rééducation plus fonctionnels et adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient.

Touzin (2004) « Les dysphasiques sont avant tout des enfants dont il faut préserver la joie de vivre ».

ETUDE CLINIQUE

Lors de la partie théorique, nous avons pu constater qu'il existait des évaluations de la communication. Cependant, leurs objectifs sont rarement centrés sur une meilleure connaissance du ressenti des patients.

Dans ce second chapitre, nous exposerons la méthodologie de cette étude en présentant ses objectifs, la population et le questionnaire.

Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats de l'étude à partir du recueil des données de l'évaluation. Puis nous illustrerons ces résultats par une description de trois séances de passation et une suggestion d'axes de prise en charge.

Enfin, la dernière partie sera consacrée à la discussion dans laquelle nous présenterons une synthèse des résultats, mais aussi les limites et les perspectives de cette étude.

Nous précisons ici que la démarche de ce projet est avant tout descriptive et clinique, et qu'elle ne repose pas sur une validation statistique de l'évaluation.

I- Matériel et méthode.

A- Objectifs de l'étude.

1. Problématique.

Nous avons pu constater, lors de la revue de littérature, l'intérêt d'une démarche écologique dans l'évaluation des troubles linguistiques et communicationnels. Or, les outils, destinés aux enfants et aux adolescents sont encore peu développés.

C'est pourquoi nous nous sommes demandé si l'élaboration d'un questionnaire destiné au patient dysphasique lui-même afin d'évaluer sa communication dans des

situations de vie quotidienne pouvait être pertinente pour la qualité des rééducations orthophoniques en les rendant plus fonctionnelles et mieux adaptées aux difficultés ressenties.

2. Hypothèse.

Cette étude clinique suggère que l'élaboration d'une évaluation de la communication axée sur des situations de vie quotidienne et adressée au patient permet effectivement d'améliorer la qualité des prises en charge orthophoniques en les rendant plus écologiques et plus adaptées aux besoins du patient.

En effet, un profil de communication individualisé et facilement visualisable par un graphique permet alors à l'orthophoniste d'élaborer un projet thérapeutique adapté.

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux avantages peuvent découler d'une évaluation axée sur le ressenti du patient, et l'ECVB (Évaluation de la Communication Verbale de Bordeaux, Darrigrand et Mazaux, 2000) a beaucoup influencé ce choix de recherche.

Prendre en compte la plainte et la subjectivité de chaque patient permet de s'adapter à ses attentes, et son adhésion à la prise en charge orthophonique ne peut être que meilleure : tenir compte des situations qui compromettent les capacités langagières de l'enfant ou de l'adolescent doit également être intégré au projet thérapeutique.

B- Méthodologie.

1. Principe et démarche de cette analyse descriptive.

Le principe de cette recherche s'inscrit dans une démarche analytique, qui permet de constater les différents intérêts liés à la prise en compte du ressenti des patients dysphasiques. Il s'agit donc de soumettre l'évaluation que nous avons élaborée (cf. annexe 1) à des enfants ou des adolescents dysphasiques afin de recueillir leurs

impressions concernant leur communication dans des situations qui leur sont familières. Cette évaluation se présente comme un entretien semi-dirigé.

Le recueil des données s'est généralement déroulé dans le cabinet de l'orthophoniste. Le questionnaire a été proposé au patient soit par l'orthophoniste qui le prend en charge, soit par nous-mêmes. Les orthophonistes, qui ont participé à cette recherche, ont été contactées par téléphone.

Le choix de faire passer l'évaluation par l'orthophoniste qui rééduque l'enfant s'est imposé rapidement car il a semblé essentiel que le patient puisse se livrer sans crainte de l'inconnu et du jugement. D'autre part, l'orthophoniste, qui connaît bien le niveau de communication de son patient, était plus apte à adapter son langage et à reformuler en fonction de la compréhension de l'enfant ou de l'adolescent.

La passation a généralement duré entre 25 et 40 minutes selon le niveau de compréhension du patient. L'examineur peut ensuite tracer son profil de communication et calculer son score additif.

Pour analyser la pertinence et la faisabilité de notre travail, un mini-questionnaire « d'appréciation » (cf. annexe 2) était fourni avec l'évaluation afin que les orthophonistes nous fournissent leurs avis et leurs commentaires. Ces appréciations seront utilisées pour procéder à la synthèse des résultats dans la partie III « Discussion ».

2. Population.

Pour cette étude, nous avons inclus la population répondant aux critères suivants :

- Enfants et adolescents scolarisés âgés de 6 ans à 20 ans. La limite d'âge maximale est facultative, le critère essentiel étant la scolarisation pour pouvoir répondre aux questions concernant ce domaine.
- Population diagnostiquée dysphasique ou souffrant d'un trouble sévère du langage oral.
- Enfants et adolescents suivis en rééducation orthophonique.

Nous avons retenu les critères d'exclusion suivants :

- Enfants et adolescents non scolarisés.
- Enfants et adolescents souffrant de déficits cognitifs.

Lors de la passation du questionnaire, l'examineur recueille les données suivantes :

- Nom et prénom du patient.
- Date de naissance.
- Date de passation.
- Niveau de scolarisation.

Le tableau ci-dessous représente le profil des trente enfants auxquels le questionnaire a été proposé :

Patient	Sexe	Age	Classe
1	M	6	CP
2	F	6	CP
3	M	6ans6	CP
4	M	7ans1	CE1
5	M	8ans2	CE1
6	F	8ans6	CE1
7	F	8ans6	CLIS
8	M	8ans11	CM1
9	F	9ans2	CM1
10	M	9ans4	CM1
11	M	9ans10	CM1
12	M	10ans11	CM2
13	M	11ans	CM2
14	F	11ans	6 ^{ème}
15	F	11ans10	6 ^{ème}
16	M	12ans2	6 ^{ème}
17	M	12ans5	6 ^{ème}
18	F	12ans5	5 ^{ème}
19	M	13ans8	3 ^{ème}

20	M	14ans	2 ^{nde} pro
21	F	14ans7	4 ^{ème}
22	F	14ans8	5 ^{ème} ULIS
23	M	14ans8	4 ^{ème} ULIS
24	M	14ans11	3 ^{ème} ULIS
25	F	15ans5	3 ^{ème} ULIS
26	M	17ans	1 ^{ère} STG
27	M	18ans	2 ^{ème} année CAP
28	F	20ans5	Bac Pro comptabilité
29	F	20ans9	CAP cuisine
30	M	25ans	Insertion professionnelle

Tableau 1 : Présentation de la population du panel

Ce panel est donc représenté par 60% de garçons et 40% de filles, ce qui tend vers la prévalence du trouble dysphasique (2/3 des dysphasiques sont des garçons).

3. Présentation du questionnaire d'évaluation de la communication en situation de vie quotidienne.

Ce questionnaire est présenté en annexe 1. Depuis son élaboration, il a subi de nombreuses modifications, avant d'être proposé aux patients de l'étude, tant dans sa forme que dans son contenu. Pour évaluer la pertinence des questions et sa facilité d'emploi, il a été testé sur cinq enfants tout-venant, âgés de 7 ans à 13 ans. Il a également été modifié à la suite de la première passation avec un jeune dysphasique âgé de 18 ans. Cela nous a permis d'adapter les questions aux tranches d'âge plus élevées.

Une partie consacrée aux objectifs de cette évaluation et aux consignes de passation est intégrée en page 2 et 3 de l'évaluation.

a. Présentation des questions.

La communication dans cinq situations de vie quotidienne est évaluée. Ces situations concernent :

- La famille ;

- Les amis ;
- L'école, le collège, le lycée ;
- Les loisirs et les activités extra-scolaires ;
- Les situations diverses du quotidien.

Les questions sont soit d'ordre « qualitatif », soit d'ordre « quantitatif ». Aucune cotation n'est possible pour les premières, elles n'ont pour objectif que de renseigner l'examineur sur le comportement de son patient dans une situation. Elles sont rapidement repérables pour l'orthophoniste car le classement alphabétique des questions est coloré selon trois thèmes :

- A = socialisation et autonomie.
- B = communication et moyens de compensation.
- C = ressenti concernant le trouble. Ce thème fait l'objet d'une partie isolée, qui n'entre pas dans les cinq situations de vie quotidienne, mais que nous avons jugé utile d'intégrer pour mieux comprendre la vision du patient concernant son trouble.

Les questions cotées sont au nombre de 37. Elles comportent quatre choix de réponses, reposant soit sur la fréquence des difficultés ou du comportement (« toujours », « souvent », « rarement », « jamais »), soit sur l'intensité du sentiment (« vraiment », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout »).

Nous avons choisi de présenter le questionnaire sous la forme de tableaux afin de simplifier sa lecture et sa cotation.

➤ **Questions concernant la famille (items de 1 à 7 + A1, A2, B1)**

Les premiers items sont des questions d'ordre général.

A1- Est-ce que tu penses être bavard(e) ?

Cette question est dite « qualitative » car l'examineur ne peut pas juger cet aspect lié à la personnalité du patient. Cependant, elle renseigne sur le jugement que le patient porte sur sa propre communication d'un point de vue quantitatif, et permet d'évaluer cliniquement si cela reflète la réalité.

A2- Est-ce que tu racontes souvent des blagues ou des répliques de films comiques ?

Cette question permet de savoir si le patient a une utilisation plus élaborée du langage que la conversation simple. Pour les mêmes raisons que la question précédente, celle-ci est « qualitative ». La référence à des répliques de films nous a été suggérée par plusieurs adolescents tout-venant qui ont souligné que l'évocation de situations amusantes dans des films remplaçait largement celle de blagues, à leur âge.

1- Et les blagues, est-ce que tu les comprends ?

Cette question permet de connaître le jugement des patients sur leur niveau de compréhension d'un langage plus élaboré. Ces deux questions peuvent également amener le patient à évoquer une gêne dans ses relations sociales, qui peuvent faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'orthophoniste, par le biais d'une discussion avec lui, mais aussi par le biais d'un travail axé sur ce domaine pour la prise en charge.

2- Est-ce que c'est difficile de comprendre quand il y a du bruit autour ? (à la cantine ou dans un repas de famille par exemple).

3- Est-ce que c'est difficile de comprendre une personne qui parle trop vite ?

Ces deux items font apparaître le niveau de gêne du patient pour la compréhension du message dans des situations moins favorables à la communication, la première concernant le contexte et la deuxième, l'interlocuteur de la communication.

Les items suivants concernent des situations avec les parents et les frères et sœurs.

4- Est-ce que c'est difficile de parler, de prononcer les mots ?

Cet item fait référence à l'impression du patient concernant la qualité de son expression avec sa famille. Cette question a été remaniée de nombreuses fois. En effet, les enfants tout-venant la comprenaient comme faisant référence à la qualité de relation avec les membres de la famille. Ils évoquaient la difficulté de parler avec leurs parents car ils étaient fatigués en rentrant du travail par exemple.

5- Est-ce que tu parles de choses tristes ou de problèmes que tu aurais à l'école avec des copains ou la maîtresse ?

Cet item a pour but de déceler une difficulté du patient pour évoquer des problèmes personnels. Les enfants dysphasiques ont généralement beaucoup de difficultés dans

l'expression des sentiments et des pensées abstraites. Ils compensent souvent cette difficulté par l'évocation de situations très concrètes en laissant de côté l'impact émotionnel que celles-ci ont généré.

6- Est-ce que tu te tais parfois parce que tu as peur de ne pas être compris(e) ?

Cette question permet de savoir si la difficulté d'expression a pour conséquence directe d'empêcher le patient de communiquer.

7- Est-ce que tu penses que ta manière de parler te permet d'être bien compris(e) ?

Avec cette question, l'examineur connaît directement l'impression du patient quant à sa capacité à véhiculer un message.

A3 – Est-ce que tu as l'impression que tes parents sont trop protecteurs avec toi et que tu pourrais faire des choses seul(e) plus souvent ?

Cette question qualitative n'est pas cotable car elle ne permet pas de juger le niveau de difficulté de communication du patient. En revanche, elle permet de connaître le souhait d'autonomie de l'enfant.

B1- Est-ce qu'il t'arrive d'utiliser des gestes ou l'écriture quand tu n'es pas compris(e) ?

Avec cet item, l'examineur connaît la part de communication non-verbale que le patient a conscience d'utiliser avec sa famille.

➤ **Questions concernant les amis (items de 8 à 14 + A4).**

Ces questions sont sensiblement les mêmes que celles qui concernent la famille. La comparaison entre les deux domaines permet de savoir si le patient juge de manière différente sa communication avec ses pairs.

8- Avec tes amis, est-ce que c'est difficile de parler, de prononcer les mots ?

Se reporter à l'item 4.

9- Est-ce que tu leur parles de choses qui te tracassent, de problèmes que tu pourrais avoir à la maison par exemple ?

Se reporter à l'item 5.

10- Est-ce que tu te tais parfois parce que tu as peur de ne pas être compris(e) ?

Se reporter à l'item 6.

11- Est-ce que c'est difficile de prendre la parole dans le groupe ?

Cet item permet de renseigner l'examineur sur les impressions du patient quant à ses capacités à initier une discussion dans un groupe et à être actif dans les conversations qu'il entretient avec ses amis.

12- Est-ce que tu penses que ta manière de prononcer les mots te permet d'être bien compris(e) ?

Se reporter à l'item 7.

13- Est-ce que tu as peur que l'on se moque de toi quand tu parles ?

Cette question vise à connaître les difficultés du patient dans ses relations sociales, notamment en réponse à des attitudes néfastes de la part de ses camarades. Il sera important si la réponse est positive de savoir si ces craintes sont justifiées ou non, car la démarche en prise en charge ne sera pas la même.

14- Est-ce que tu comprends bien tes amis quand vous êtes en groupe ?

Cet item permet de savoir comment le patient juge sa compréhension quand les conditions de communication ne sont pas favorables, à savoir quand les interlocuteurs parlent en même temps, vite, qu'il y a du bruit autour...

A4- Est-ce que tu penses avoir beaucoup d'amis ? Combien en as-tu ?

Cette question qualitative ne peut être cotée car elle ne reflète pas une difficulté particulière dans la communication du patient. En revanche, elle permet de savoir si son réseau social est plutôt développé ou non. L'examineur lui demande le nombre d'amis qu'il pense avoir pour objectiver sa réponse.

➤ **Questions concernant les activités scolaires (items de 15 à 23 + B2 et B3)**

Les questions suivantes concernent l'expression du patient :

15- Est-ce que c'est difficile pour toi de lever le doigt pour prendre la parole en classe ?

Cet item informe l'examineur des capacités d'initiation de la communication en situation scolaire ou de l'inhibition éventuelle du patient.

B2- Est-ce qu'on te propose d'écrire ce que tu veux dire ?

B3- Est-ce que tu fais des gestes quand tu n'es pas compris ?

Ces deux questions qualitatives renseignent sur les moyens de compensation que le patient a mis en place pour pallier ses difficultés expressives.

16- T'arrive-t-il de refuser de répondre quand on t'interroge ?

Cette question renseigne l'orthophoniste sur une des conséquences des difficultés expressives dans le milieu scolaire.

Les questions suivantes concernent la compréhension du patient :

17- As-tu des difficultés pour comprendre ce que dit le maître/le professeur en classe ?

Ici, l'examineur peut noter les impressions du patient quant à ses difficultés à comprendre le vocabulaire scolaire ou à suivre le rythme ou le débit de parole de l'enseignant.

18- Si tu n'as pas compris, est-ce que tu oses demander de nouvelles explications ?

Cette question permet de savoir si le patient compense ses difficultés de compréhension en initiant des demandes d'aide ou si au contraire l'inhibition est trop importante.

19- Est-ce que le bruit dans la classe te dérange beaucoup pour comprendre ?

Avec cet item, l'orthophoniste peut connaître l'impact de l'environnement sonore sur la compréhension du patient.

Les questions suivantes concernent les impressions du patient quant à son niveau de langage écrit :

20- *As-tu des difficultés pour lire ?*

21- *Est-ce que lire à voix haute est très difficile ?*

22- *Est-ce que tu comprends bien ce que tu lis ?*

23- *As-tu des difficultés pour écrire ?*

Ces quatre items permettent d'évaluer le ressenti du patient quant à ses difficultés avec l'écrit. Celles-ci étant constantes dans la pathologie dysphasique, cela permet de vérifier le niveau de conscience du patient.

➤ **Items concernant les activités extra-scolaires (items de 24 à 29 + A5)**

Dans cette partie, les items ne sont pas les mêmes selon la pratique ou non d'une activité extra-scolaire.

✓ Si le patient n'a pas d'activité extra-scolaire :

A5 : *Est-ce que tu aimerais avoir une activité (tennis, danse, piano...) ?*

Cet item de nature qualitative permet de savoir si le fait de n'avoir aucune activité est un choix pour le patient.

24- *As-tu peur des activités de groupe ?*

25- *As-tu peur de devoir parler dans une activité ?*

26- *As-tu peur de ne pas comprendre les consignes d'un entraîneur/d'un professeur ?*

Avec ces questions, l'examineur cherche à savoir si des raisons peuvent expliquer l'absence d'activités extra-scolaires, et si ces raisons sont liées à ses difficultés langagières.

- ✓ Si le patient pratique des activités extra-scolaires, les items sont à nouveau séparés selon que l'activité s'exerce en groupe ou en individuel.

Si l'activité s'exerce à plusieurs :

A5- Est-ce que tu aimes faire une activité en groupe ?

Avec cette question qualitative, l'examineur cherche à savoir si le fait que l'activité se fasse en groupe est une contrainte pour le patient ou non.

27- Est-ce facile pour toi de t'exprimer devant le groupe ?

Cet item informe l'orthophoniste sur les capacités ressenties du patient à communiquer dans un groupe qui n'est pas scolaire.

Si l'activité s'exerce en individuel :

A5- Est-ce que tu aimes faire une activité seul(e), avec un professeur ?

Comme pour l'item concernant les activités en groupe, cette question permet de savoir si le fait de pratiquer une activité individuelle est une contrainte ou un choix.

27- Est-ce plus facile pour toi de t'exprimer seul(e) face à un professeur/un entraîneur ?

Cette question permet de savoir si le patient se sent plus à l'aise dans une situation de communication duelle.

Les deux autres questions sont communes aux deux types d'activités :

28- Est-ce qu'il t'arrive de vouloir arrêter cette activité parce qu'il est trop difficile pour toi de t'exprimer ?

29- Est-ce qu'il t'arrive de vouloir arrêter cette activité parce qu'il est trop difficile de comprendre les consignes ?

Ces deux questions cherchent à évaluer l'impact des difficultés langagières sur le plan expressif et réceptif.

➤ **Items concernant diverses situations du quotidien (items 30 à 37)**

Les items suivants sont très dépendants de l'âge du patient, et vont concerner surtout les plus âgés.

30- Te sens-tu à l'aise pour parler quand tu rencontres des personnes que tu ne connais pas, par exemple des enfants d'amis de tes parents ?

Cette question permet de renseigner l'examineur sur la capacité du patient à nouer de nouvelles relations avec des enfants de son âge.

31- Est-ce que c'est facile pour toi de demander au vendeur ce que tu veux quand tu fais des petites courses, comme aller chercher du pain par exemple ?

Cet item aborde la notion d'autonomie du patient dans son quotidien. L'examineur pourra noter des difficultés d'expression dans la formulation d'une demande face à un commerçant.

32- Est-ce que tu réponds facilement au téléphone ?

Avec cette question, l'examineur peut connaître le degré de difficulté d'expression avec ce canal de communication devenu incontournable de nos jours..

33- Est-ce que tu comprends ce qu'on te dit quand on te parle au téléphone ?

Ici, l'examineur note le jugement du patient concernant sa compréhension au téléphone.

34- A la télé, est-ce que des programmes sont plus difficiles à comprendre pour toi ?

Le questionnaire précise pour cet item que les programmes doivent être adaptés à l'âge du patient.

Les deux prochaines questions sont facultatives. En effet, le patient peut ne jamais avoir été concerné par ce genre de situation. Dans ces cas, la non-réponse sera prise en compte dans la cotation.

35- Est-ce que c'est difficile de demander ta route, dans les transports en commun par exemple ?

Cet item renseigne sur les difficultés du patient à formuler des demandes de renseignements.

36- Est-ce que c'est difficile pour toi de t'exprimer lors d'une situation imprévue ou

nouvelle, un entretien d'embauche pour un job d'été ou lors d'un contrôle des tickets dans un transport en commun ?

Avec cette question, l'examineur essaie de connaître le niveau de gêne du patient dans des situations « formelles ».

37- Est-ce que tu es capable de te présenter ?

Cette question permet de savoir si le patient peut se présenter devant un public en parlant de lui.

➤ **Items concernant l'information sur ce trouble. (items de C1 à C6)**

C1- Est-ce que tu as l'impression de bien connaître ton trouble du langage ?

C2- Te sens-tu capable, toi, d'informer les autres sur la dysphasie ?

C3- As-tu l'impression que les gens qui t'entourent sont assez informés de tes difficultés ?

C4- Aimerais-tu qu'ils le soient plus ?

C5- Penses-tu que les gens en général son assez informés sur ce trouble ?

C6- Aimerais-tu qu'ils le soient plus ?

Ces six questions permettent à l'examineur de connaître le niveau de connaissance que le patient s'attribue concernant son trouble, mais aussi celui qu'il attribue à ses proches et à la société en général. Les questions relatives à la volonté de diffuser des informations auprès des proches et de la société éclairent sur le souhait ou non de faire reconnaître les handicaps de son trouble.

b. Consignes de passation.

Cette évaluation se veut très peu intrusive dans la formulation des questions. Toutefois, il est recommandé à l'examineur d'en expliquer les objectifs au patient. En effet, certaines questions évoquent des ressentis assez personnels et intimes et ne

doivent pas gêner le patient. Il doit montrer son adhésion au principe de l'évaluation.

D'autre part, certains items méritent quelques questions de départ. En effet, il paraîtra plus naturel à l'enfant ou à l'adolescent de lui poser les questions de manière plus personnelle, en lui demandant s'il a des frères, des sœurs, combien et de quel âge... Dans le cas contraire, les questions risquent de lui paraître trop rigides. Par exemple, la question 4 (« *Avec tes parents, tes frères et sœurs, est-ce que c'est difficile de parler, de prononcer les mots ?* ») est un item qui a moins de sens pour l'enfant s'il n'a pas de frère et sœur.

Cette évaluation propose quatre choix de réponses qui reposent soit sur une idée de fréquence du comportement ou de la difficulté (« toujours », « souvent », « rarement », « jamais ») soit sur une idée d'intensité (« vraiment », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout »).

Pour les plus jeunes, des « pastilles de réponses » (annexe 1) leur permettront de garder ces quatre choix devant les yeux et de désigner leur réponse.

Cependant, ce questionnaire se présente sous la forme d'un « entretien semi-dirigé » et les réponses ne se limitent pas forcément aux quatre choix. Il a pour but d'améliorer les prises en charge en les rendant plus personnalisées, il est donc essentiel de prendre en compte toutes les remarques et les impressions que les questions font naître chez le patient. Ces remarques et impressions peuvent faire l'objet d'une discussion avec le patient, mais aussi avec les parents ou avec les acteurs scolaires et extra-scolaires si le patient le souhaite.

De plus, il est possible d'étaler la passation sur plusieurs séances afin que la qualité des réponses ne soit pas dépendante de la contrainte temporelle.

Toujours dans un souci de faire apparaître cette évaluation comme un « entretien », l'orthophoniste ne doit pas hésiter à reformuler les questions afin d'adapter son langage à l'âge et au niveau de compréhension du patient.

La reformulation est également nécessaire quand le patient ne parvient pas à répondre à une question avec l'exemple donné. L'orthophoniste peut alors essayer de lui soumettre d'autres exemples ou de le pousser à imaginer la situation afin d'obtenir une réponse.

c. Cotation des réponses.

Chaque item propose quatre choix de réponses dont la valeur n'est pas toujours la même selon la question. Par exemple, la réponse « toujours » n'a pas la même valeur dans les questions « est-ce que tu te tais parfois parce que tu as peur de ne pas être compris ? » et « est-ce que tu penses que ta manière de parler te permet d'être bien compris ? ».

En effet, dans la première, cette réponse reflète une très grande difficulté consécutive au trouble alors que dans la deuxième, elle évoque la grande facilité pour le patient d'être compris.

Les quatre réponses ont pour chaque question une valeur de 0, 1, 2 ou 3, sachant que 3 représente de grandes difficultés dans la communication alors que 0 reflète un jugement positif de la part du patient concernant sa communication.

Ensuite, l'examineur additionne tous les points et reporte le score final sur un total de 102. Si le patient ne peut répondre à certaines questions car il n'a jamais été concerné par la situation (notamment les plus jeunes patients concernant les questions 35 et 36), l'examineur note « non-concerné » à côté de la question et doit enlever trois points par question sans réponse au total du score final (par exemple, si le patient n'est pas concerné par les questions 35 et 36, le score total sera sur 96).

Le score total est sur 102, bien que la numérotation des questions aille jusqu'à 37, car trois questions dépendent de la pratique d'une activité extra-scolaire ou non (les questions 24, 25, 26 si le patient ne pratique pas de loisirs ou 27, 28, 29 s'il a une activité).

Plus le score additif de communication est proche de 102, plus le jugement du patient concernant sa communication est négatif.

Une fois le score additif noté, l'examineur trace le profil de communication en cochant la valeur de la réponse donnée pour chaque question.

L'ordre des questions n'est pas le même sur le profil et dans le questionnaire. En effet, le profil s'analyse sur le versant expressif et réceptif de la communication dans ces situations, alors que l'ordre des questions dans l'évaluation obéit plus à un besoin de cohérence pour le patient dans l'enchaînement de l'entretien.

II- Résultats.

A- Recueil des données.

Dans cette partie, nous allons analyser les réponses offertes par le panel d'enfants. Il apparaît intéressant de distinguer et de comparer trois classes d'âge pour certains domaines :

- Les 8-10 ans
- Les 10-14 ans
- Les 14-18 ans

Tranche d'âge	8-10	10-14	14-18	
Nombre de patients	7	8	8	23
Pourcentage	30	35	35	100

Tableau 2 : Répartition de la population par tranche d'âge

Nous excluons volontairement les tranches d'âge 6-8 ans dont les réponses n'ont pas permis de dégager des tendances claires. D'autre part, trop de questions étaient restées sans réponse, soit parce qu'ils n'avaient jamais été confrontés à la situation, soit parce qu'ils n'avaient pas compris la question. Nous ne prenons pas en compte, dans la comparaison par classe d'âge, les sujets de plus de 18 ans, car elles ne sont pas assez nombreuses pour que la comparaison soit pertinente.

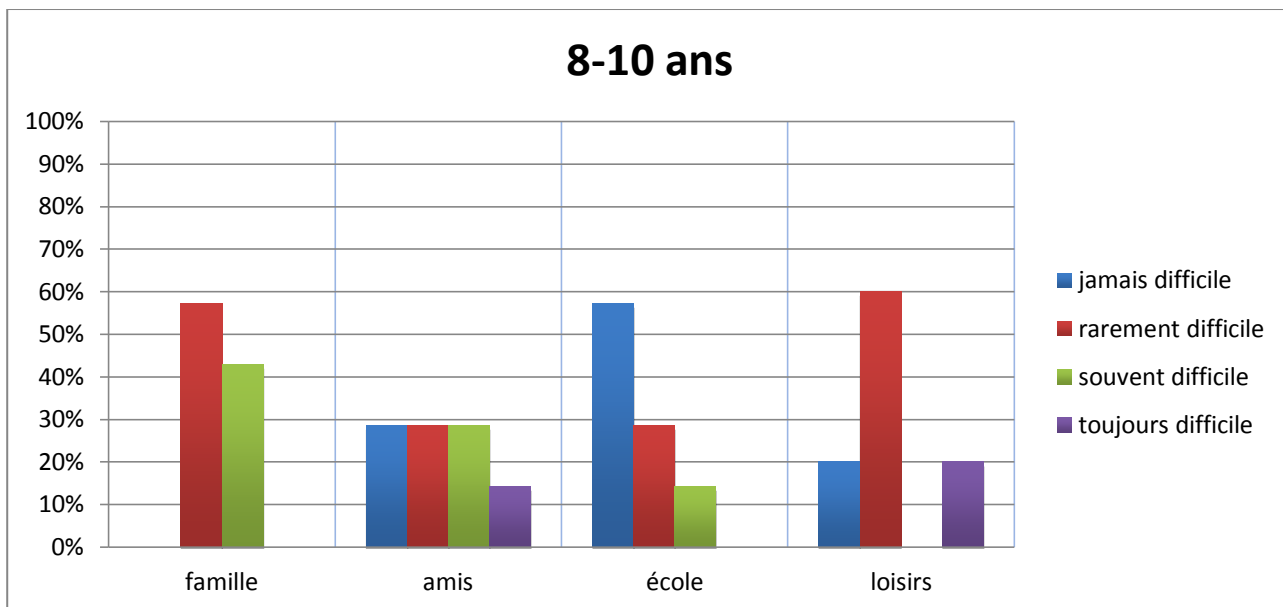
En revanche, ces deux classes d'âge sont incluses quand l'analyse des réponses est globale.

Pour simplifier la lecture des tendances, le recueil des données est illustré par des histogrammes, avec des bâtons de couleur, le vert et le violet de chaque graphique représentant les jugements les plus négatifs de la communication du sujet.

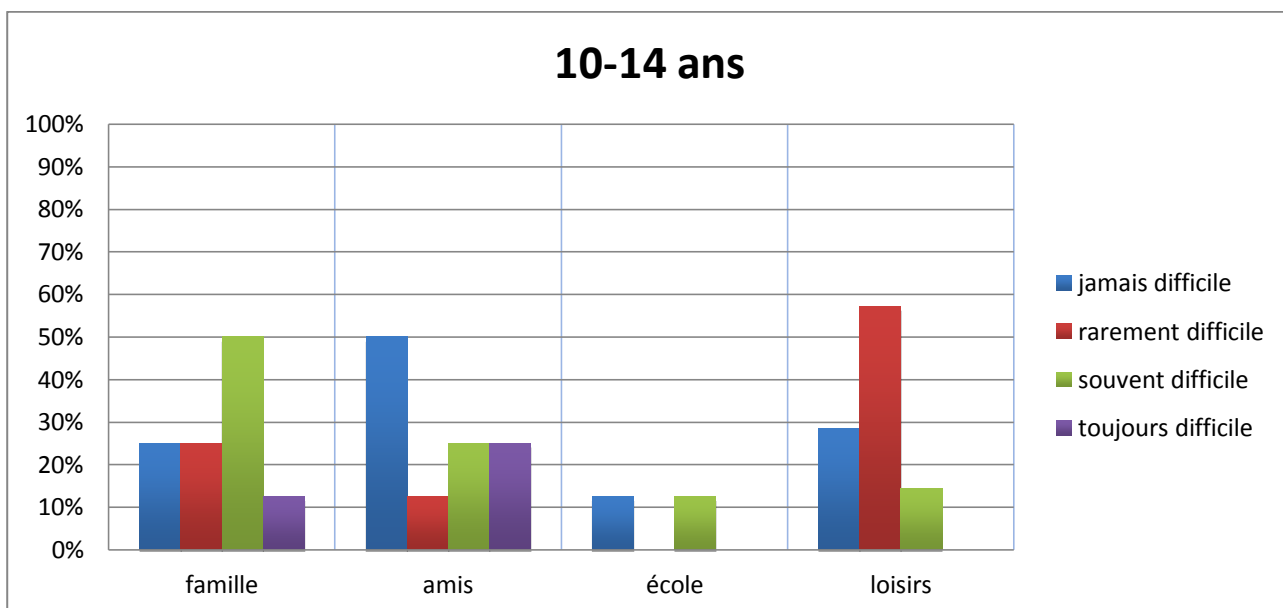
1. Expression dans quatre domaines de la vie quotidienne.

Ici, nous cherchons à connaître le niveau de difficultés expressives des patients dans des situations quotidiennes au sein :

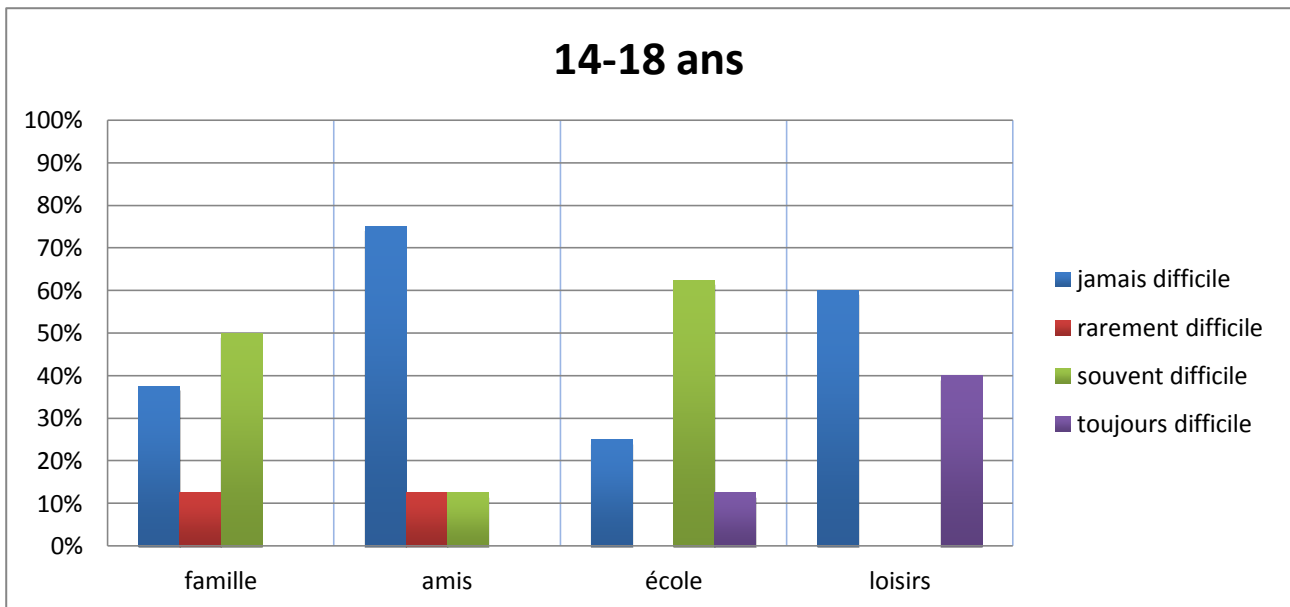
- de la famille,
- des amis,
- de l'école,
- des loisirs.



Graphique 1 : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 8-10 ans.



Graphique 2 : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 10-14 ans.



Graphique 3 : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 14-18 ans

D'après ces graphiques, nous constatons qu'il y a peu de différence concernant le jugement de l'expression au sein de la famille entre les trois tranches d'âge. Les enfants qui ont entre 10 et 14 ans semblent être les plus en difficultés pour s'exprimer avec leurs parents puisque plus de la moitié trouve que c'est toujours ou souvent difficile.

En revanche, c'est avec leurs amis que les enfants plus jeunes (8-10 ans) semblent communiquer plus difficilement. En effet, ils sont moins nombreux que les enfants des deux autres tranches d'âge à penser que c'est toujours facile de parler avec eux (29% contre 40% pour les 10-14 ans et 75% pour les 14-18 ans).

Cette tendance s'inverse pour l'expression en classe. En effet, 58% des 8-10 ans disent s'exprimer toujours facilement contre 12% quand ils ont entre 10 et 14 ans. 52% de la classe d'âge des 14-18 ans pensent que c'est souvent difficile, et 13% toujours difficile.

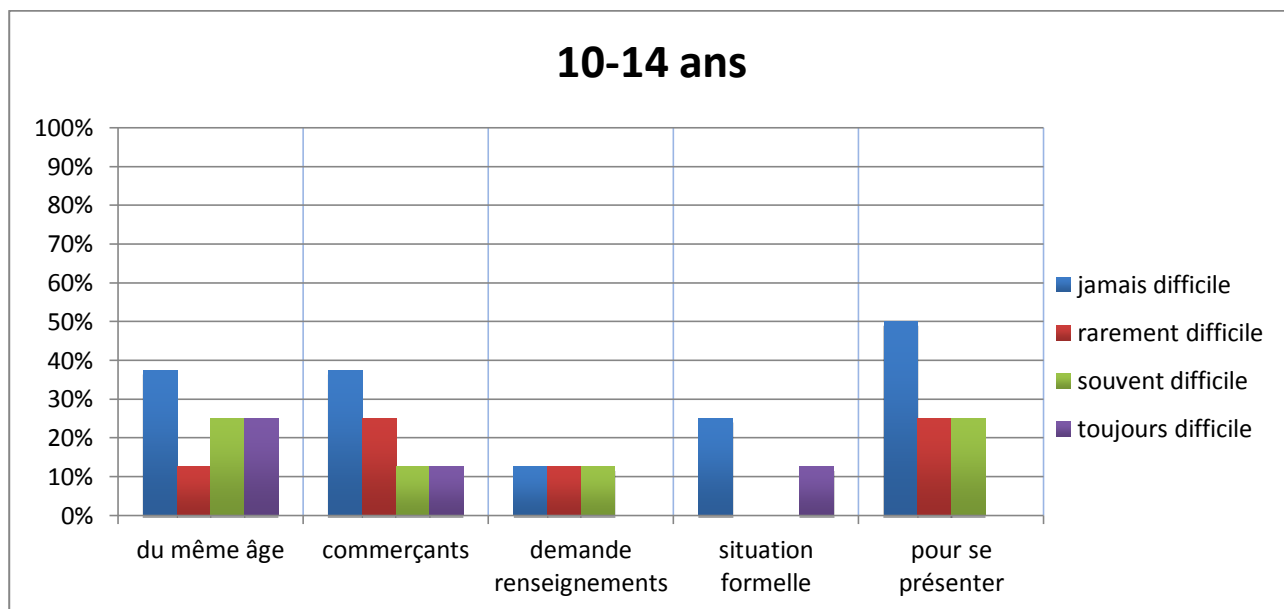
Concernant les loisirs, les graphiques montrent que pour les trois classes d'âge, s'exprimer ne semble pas difficile dans ce contexte. Nous pouvons noter cependant, que c'est toujours difficile de s'exprimer dans cette situation pour 20% des 8-10 ans et pour 40% des 14-18 ans.

2. Expression dans des situations inhabituelles.

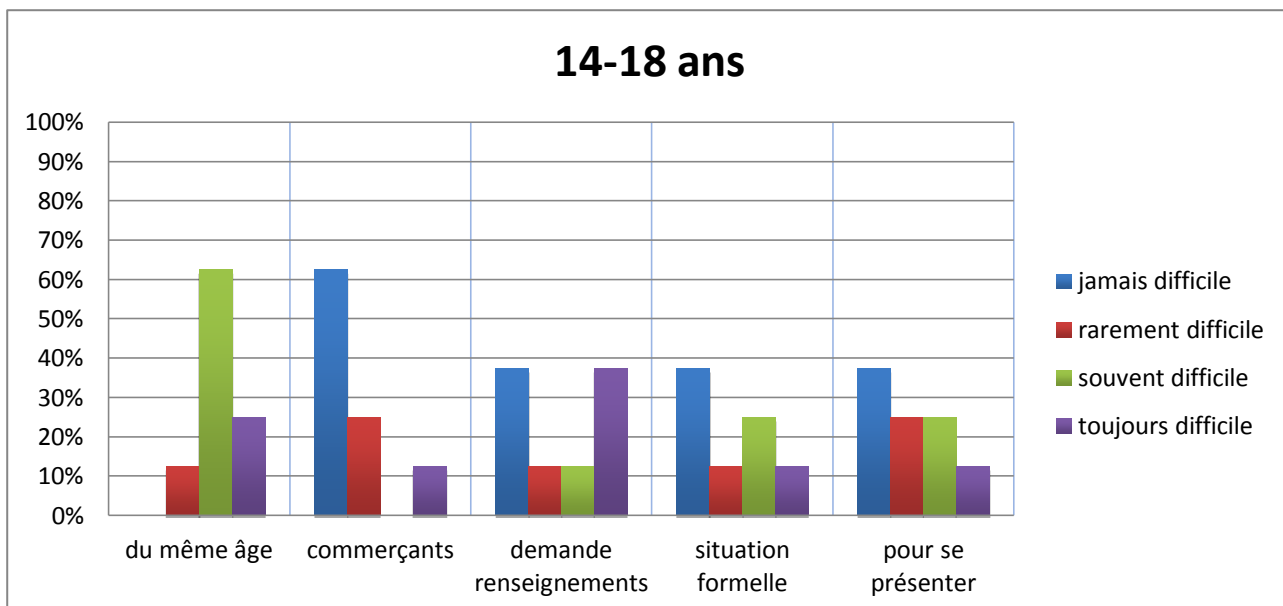
Il s'agit de savoir comment les enfants communiquent avec les personnes qu'ils peuvent rencontrer dans la vie de tous les jours mais avec qui ils n'ont pas l'habitude de communiquer.

Nous distinguons cinq situations :

- L'expression avec des enfants du même âge qu'ils ne connaissent pas ;
- Une demande à un commerçant ;
- Une demande de renseignements ;
- L'expression dans une situation « formelle » (par exemple un entretien d'embauche ou un contrôle de ticket) ;
- Une situation où il faut se présenter.



Graphique 4 : Expression dans des situations inhabituelles des 10-14 ans.



Graphique 5 : Expression dans des situations inhabituelles des 14-18 ans.

La tranche d'âge 8-10 ans n'est pas incluse dans cette analyse car ces enfants ne sont pas encore concernés par ces situations.

Parler avec des enfants du même âge semble plus complexe pour les adolescents plus âgés : 60% des enfants de 14 à 18 ans trouvent que c'est souvent difficile et 25 % toujours. Aucun des adolescents de cette tranche d'âge trouve cela toujours facile, alors qu'ils sont 38% à le penser quand ils ont entre 10 et 14 ans.

Demander quelque chose à un commerçant est en revanche toujours facile pour 60% des 14-18 ans. Ils sont 37% à le penser quand ils ont entre 10 et 14 ans, mais les réponses à cette question pour cette tranche d'âge sont tout de même beaucoup plus variées.

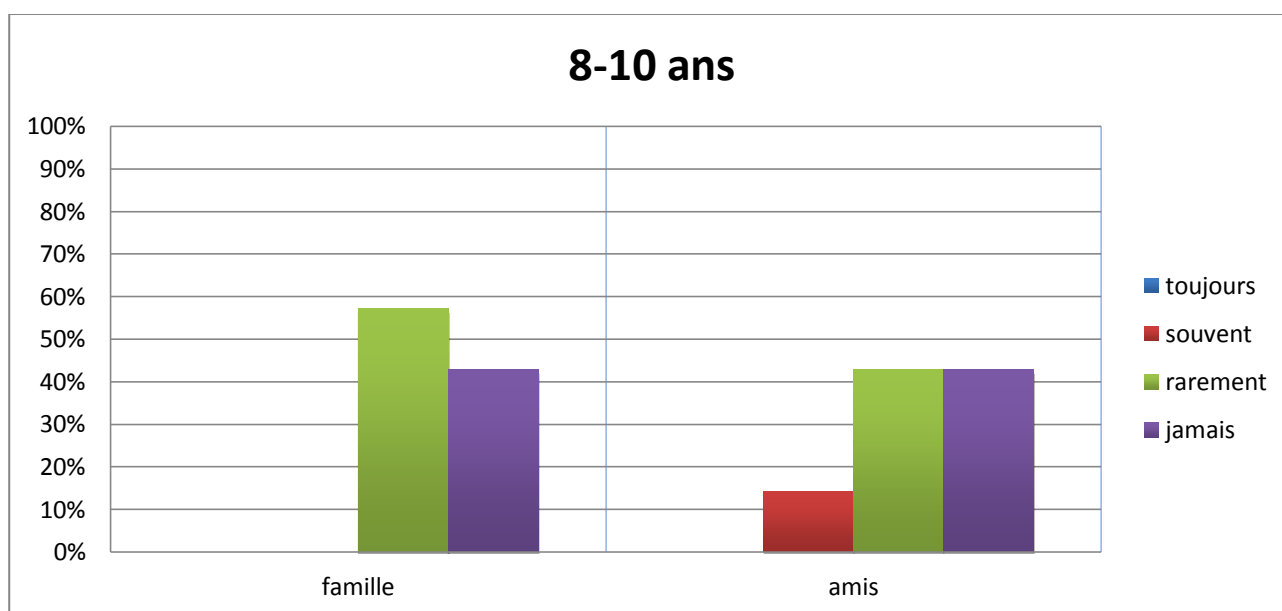
Cinq enfants sur huit du groupe des 10-14 ans n'ont jamais eu à demander un renseignement à un inconnu. Ces mêmes enfants n'ont jamais été confrontés à une situation « formelle ». Concernant ces situations, les réponses des 14-18 ans varient : 39% pensent qu'il est toujours facile de demander un renseignement à un inconnu, mais le même pourcentage pense le contraire.

39% également pensent qu'il est toujours aisé de s'exprimer dans une situation « formelle », mais 23% trouvent cela rarement facile et 13% jamais.

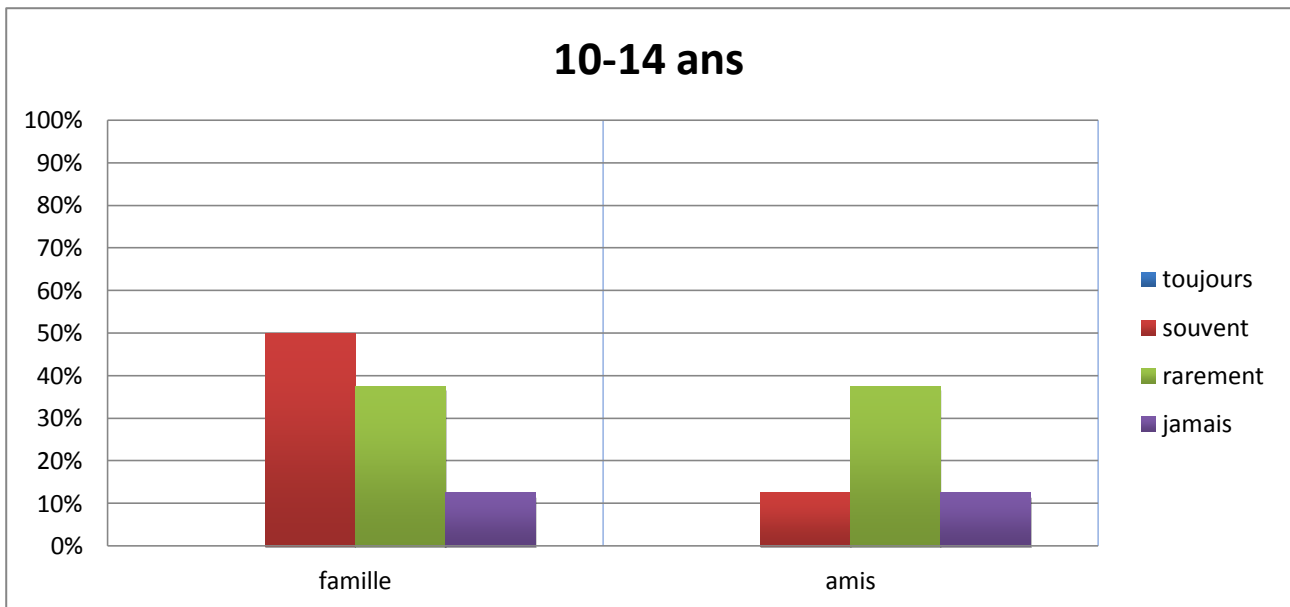
Se présenter ne semble pas vraiment complexe pour les enfants âgés entre 10 et 14 ans, puisque 50% trouvent cela toujours facile et 25% pensent que c'est souvent facile. En revanche, 25% de cette tranche d'âge estiment que c'est rarement facile. Les 14-18 ans semblent moins confiants dans cet exercice que leurs cadets, mais 39% pensent que cela est toujours facile et 25% estiment que c'est souvent facile.

3. Expression des émotions.

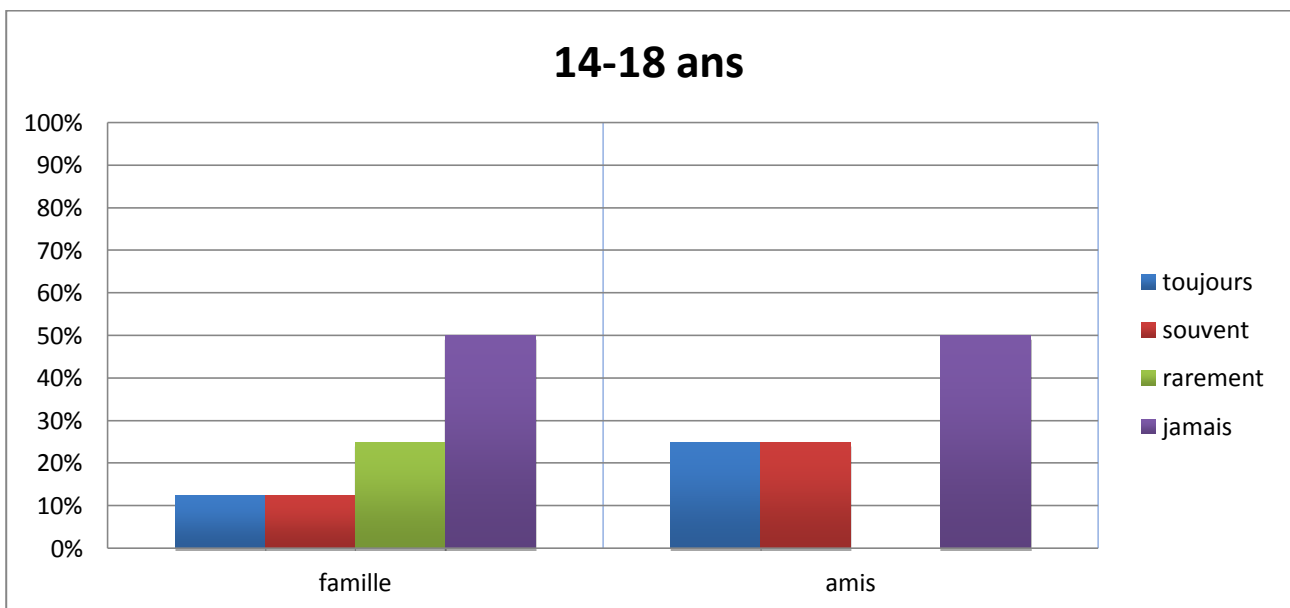
Avec ces questions, nous voulons savoir s'il est fréquent pour ces enfants de communiquer sur des sujets plus abstraits, mettant en jeu leurs pensées, leurs sentiments et leurs états d'âme. Nous cherchons également à savoir si cette fréquence varie selon que les interlocuteurs sont des membres de la famille ou des amis.



Graphique 6 : Expression des sentiments selon la fréquence des 8-10 ans.



Graphique 7 : Expression des sentiments selon la fréquence des 10-14 ans.



Graphique 8 : Expression des sentiments selon la fréquence des 14-18 ans.

Les réponses de ces enfants montrent qu'il est peu fréquent pour eux de s'exprimer sur des sujets mettant en jeu leurs émotions, que ce soit avec la famille ou les amis. 42% des 8-10 ans ne parlent jamais de leurs états d'âme, que ce soit avec leurs parents ou avec leurs amis. 58% s'expriment rarement avec leur famille et 42% rarement avec leurs amis.

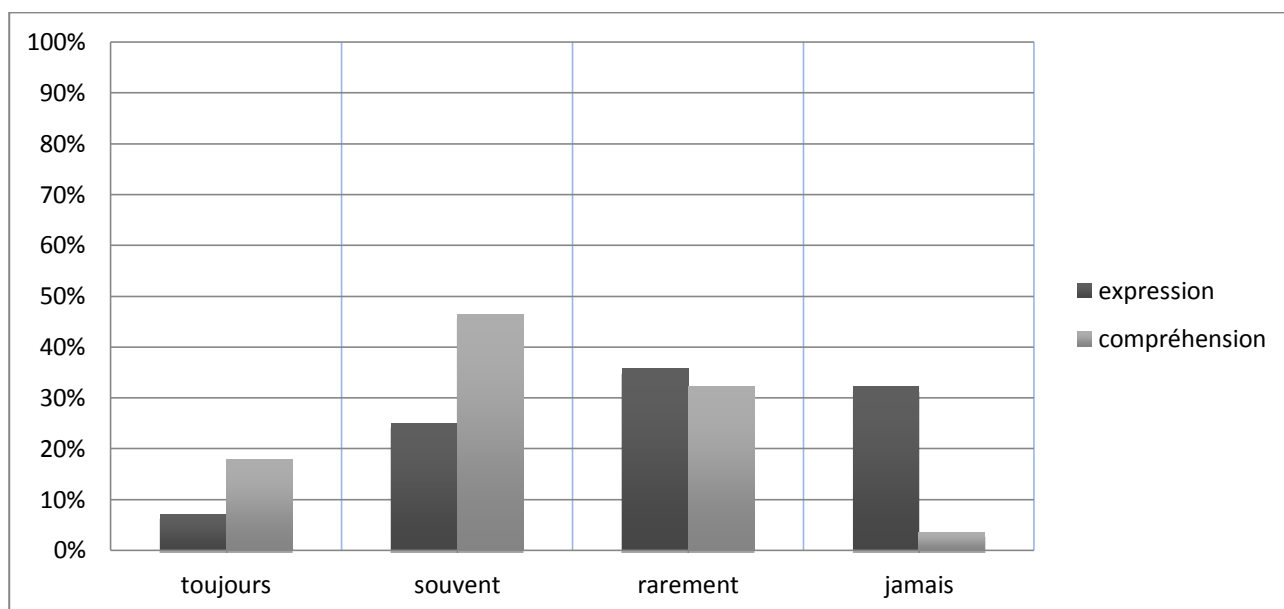
Les 14-18 ans s'expriment également peu sur ces sujets, puisque 50% disent ne jamais se confier, que ce soit à leur famille ou à leurs amis. En revanche, 25% se confient

toujours à leurs amis, et 25% le font souvent.

Si ces deux tranches d'âge se confient relativement peu à leurs parents, nous notons que 50% des 10-14 ans disent souvent le faire.

4. Expression de blagues.

Tout comme l'expression des émotions, l'expression de blagues demande un détachement par rapport à la concrétude de la réalité.



Graphique 9 : Expression et compréhension de blagues.

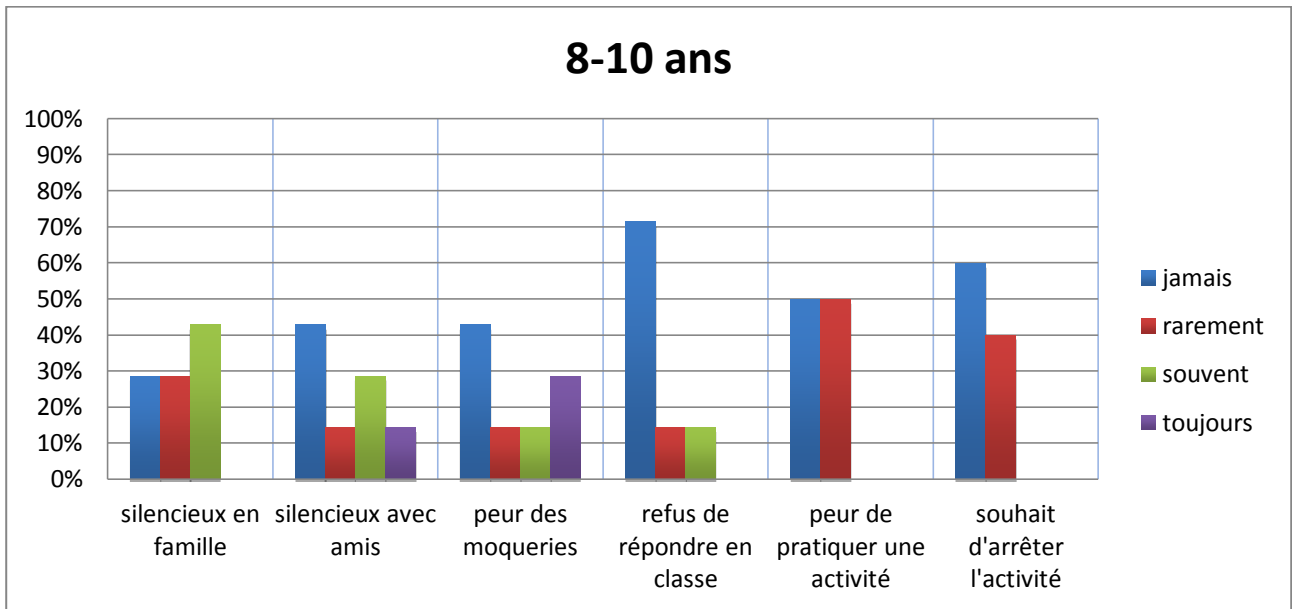
L'analyse par comparaison de classe d'âge n'a ici pas d'intérêt car les réponses sont similaires.

Nous remarquons d'après ce graphique, que 35% des enfants du panel racontent rarement des blagues et 32% jamais.

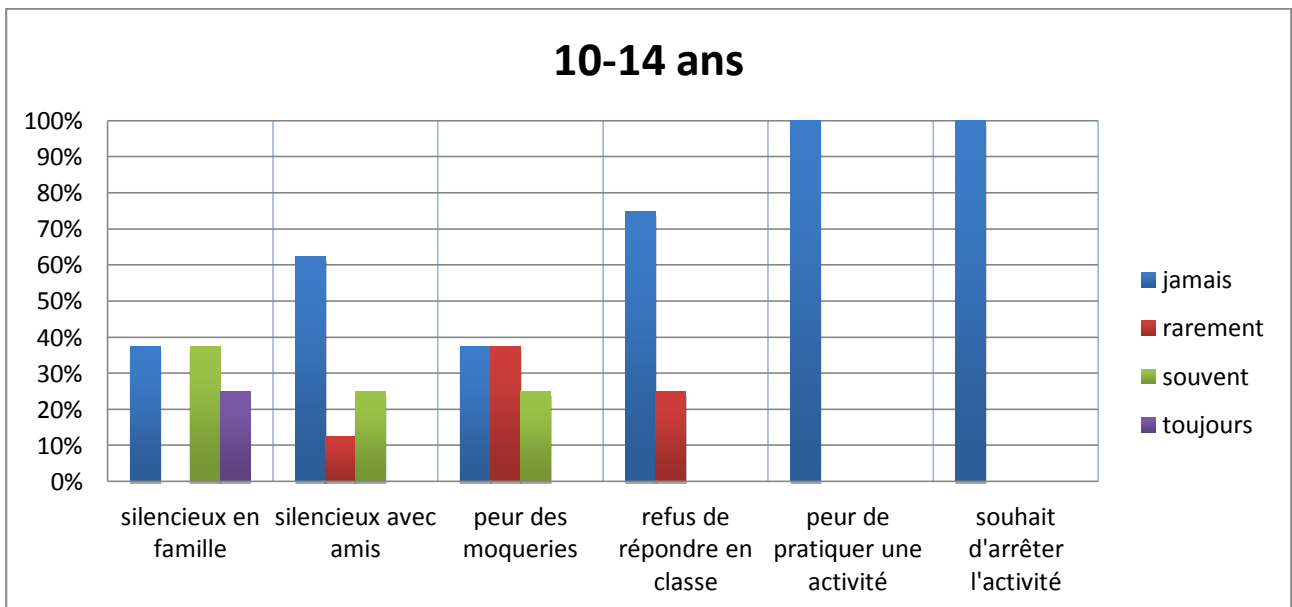
En revanche, 47% déclarent souvent les comprendre et 18% les comprennent toujours.

5. Conséquences des difficultés expressives.

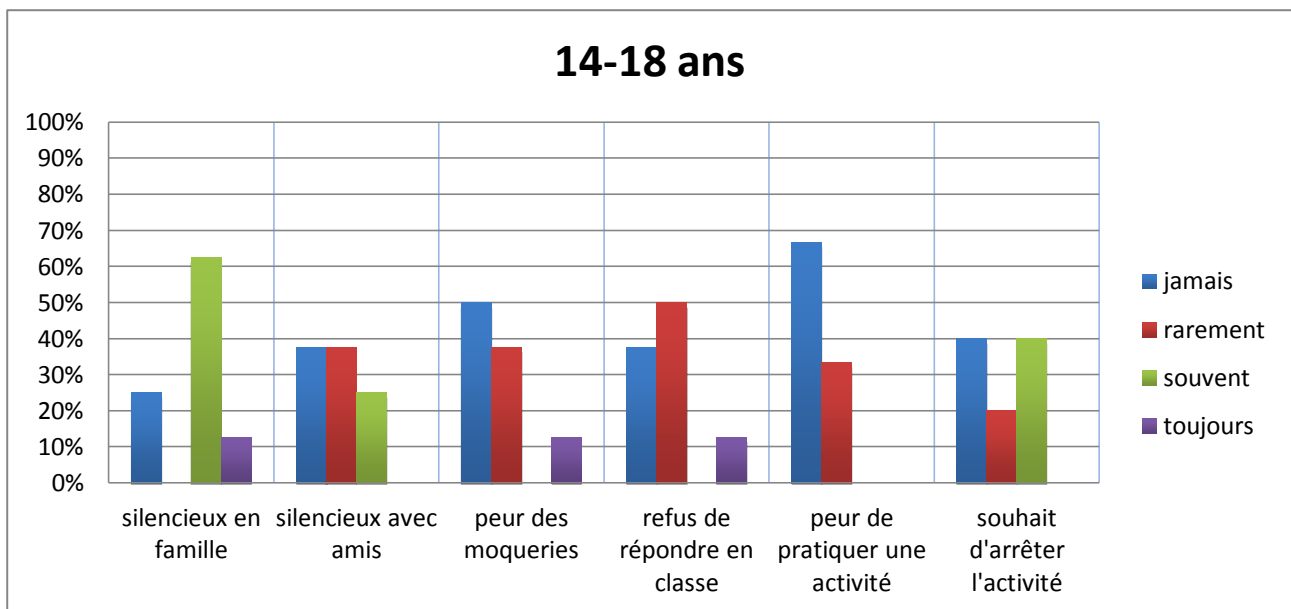
Certaines questions de l'évaluation mettent en évidence des comportements ou des pensées qui sont des conséquences directes des difficultés expressives de ces enfants.



Graphique 10: Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence des 8-10 ans.



Graphique 11: Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence des 10-14 ans.



Graphique 12: Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence des 14-18 ans.

Le fait de rester silencieux par peur de ne pas être compris semble être la conséquence la plus fréquente, d'autant plus si l'enfant est en famille.

42% des 8-10 ans, 32% des 10-14 et 62% des 14-18 ans estiment que cette situation leur arrive souvent en famille. Ils sont 25% des 10-14 ans et 13% des 14-18 ans à estimer que cette situation leur arrive toujours.

La communication avec les amis semble moins touchée par cette conséquence. 42% des 8-10 ans disent ne jamais se taire avec leurs amis. C'est le cas également de 62% des 10-14 ans et de 38% des 14-18 ans.

Dans toutes les tranches d'âge, la peur des moqueries ne semble pas être une conséquence majeure.

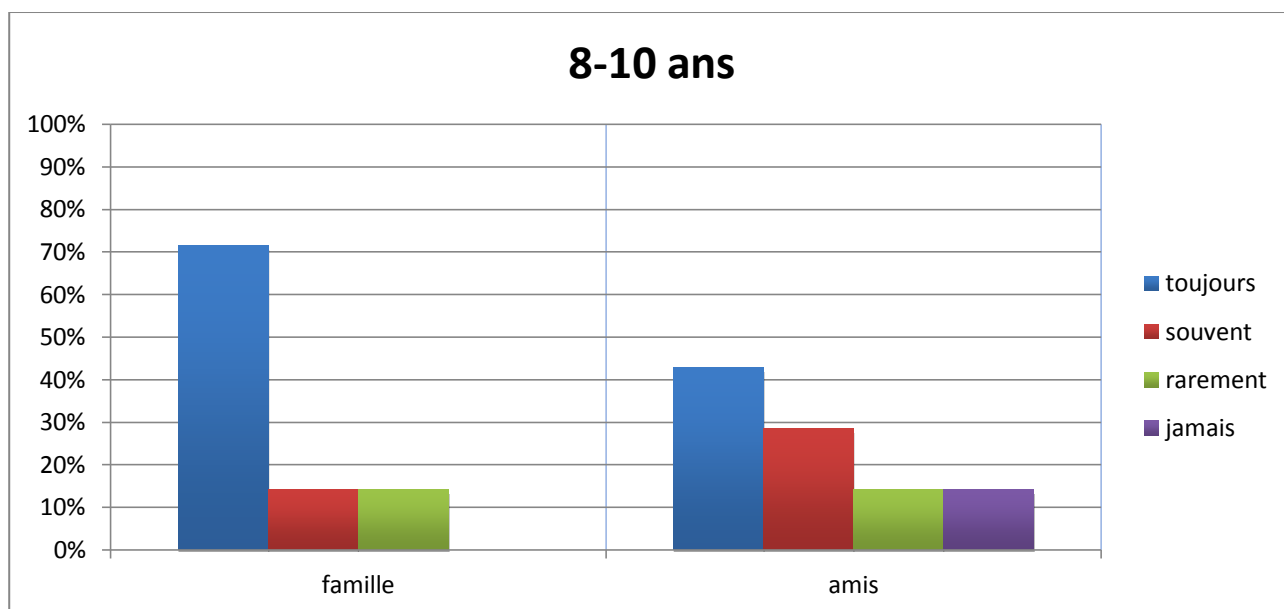
Très peu d'enfants refusent de répondre en classe à cause de leurs difficultés expressives. 70% des 8-10 ans et 75% des 10-14 ans déclarent que ça ne leur arrive jamais. 38% des 14-18 ans déclarent la même chose mais 50% déclarent que cela leur arrive rarement. Ils sous-entendent donc que cela peut arriver.

Nous remarquons également qu'il y a peu d'impact sur les loisirs. 100% des 10-14 ans ne pratiquant pas d'activités déclarent que ce n'est pas par crainte des difficultés expressives qu'ils n'en ont pas. 100% des 10-14 ans pratiquant une activité extra-scolaire n'ont jamais eu le souhait de l'arrêter à cause de leurs difficultés.

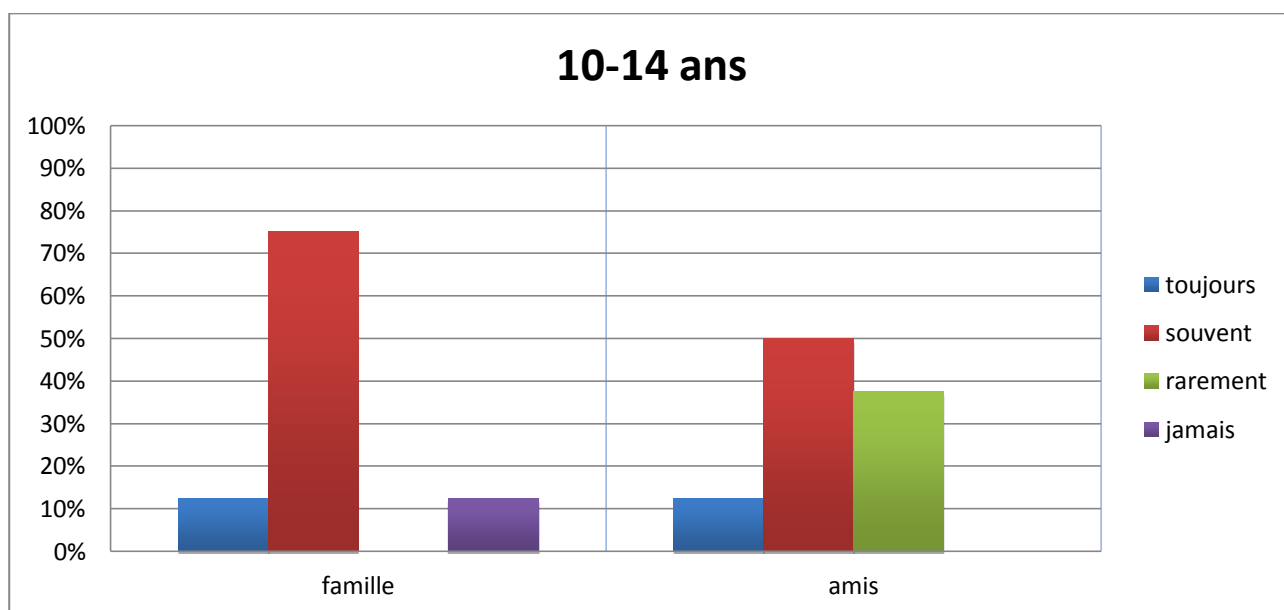
En revanche, nous notons que 40% des adolescents de 14 à 18 ans ont souvent songé à arrêter leur activité à cause de leur trouble expressif.

6. Sentiment d'être compris.

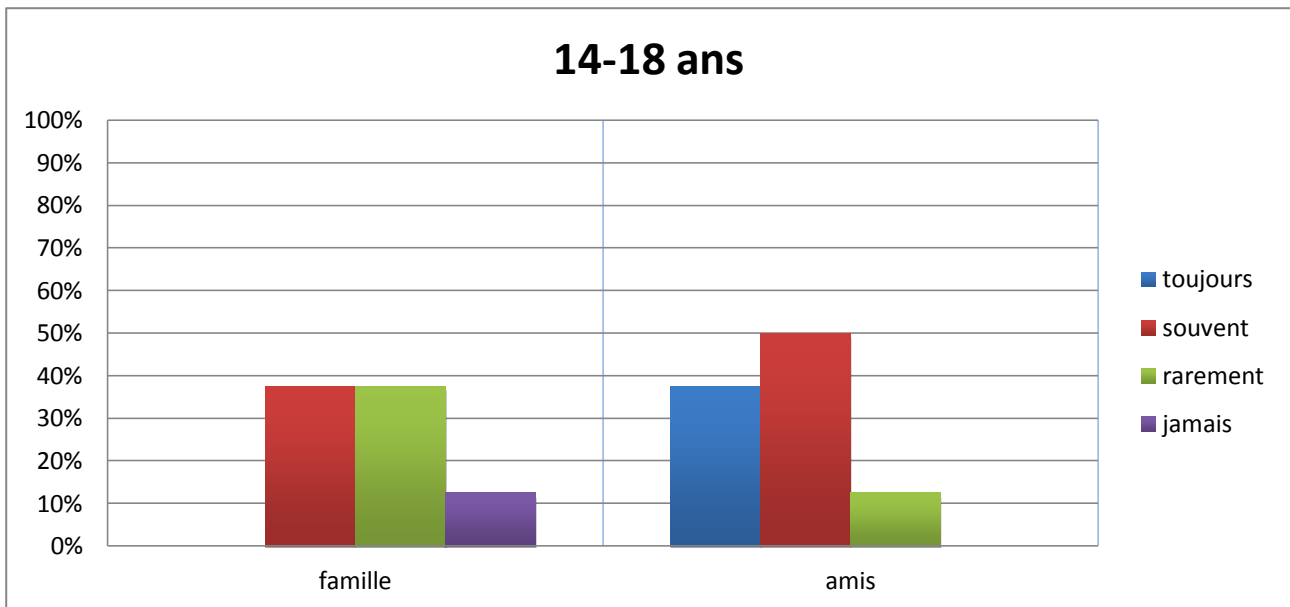
Avec ces questions, il est intéressant de noter une différence entre le jugement de leur expression et leur impression d'être compris.



Graphique 13: Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la fréquence des 8-10 ans.



Graphique 14: Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la fréquence des 10-14 ans.



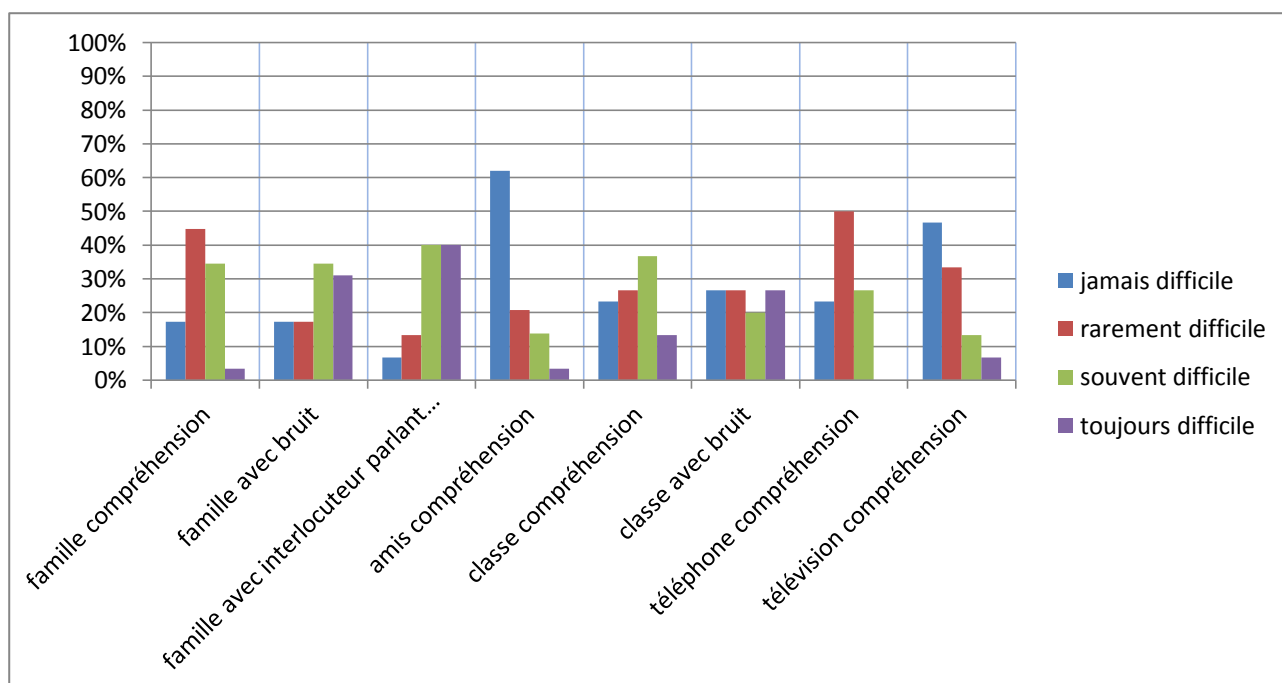
Graphique 15: Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la fréquence des 14-18 ans.

La majorité des patients ayant répondu ont toujours ou souvent le sentiment d'être compris par leur famille ou par leurs amis. En revanche 39% des 14-18 ans estiment qu'ils sont rarement compris par leur famille, et 13% pensent ne jamais être compris par elle.

7. Compréhension.

Plusieurs questions ont pour objectif de connaître le jugement des enfants et des adolescents quant à leur niveau de compréhension dans différents domaines de leur quotidien.

Ici, la comparaison par tranches d'âge ne permet pas de dégager des tendances majeures. L'analyse se fera donc sur l'ensemble des réponses.



Graphique 16: Jugement de la compréhension.

La majorité des personnes du panel pensent toujours (13%) ou souvent (43%) comprendre les membres de leur famille. En revanche, nous voyons que le bruit et le débit rapide de l'interlocuteur sont souvent un frein à la compréhension (40% déclarent être toujours gênés dans la compréhension d'un interlocuteur qui parle trop vite, 40% déclarent être souvent gênés).

Ces enfants et adolescents semblent par contre mieux comprendre leurs amis puisque 62% déclarent les comprendre toujours facilement.

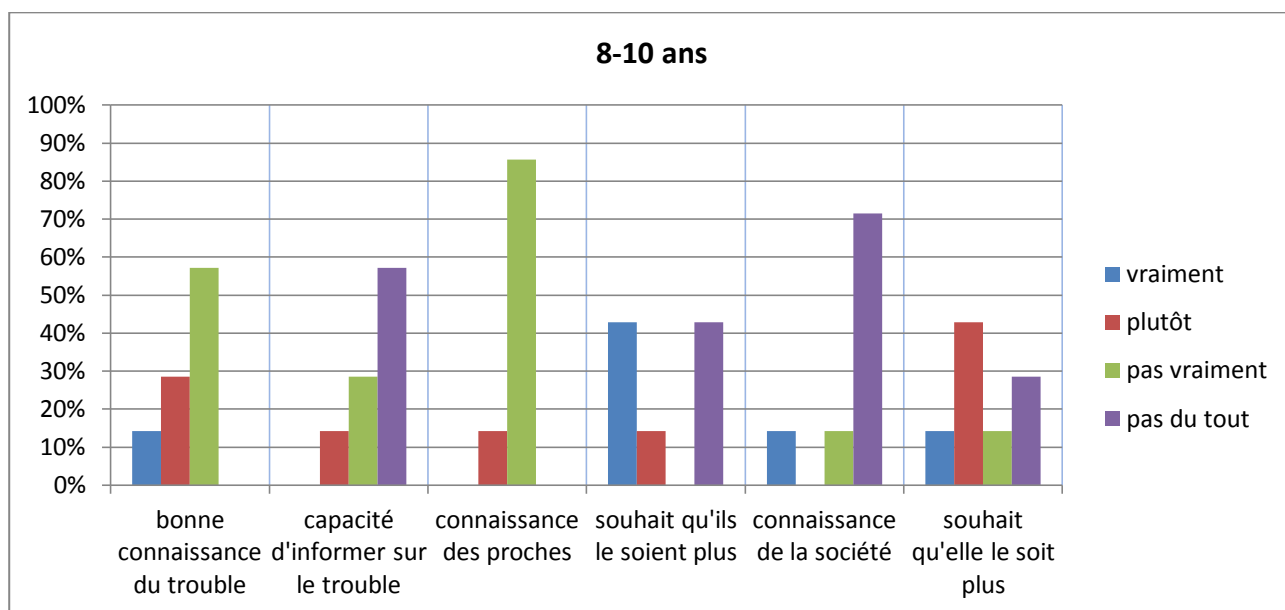
La compréhension en classe, même avec le critère du bruit, ne met pas en évidence de tendance majeure.

La compréhension des programmes à la télévision n'est jamais altérée pour 47% des enfants et ne l'est que rarement pour 32%.

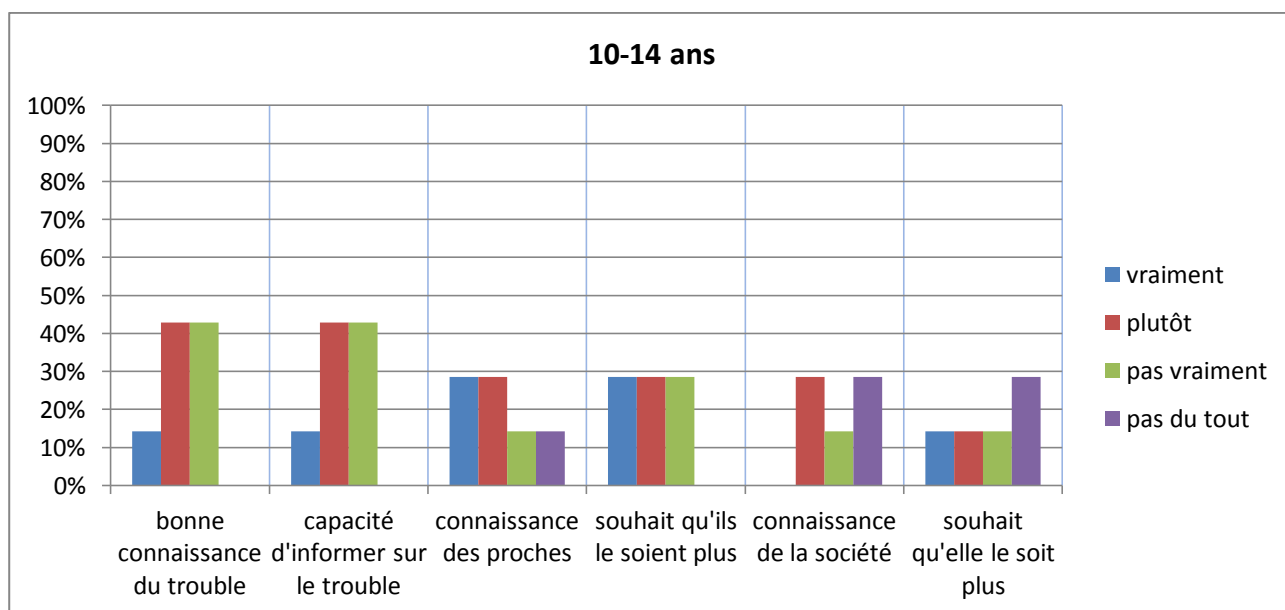
Enfin, si 28% déclarent être souvent gênés pour comprendre leur interlocuteur au téléphone, cela arrive rarement pour 50% et jamais pour 25% d'entre eux.

8. Ressenti concernant le trouble.

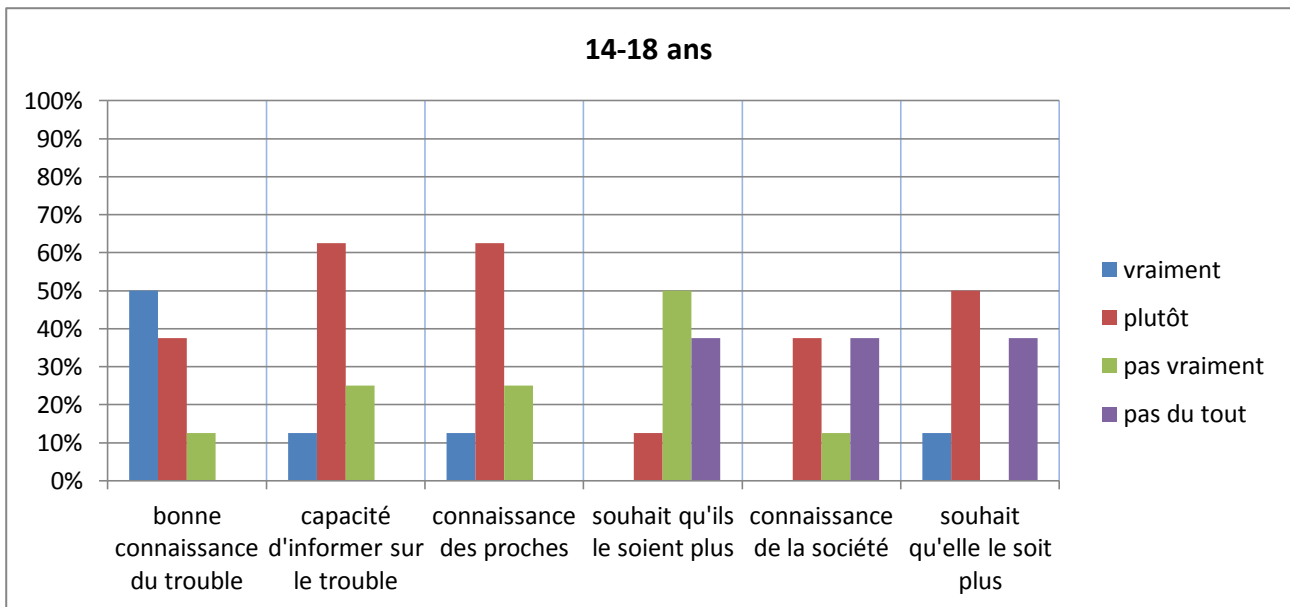
Ces questions d'ordre qualitatif permettent de mieux comprendre ce que pensent ces jeunes patients quant à leur trouble.



Graphique 17: Ressenti concernant le trouble des 8-10 ans.



Graphique 18: Ressenti concernant le trouble des 10-14 ans.



Graphique 19: Ressenti concernant le trouble des 14-18 ans.

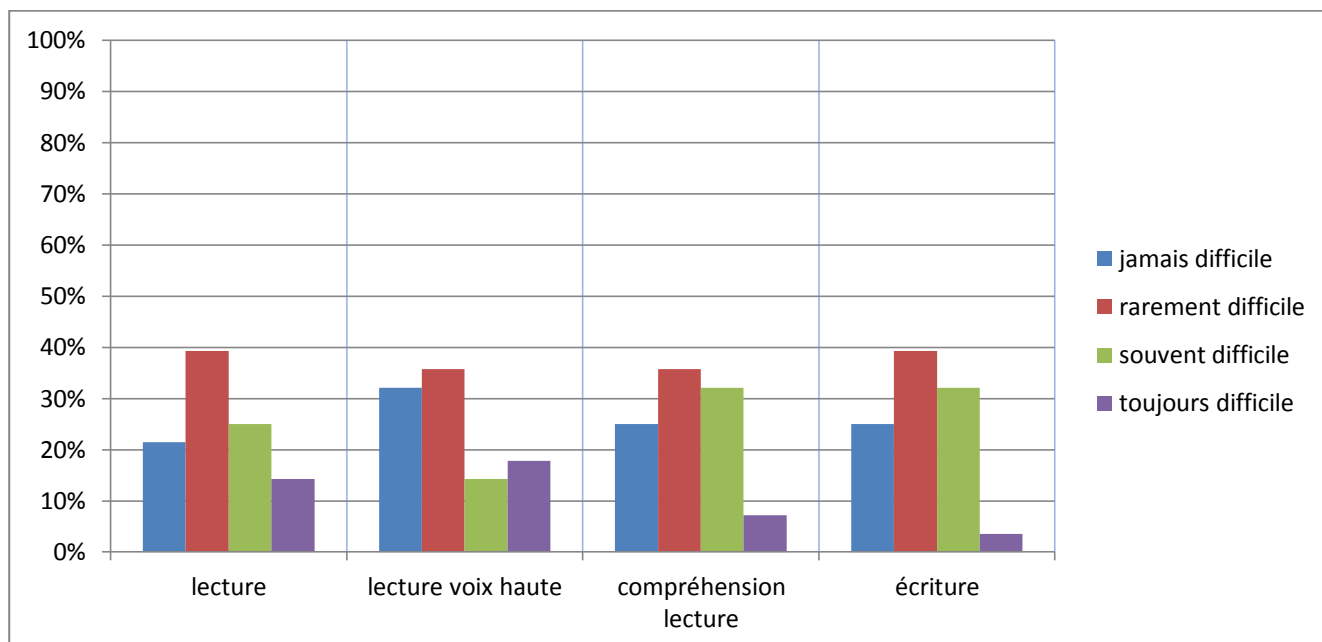
Nous pouvons voir que plus les patients augmentent en âge, plus ils estiment avoir une bonne connaissance de leur trouble du langage. En effet, cela concerne 13% des 8-10 ans alors qu'ils sont 50% entre 14 et 18 ans.

Leur capacité à informer les autres sur leur trouble semble directement liée aux réponses précédentes : 58% des 8-10 ans estiment ne pas en avoir, du tout, les capacités. En revanche, 40% des 10-14 ans et 60% des 14-18 ans pensent avoir de bonnes capacités pour informer les autres.

Ce sont également les plus jeunes qui pensent que les autres (leur entourage mais aussi la société en général) ont peu ou pas de connaissances sur les troubles du langage oral (84% des 8-10 ans pensent que leur entourage n'a pas vraiment de connaissances et ils sont 70% à estimer que la société n'a aucune connaissance sur les troubles du langage oral). En revanche 60% des 14-18 ans estiment que leurs proches ont plutôt de bonnes connaissances dans ce domaine. Ils sont plus mitigés concernant les connaissances de la société.

Enfin, il est intéressant de noter que 42% des 8-10 ans ne souhaitent pas du tout que leur entourage soit plus informé et 30% ne veulent pas que la société le soit. De la même façon 38% des 14-18 ans ne souhaitent pas du tout que leur entourage et la société soient plus informés.

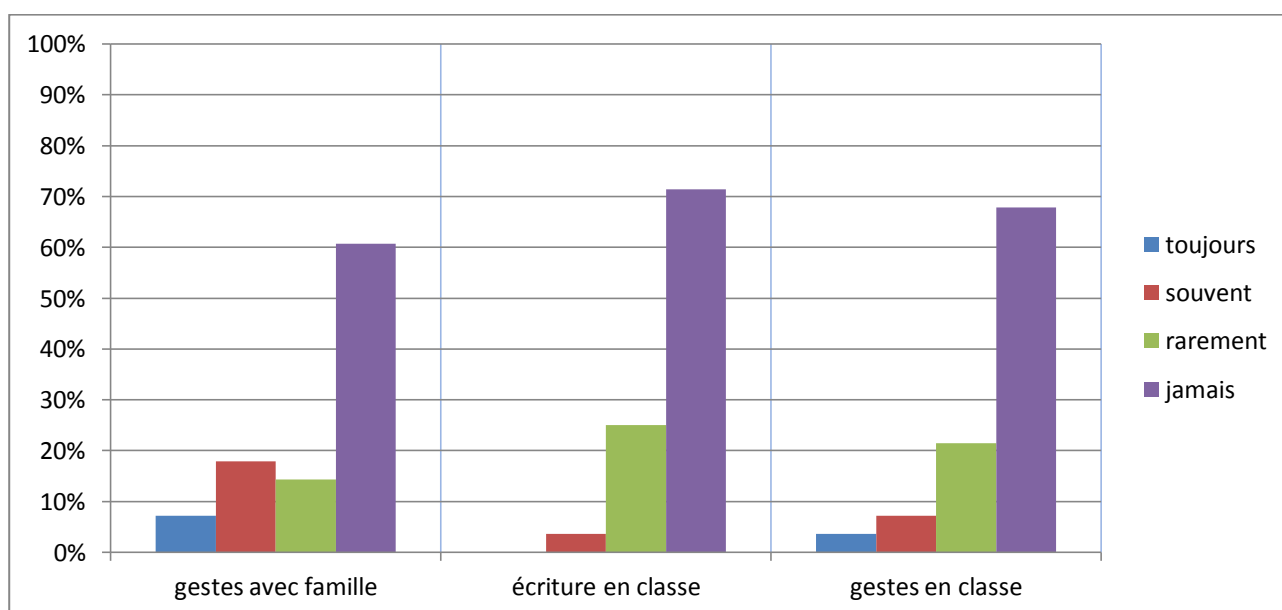
9. Langage écrit.



Graphique 20 : Capacités en langage écrit.

Nous constatons grâce à cet histogramme qu'aucune tendance du jugement de ces enfants concernant leurs capacités en langage écrit ne peut être dégagée de manière claire. Nous notons que peu d'enfants pensent que la pratique dans ces domaines est toujours difficile. Une majorité d'entre eux estiment que c'est jamais ou rarement difficile.

10. Moyens de compensation.



Graphique 21 : Moyens de compensation.

Ce graphique nous permet de voir rapidement que peu d'enfants utilisent les moyens de compensation comme les gestes ou l'écriture, que ce soit à la maison ou à l'école.

Cette partie nous a permis de constater que globalement les réponses sont assez variées selon les répondants.

Si pour certains domaines, nous pouvons dégager des tendances claires, comme pour l'expression des émotions ou des blagues, ou pour l'utilisation de moyens de compensation, nous réalisons que l'analyse de cette évaluation doit effectivement se faire de manière individuelle pour être pertinente.

B- Analyse des séances de passation.

Rapidement, en faisant passer quelques évaluations, il nous a paru plus pertinent que ce soit l'orthophoniste du patient qui s'emploie à la passation, plutôt que nous, car il est essentiel que l'enfant se sente en confiance avec la personne qui lui pose les questions. Ainsi il peut plus facilement se livrer.

Pour les trois patients auxquels nous avons proposé l'évaluation, il était plus difficile de connaître leur niveau de compréhension et de savoir quand reformuler, même si les orthophonistes qui les prenaient en charge étaient présentes.

Cependant, il est essentiel, même si l'orthophoniste connaît bien son patient, de ne pas chercher à objectiver ses réponses, le principe de cette évaluation étant de recueillir ses sentiments propres, même s'ils ne reflètent pas la réalité. En effet, nous considérons que si objectivement son expression est assez correcte pour se faire comprendre, mais que le patient dit souffrir de ses difficultés expressives, il faudra prendre en compte cette plainte dans la prise en charge.

Lors des passations, il est essentiel de débiter la séance en expliquant les objectifs de cette évaluation à l'enfant ou à l'adolescent.

1. Profil du patient 10.

Le premier patient, auquel nous avons fait passer l'évaluation, a 9 ans 3 mois au moment de la passation et est scolarisé en classe de CM1. Il est diagnostiqué dysphasique depuis décembre 2011. La séance se déroule dans le cabinet de son orthophoniste en présence de celle-ci.

Nous avons débuté la séance en lui demandant son accord pour participer à cette étude et en lui expliquant les objectifs et le principe.

Les « pastilles-réponses » lui ont été présentées et nous avons évoqué la possibilité de désigner la réponse ou de la donner oralement. La passation a duré environ 30 minutes.

Il a été souriant et coopératif, et paraissait assez bien comprendre les questions, bien qu'il ait été nécessaire de reformuler parfois. Son score additif est de 47/75.

Le profil de communication (cf. annexe 3) montre que ce patient semble bien plus en difficulté dans son expression que dans sa compréhension, sauf quand le contexte est défavorable (bruit autour de lui ou si les gens parlent trop vite).

C'est à l'école que sa compréhension semble être le plus difficile. D'ailleurs il a exprimé une grande difficulté pour comprendre ce qu'il lit, que nous pouvons rapprocher de ses difficultés scolaires. Il ne manifeste pas de difficultés réceptives dans les autres situations.

En revanche, il a exprimé des difficultés expressives dans à peu près toutes les situations proposées : au sein de sa famille, avec ses amis, à l'école et durant ses loisirs. Celles-ci sont encore plus importantes quand il s'agit d'évoquer des émotions ou des sentiments, que ce soit avec ses parents ou avec ses amis.

Il a exprimé également un manque d'initiative et un certain retrait dans ses prises de parole.

Il est à noter que ces difficultés ont cependant peu de conséquences sur son comportement ou ses agissements puisque cela ne l'empêche pas de répondre en classe ou de souhaiter continuer ses activités extra-scolaires.

Nous soulignons également que, s'il a admis avoir une expression déficitaire, il a estimé en revanche être bien compris par les autres.

Concernant son profil qualitatif, nous notons que les réponses aux trois grands thèmes sont variables.

Aux questions relatives à « l'autonomie et la socialisation », ce patient n'a pas évoqué de grandes difficultés. Il a expliqué ne jamais raconter de blagues, sans que cela ne le gêne. En revanche, nous notons qu'il a estimé avoir beaucoup d'amis, mais à la question « combien en as-tu ? », il a répondu « cinq mais seulement deux m'aiment bien ».

Malgré un jugement plutôt négatif de sa communication, il n'utilise pas plus de moyens de compensation (ni gestes, ni écriture).

Même si le diagnostic est récent, il est intéressant de noter pour le thème « ressentis concernant le trouble », que ce patient estime ne pas bien connaître la dysphasie. Il estime que son entourage et que la société en général ne connaissent pas non plus ce trouble. En revanche, il ne souhaite pas qu'ils soient plus informés.

Ce patient a répondu très volontiers aux questions, mais il a fallu le recentrer quelques fois car les « pastilles » de réponses accaparaient son attention.

2. Profil du patient 3.

Ce patient est le deuxième enfant que nous avons évalué. Il a 6 ans 6 mois au moment de la passation, qui s'est déroulée dans le même cabinet que le patient 10, en présence également de son orthophoniste. Il est scolarisé en classe de CP.

Il n'est pas diagnostiqué dysphasique, mais il souffre d'un retard sévère de parole et de langage.

Cette passation a été beaucoup plus compliquée car ce patient est plus jeune. Il paraissait assez intimidé et ne comprenait pas toujours le sens de nos questions. Souvent la reformulation n'a pas été suffisante.

Au cours de l'évaluation, il a signalé plusieurs fois son souhait d'arrêter, et en même temps il admet facilement ses grandes difficultés langagières et les conséquences qu'elles représentent sur sa vie quotidienne.

La séance a duré environ 30 minutes mais il n'a pas répondu à toutes les questions. Son score additif est de 47/75 (à savoir, le plus élevé du panel).

Son profil de communication (cf. annexe 4) révèle des difficultés expressives et réceptives, et ce, dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Il a évoqué de grandes difficultés d'expression avec sa famille et ses amis, et plus particulièrement avec ces derniers. La prise de parole dans le groupe est toujours compliquée pour lui. D'autre part, il a peur que l'on se moque de lui quand il parle, et se tait souvent par peur de ne pas être compris (c'est également le cas avec ses parents, mais c'est plutôt rare). De plus, il juge sa compréhension très moyenne quand il est dans un groupe. Il a estimé ne pas avoir du tout d'amis.

Que ce soit avec ses parents ou avec ses camarades, évoquer des émotions ou des sentiments lui semble impossible.

Si sa prise de parole est moins problématique en classe, sa compréhension reste très difficile. Il a évoqué d'ailleurs spontanément un refus de sa maîtresse de le placer plus près du bureau dans la classe, alors qu'il est très gêné par le bruit autour. En revanche, étant en CP, il n'est pas concerné par les questions abordant le langage écrit.

Ses éléments suggèrent de réelles difficultés pour ce patient, que ce soit dans le cadre familial, social ou scolaire, et qu'il s'agisse de son expression ou de sa compréhension. L'orthophoniste envisage de contacter rapidement l'enseignante et ses parents.

En revanche, il ne semble pas bien comprendre certaines questions, même après reformulation. Les items 7 et 12 « Penses-tu être compris par les autres ? » n'ont jamais pu être bien intégrés. De plus, de par son jeune âge, de nombreuses questions ne l'ont pas concerné.

Durant la passation, ce patient a bien participé, mais répondait régulièrement « je sais pas » quand il ne comprenait pas la question. De plus, assez rapidement, il a demandé quand l'évaluation se terminait et paraissait s'impatienter. Nous avons préféré arrêter avant la fin, car il ne semblait plus du tout comprendre les questions du thème « ressentis concernant le trouble », d'autant que personne n'avait évoqué un « trouble » à proprement parler avec lui.

3. Profil du patient 29.

Ce patient est le troisième patient auquel nous avons fait passer cette évaluation. Il s'agit d'un adolescent de 14 ans 11 mois au moment de la passation.

Il a été diagnostiqué dysphasique de type phonologie-syntaxique. Il est scolarisé au sein d'un collège en classe de 3^{ème}, comprenant une section ULIS.

Comme pour les autres passations, la séance a commencé en lui expliquant les objectifs de cette évaluation afin d'avoir son adhésion. Il y a participé volontiers.

Son profil de communication (cf. annexe 5) montre des difficultés dans plusieurs domaines, mais peu de réponses ont une valeur extrême (« pas du tout » ou « toujours »).

D'après lui, ce n'est jamais difficile de parler avec son entourage que ce soit ses parents ou ses amis. D'ailleurs, il a estimé être souvent bien compris par ses parents et ses amis.

En revanche, il lui est très difficile d'évoquer des sentiments ou des émotions avec eux. Il a reconnu se taire parfois quand il pense qu'il ne sera pas compris ou dans les groupes d'amis. D'autre part, la prise de parole semble encore plus difficile en classe où il est souvent compliqué pour lui de lever la main.

De même, la prise de parole est plus complexe avec des inconnus (vendeurs, enfants d'amis aux parents...) et il se sent rarement capable de se présenter.

Il a expliqué que, depuis qu'il est dans ce collège, il craignait moins que l'on se moque de lui quand il parle. En effet, cet établissement comprend de nombreux élèves avec des troubles du langage. Pour les mêmes raisons, il a expliqué qu'en 6^{ème}, il lui arrivait souvent de refuser de répondre quand on l'interrogeait mais que ça ne lui arrivait que rarement aujourd'hui.

Il juge sa compréhension assez bonne concernant ses parents et ses amis, mais éprouve plus de difficultés dans le domaine scolaire (notamment dans les matières scientifiques). D'autre part, il n'ose jamais redemander de nouvelles explications quand il n'a pas compris, et préfère revoir ses leçons avec ses parents le soir.

Ses compétences en langage écrit semblent varier selon les matières, mais il juge ses difficultés assez rares. Il préfère lire à voix haute.

Comme pour l'école, il semble plus difficile pour lui, de s'exprimer dans le cadre des activités extra-scolaires. Il s'est dit incapable d'arrêter ses activités à cause de son trouble. Toutefois, il a évoqué avoir déjà arrêté le basket et le tennis parce qu'il lui était trop difficile de s'exprimer. Il aime faire des activités en groupe, mais n'apprécie pas les sports d'équipe.

Nous notons que son ressenti concernant la dysphasie est variable. D'après lui, sa connaissance du trouble est assez bonne mais il ne serait pas vraiment capable d'informer les autres.

Ses proches ont plutôt une bonne connaissance de la dysphasie et il ne souhaiterait pas qu'ils soient plus informés. En revanche, il estime que la société en général n'a pas du tout de connaissance du trouble et il aimerait qu'elle en ait plus.

C- Suggestion d'un axe thérapeutique.

1. Présentation du patient.

Bien sûr, cette partie ne prétend pas offrir une solution de prise en charge type. Nous ne discuterons que d'axes de prise en charge possibles, qui seront établis selon les difficultés évoquées lors de la passation de l'évaluation.

Il ne s'agira pas d'exposer les principes fondamentaux de la rééducation de la dysphasie, que Gérard (1993) appelle « cibles primaires », à savoir la rééducation des troubles de la programmation, des troubles du contrôle phonologique, des troubles du contrôle sémantique, des troubles du décodage, et des troubles de la formulation.

D'ailleurs, la rééducation du patient dysphasique doit absolument s'appuyer sur les bilans objectivés et normés de son langage. Mais nous suggérons qu'une meilleure connaissance des difficultés dans sa communication quotidienne peut fournir à l'orthophoniste des méthodes plus fonctionnelles, plus personnalisées et donc mieux

acceptées par le patient.

Pour cette partie, nous avons porté notre attention sur le patient 5 car son score additif à l'évaluation est élevé (53/96) ce qui suggère qu'il éprouve beaucoup de difficultés dans sa communication au quotidien.

Le patient 5 est âgé de 8 ans 2 mois au moment de la passation et est scolarisé en CE1.

D'après, le profil de communication de ce patient (cf. annexe 6), nous voyons qu'il éprouve des difficultés dans ses productions langagières avec ses parents et encore plus avec ses « amis ». D'ailleurs, il se sent souvent incompris par ces derniers. A cause de cela, il dit se taire souvent avec sa famille par peur de ne pas être compris et tout le temps avec ses camarades. Il dit avoir toujours peur des moqueries et pense ne pas avoir du tout d'amis.

Il éprouve moins de difficultés d'expression au cours de ses activités extra-scolaires.

Il dit ne pas avoir de difficultés expressives en classe, mais explique qu'il refuse souvent de répondre.

Concernant les situations « inhabituelles », se présenter représente la situation qui le met le plus en difficulté.

L'expression des émotions ou des blagues est souvent difficile pour ce patient et il juge sa compréhension toujours ou souvent déficitaire dans tous les domaines.

D'après ce profil, nous allons maintenant tenter de fournir des axes de prises en charge fonctionnelles et adaptées à ce patient.

2. Accompagnement familial.

Au-delà d'un travail autour des troubles expressifs et réceptifs, l'orthophoniste peut suggérer à ce patient, une fois son accord obtenu, de prendre contact avec sa famille afin d'évoquer ses difficultés. Il est essentiel de travailler en partenariat avec eux, par le biais

d'un accompagnement parental.

Quelle que soit leur attitude vis-à-vis du handicap de leur enfant, que l'intervention soit tout à fait adéquate ou au contraire inadaptée, il est primordial qu'ils saisissent le ressenti de leur enfant par rapport à la communication familiale.

Comme pour toute guidance parentale, il ne s'agit, bien sûr, en aucun cas de les faire culpabiliser et il est primordial de leur faire comprendre qu'il n'y a aucun jugement dans cet accompagnement.

Dans cette optique, Monfort et Juaréz-Sanchez (2001) proposent un modèle interactif d'intervention langagière qui se décline en six points. Ces principes peuvent servir de guide à l'orthophoniste pour conseiller les parents de ce patient (tout en s'adaptant à la réalité familiale) :

- Développer les aptitudes d'observation et d'interprétation
- Réduire les interventions dirigistes
- Ajuster les attentes de la famille
- Éliminer les comportements clairement négatifs
- Améliorer l'ajustement
- Développer la capacité de stimuler l'interaction.

Dans le cas de ce patient, il n'est pas forcément question de conseiller les parents sur tous ces domaines, et ce n'est pas parce que le patient estime ne pas toujours bien comprendre ses parents, qu'ils ont un comportement clairement négatif.

Mais nous pouvons penser qu'un meilleur ajustement de leur expression (en contrôlant le rythme de parole, le rythme de l'échange, du ton et de l'expressivité, le contrôle de la longueur et de la complexité de la forme...) peut aider leur enfant à mieux les comprendre.

Pour améliorer la confiance de ce patient en ses capacités langagières, l'orthophoniste peut expliquer aux parents les mécanismes de renforcement et d'étayage, leur proposer de réduire les situations trop exigeantes et de privilégier des situations plus contrôlées afin de permettre à leur enfant d'acquérir de façon progressive et naturelle un niveau de langage qu'il pourra ensuite replacer dans des contextes plus exigeants.

3. Amélioration de l'expression.

a. Travail de la mimogestualité.

Ce patient ne se sert pas consciemment de gestes pour être mieux compris. L'orthophoniste peut donc lui présenter l'intérêt d'adopter des gestes comme moyen augmentatif de sa communication. Il ne s'agit pas d'un apprentissage formel de signes comme les gestes du Français signé, qui peuvent ne pas être signifiant pour l'entourage de l'enfant, mais davantage de s'entraîner à utiliser des gestes proches du mime pour les mots pleins.

En effet, ils peuvent sortir l'enfant d'un malentendu lors d'une demande ou lever une ambiguïté. Le patient peut également appuyer ses propos en les scandant avec des gestes.

Ce travail peut se faire de manière ludique dans le cabinet.

b. Jeux de rôle.

Les jeux de rôle peuvent permettre au patient de se préparer à des situations plurielles d'interaction. Une fois que la routine de la situation jouée est installée et comprise, l'orthophoniste peut opérer une rupture afin de préparer l'enfant à la réalité de l'échange.

Avec ce support, l'orthophoniste peut proposer une situation dans laquelle le patient devra se présenter de différentes manières.

c. Expression et compréhension des états mentaux.

Un travail spécifique peut être accompli en rééducation autour des différents états d'esprit, pensées ou paroles que l'enfant peut attribuer à des personnages. Il s'agit ici de travailler la théorie de l'esprit afin de permettre à cet enfant de mieux cerner les états mentaux d'autrui et d'améliorer par conséquent sa compréhension.

Ce travail permet également d'évoquer ses propres sentiments que lui renvoient les images ou les situations.

Le jeu de rôle ou l'utilisation de marionnettes pourrait également permettre à l'enfant d'exprimer des sentiments ou des situations qu'il ne ferait pas habituellement : parler sans timidité, invectiver, contester, agresser, câliner...

L'orthophoniste peut également proposer à ce jeune patient quelques histoires humoristiques ou ironiques afin de provoquer un échange autour de ces actes de langage particuliers et souvent difficiles à saisir pour les patients dysphasiques

4. Amélioration des relations sociales.

La difficulté de ce patient pour communiquer avec ses camarades peut également être évoquée avec ses parents. Pour améliorer les relations sociales de leur enfant, l'orthophoniste peut leur suggérer de contacter les associations de parents dysphasiques qui proposent souvent des activités ludiques ou sportives aux enfants, dans lesquelles ces derniers peuvent se rencontrer et échanger. Ce patient pourra constater qu'il n'est pas seul.

Toujours avec l'accord du patient, l'orthophoniste peut suggérer à ses parents ou à son instituteur de faire un travail d'information auprès des élèves afin d'expliquer la nature du trouble et les stratégies qu'ils peuvent utiliser pour mieux communiquer avec leur camarade. L'orthophoniste peut proposer à cet enfant de présenter lui-même ses difficultés à ses camarades à l'aide du support qu'il souhaite (un livret, un dessin, une histoire...).

Pour Monfort (2007), ce travail progressif permet d'éviter les conflits et les attitudes de rejet, et à long terme, permet même d'éveiller chez certains un sens de la coresponsabilité dans le processus d'intégration.

Une rééducation en groupe avec des patients du même âge peut également permettre à cet enfant de mieux préparer l'interaction en classe ou avec des groupes d'amis.

5. Compréhension en classe.

L'orthophoniste peut contacter l'enseignant afin d'évoquer les difficultés de compréhension de ce patient, notamment dans un environnement bruyant.

Des aménagements peuvent être suggérés à l'enseignant :

- instaurer une certaine routine sur le plan pédagogique, mais aussi spatiale et temporelle ;
- réduire la quantité de travail demandé pour diminuer la fatigabilité mais pas l'exigence ;
- mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (si ce n'est pas déjà fait) ;
- l'installer dans le champ visuel de l'enseignant, loin des fenêtres, de la porte et de tout élément distrayant ;
- attirer l'attention de l'élève en le nommant et en utilisant des phrases simples et courtes ;
- donner des consignes claires ;
- encourager tout effort...

Il est évident qu'il est difficile pour l'enseignant de développer des stratégies individuelles mais il peut faire en sorte que cet élève soit mieux intégré scolairement et socialement.

III- Discussion.

L'objectif de cette étude est de montrer les intérêts d'une évaluation fondée sur la communication de la vie quotidienne afin de fixer des axes thérapeutiques plus écologiques et plus fonctionnels.

Dans un premier temps, nous tenterons de faire une synthèse des résultats de cette étude, puis nous présenterons les limites de notre travail. Enfin, dans un troisième temps, nous déterminerons les perspectives offertes par cette étude.

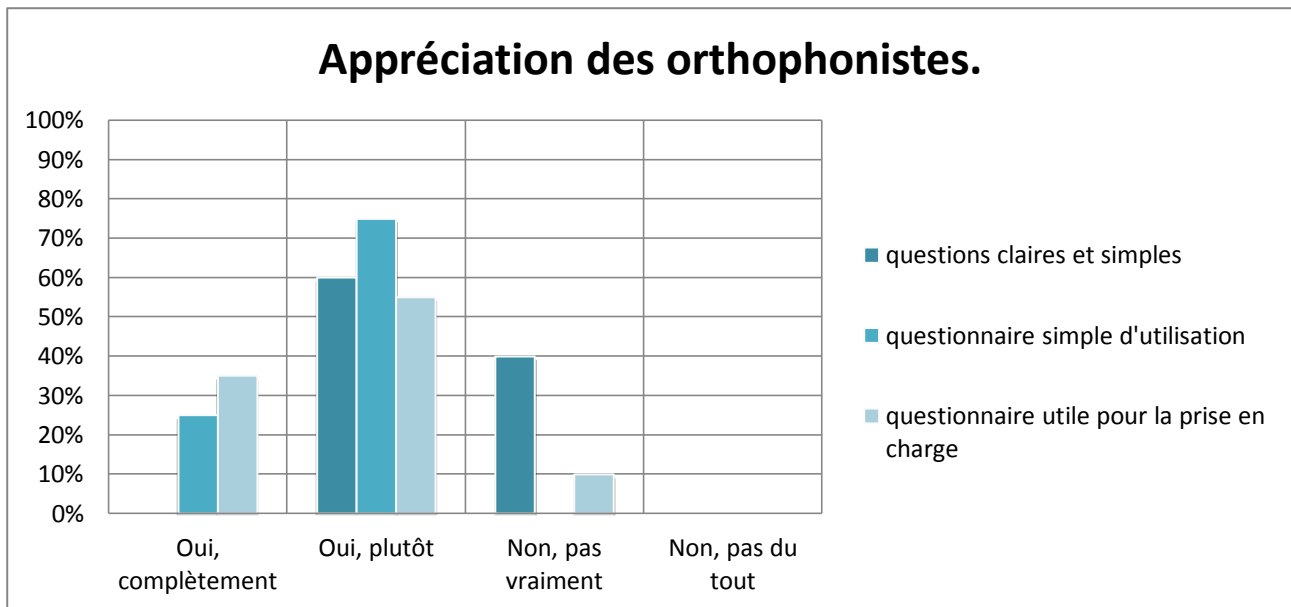
A- Synthèse des principaux résultats.

1. Concernant l'élaboration du questionnaire.

Rappelons que le principe de cette étude était d'élaborer un questionnaire permettant d'évaluer la communication des enfants et des adolescents dysphasiques dans leur vie quotidienne afin de proposer des prises en charge plus fonctionnelles et mieux adaptées aux difficultés propres à chaque patient.

Par l'observation des vingt « mini-questionnaires d'appréciation » à destination des orthophonistes, nous pensons que cet objectif est partiellement atteint. En effet, d'après 60% des orthophonistes ayant répondu, les questions sont claires et explicites pour le patient. Elles sont également 75% à trouver le questionnaire plutôt simple d'utilisation et 25% pensent qu'il l'est complètement.

D'autre part, si des modifications peuvent être apportées au questionnaire, (cf. la partie suivante : « Limites »), les orthophonistes qui l'ont utilisé sont 55% à penser qu'il est plutôt utile pour orienter la prise en charge et 35% pensent qu'il l'est complètement. En revanche, les 10% restant pensent qu'il n'est pas vraiment utile.



Graphique 22 : Appréciation des orthophonistes concernant le questionnaire.

Notons que les orthophonistes ont également particulièrement apprécié la partie concernant le ressenti du patient par rapport à son trouble. Beaucoup font part de l'intérêt que cette partie peut avoir pour engager un véritable dialogue autour des difficultés du patient.

2. Concernant les données recueillies.

Les données que nous avons recueillies peuvent être mises en relation avec les études théoriques que nous avons décrites dans la première partie.

Avant de commencer la discussion, notons que la période de l'adolescence dans laquelle se situe la plupart des sujets représente un grand bouleversement psychologique, familial et relationnel. En effet, ces adolescents ressentent généralement une volonté d'émancipation vis-à-vis de leurs parents qu'ils compensent par des liens amicaux très forts.

a. Le versant expressif.

Plus les sujets grandissent, plus ils jugent négativement leur expression avec leur famille. En revanche, avec l'âge, ils estiment que s'exprimer avec leurs amis est moins

difficile. Comme expliqué précédemment, nous pouvons supposer que cette tendance correspond à de plus grandes difficultés communicatives avec les parents en raison de l'âge. Si nous notons une plus grande conscience de leur trouble expressif avec l'âge, nous pouvons toutefois nous interroger sur celle-ci quand il s'agit de leurs productions langagières avec les amis.

Les questions relatives à l'expression au sein des activités extra-scolaires ainsi qu'en classe illustrent également le jugement plus négatif que ces adolescents ont de leurs capacités expressives avec l'âge.

Les données recueillies révèlent, comme Brinton et al. le soulevaient en 1997, que les sujets avec trouble spécifique du langage ont plus de difficultés à entrer en relation avec des enfants du même âge qu'ils ne connaissent pas, et ce phénomène s'accroît avec l'âge. En revanche, nous constatons que les sujets évoquent moins de difficultés quand il s'agit de communiquer avec des adultes inconnus, comme des commerçants ou des contrôleurs de transport...

Cette tendance peut s'expliquer par la crainte du jugement de leurs pairs qui augmente avec l'adolescence.

L'impossibilité ou les difficultés des patients dysphasiques à évoquer ce qui est absent, notamment les émotions et les pensées (Danon-Boileau, 2002) est confirmée par le recueil de données. En effet, les mots manquants, ces enfants et ces adolescents sont contraints de n'évoquer que ce qui est concret et présent.

Si l'impact sur le fonctionnement psychologique est moindre, cette théorie explique également que, majoritairement, ces enfants et ces adolescents ne racontent que rarement, voire jamais, des blagues.

Malgré leurs difficultés expressives, les données révèlent que peu de sujets utilisent consciemment des gestes pour se faire comprendre. En effet, la complexité de programmation phonologique, de choix lexical, de programmation syntaxique et de compréhension sont souvent telles que l'utilisation de gestes se surajouterait aux efforts déjà fournis dans une conversation. C'est d'ailleurs pourquoi, les enfants et les adolescents dysphasiques présentent généralement peu d'expression faciale et corporelle.

b. Sur le versant réceptif.

Comme pour l'expression, la plus grande aisance pour évoquer leurs difficultés réceptives avec la famille qu'avec leurs amis peut s'expliquer par la volonté de s'émanciper des parents et de souligner leurs liens amicaux forts.

D'autre part, les données recueillies montrent que ces sujets ont conscience que les facteurs défavorables à la compréhension (comme un environnement bruyant ou le débit rapide de l'interlocuteur) présentent un impact important sur leur communication.

En revanche, ils ont tendance à minimiser cet impact quand il s'agit des nuisances sonores en classe, soulignant ainsi leur difficulté à prendre conscience de leur handicap quand le thème met en jeu le contexte social.

Le niveau de conscience du trouble de ces sujets est également limité concernant leurs difficultés scolaires. En effet, comme le soulignent Touzin et Vaivre-Douret (1999), le trouble dysphasique est toujours associé à des troubles d'apprentissage. Or, 48% estiment que comprendre les enseignements est rarement ou jamais difficile. De plus, ils sont majoritaires à considérer que lire et écrire ne représentent pas de difficultés.

c. Les conséquences.

Nous avons observé que le fait de rester silencieux représentait la conséquence la plus importante des difficultés ressenties. Landrin et Blanc (2009) évoquent le retrait ou l'isolement social des jeunes dysphasiques en réponse aux difficultés expressives et réceptives.

Cependant, nous notons que cet isolement est relatif puisque la majorité des enfants et des adolescents de l'étude estiment avoir beaucoup d'amis et pratiquent une activité extra-scolaire.

D'autre part, si Botting et Conti-Ramsden (2008) évoquent la possibilité pour ces enfants et ces adolescents d'être la cible de moqueries, la majorité des sujets du panel ne semble pas le craindre.

B- Limites.

1. Population.

a. Le nombre de participants

Pour cette étude, il n'était pas question de normalisation ou de validation de cette évaluation, mais les sujets de l'échantillon auraient mérité d'être plus diversifiés et plus nombreux pour une meilleure représentativité de la population dysphasique.

Nous avons choisi d'effectuer une étude comparative des réponses sur le critère de l'âge mais le nombre d'enfants par classe d'âge est insuffisant pour refléter les difficultés réelles de l'enfant dysphasique à tous les âges.

D'autre part, la comparaison peut également être effectuée selon d'autres critères :

- Niveau scolaire
- Catégorie socio-professionnelle des parents
- Type de dysphasie.

b. Les limites d'âge.

Concernant les limites d'âge retenues pour l'étude, il est apparu rapidement que les enfants de 6 ans à 8 ans ont une conscience limitée de leurs difficultés langagière et de leur trouble. D'ailleurs la partie évoquant le ressenti concernant le trouble a suscité très peu de réponses de la part de ces enfants.

D'autre part, de nombreuses questions ne concernent pas des situations de leur vie quotidienne. En effet, toutes les questions évoquant la communication dans des situations « inhabituelles », comme avec des commerçants ou des contrôleurs dans les transports publics, ne peuvent être soumises aux enfants jeunes (items 30 ; 31 ; 35 ; 36). Peu de jeunes enfants se sentent également concernés par le fait de se présenter (item 37).

Enfin, certaines questions sont plus difficilement compréhensibles par des enfants jeunes

qui plus est, quand ils ont un trouble du langage. Par exemple, la question 6 « *Est-ce que tu penses que ta manière de parler te permet d'être compris ?* » a été rarement comprise par les enfants de moins de 8 ans.

Pour ces raisons, les réponses des quatre enfants âgés de 6 à 8 ans ne nous ont pas paru pertinentes pour l'étude des résultats. Il apparaît donc que cette évaluation doit être soumise à des enfants de plus de 8 ans.

2. L'évaluation.

Lors de l'élaboration du questionnaire, quelques modifications ont été effectuées au fil des passations. Mais nous pouvons encore suggérer quelques changements.

a. Sa longueur.

Bien que les questions présentes soient nécessaires, la passation peut paraître un peu longue pour les plus jeunes enfants. En effet, elle a duré toute une séance pour la plupart des enfants, et certains semblent se lasser de ce rythme sur les dernières questions.

Nous pouvons suggérer de proposer l'évaluation sur deux séances afin de ne pas imposer de contraintes temporelles au patient qui diminueraient la qualité de ses réponses.

b. Le format en cas de choix entre des questions.

Le choix de passation des items concernant les activités extra-scolaires a parfois été source d'incertitudes pour l'examineur. En effet, dans son élaboration, il a fallu s'adapter à toutes les situations qu'il était possible de rencontrer, c'est-à-dire dans laquelle les enfants pratiquaient une activité ou non, concernant des activités en groupe ou individuelle.

L'examineur devait donc opérer un choix selon la situation du patient, mais cela n'a parfois pas été compris et il interrogeait l'enfant sur toutes les possibilités, que l'activité se fasse en groupe ou non.

Pour simplifier cette passation, il semble que l'utilisation d'une page par situation soit plus aisée pour l'examineur.

c. Certaines problématiques soulevées.

Sans invoquer l'âge des patients, toutes les problématiques soulevées, notamment celles du thème « Situations autres », ne concernent pas tous les enfants du fait de leurs conditions géographiques ou sociales. Par exemple, certains enfants ne prennent jamais les transports en commun : les questions 35 et 36 ne leur parleront pas.

L'examineur devra alors trouver un exemple similaire qui soit évocateur pour le patient.

D'une manière générale, l'examineur ne doit pas hésiter à reformuler les questions qui paraîtraient obscures pour le patient et donner des exemples qui lui parleront.

d. La cotation.

Comme nous l'avons évoqué, les questions concernant les activités extra-scolaires doivent correspondre à tous les cas de figure.

Certaines questions avaient pour objectif de savoir si le patient appréciait de faire une activité en groupe, afin de comprendre si des difficultés d'ordre relationnel et social pouvaient être évoquées. De fait, la question réservée aux enfants qui ne pratiquent que des activités individuelles a le même objectif que la précédente. Pour illustrer cette idée, prenons la question 27 :

27.1 (réservée aux activités en groupe) : Est-ce facile pour toi de t'exprimer devant le groupe ?

27.2 (réservée aux activités individuelles) : Est-ce plus facile pour toi de t'exprimer seul face à un professeur/entraîneur ?

La formulation de la question concernant les enfants qui pratiquent une activité individuelle n'est pas correcte car elle suggère que la question 27.1 leur a été posée avant.

D'autre part, la cotation n'est également pas correcte, puisque si l'enfant répond

« toujours » à la question 27.2, il obtient 3 points ce qui va dans le sens d'un mauvais jugement de sa communication.

Ces questions représentent une limite à l'évaluation car, bien sûr, ce n'est pas parce que l'enfant communique toujours très bien avec son entraîneur de manière individuelle, qu'il ne communique pas correctement en groupe.

e. Les « pastilles » de réponses.

Une feuille sur laquelle sont inscrites les quatre réponses dans un cercle (« pastille ») afin que l'enfant désigne son choix et qu'il ait toujours les réponses sous les yeux, est proposée avec le questionnaire.

Nous pensions simplifier ainsi la passation et la rendre plus ludique pour les plus jeunes enfants, mais cela n'a pas fonctionné.

Les enfants étaient généralement plus attentifs à la manipulation de ces « pastilles » qu'à la réponse à fournir, ce qui compliquait la tâche puisqu'ils ne mémorisaient pas leur sens. D'autre part, il est arrivé qu'ils confondent leur réponse parce qu'ils n'avaient pas disposé les « pastilles » dans l'ordre.

Cela dit, nous pensons que le questionnaire peut présenter une forme plus ludique par la manipulation d'une échelle de réponse visuelle analogique par exemple.

f. Certains domaines à enrichir.

Des questions évaluant la capacité du patient à interpréter correctement les états mentaux d'autrui peuvent être introduites dans cette évaluation. Ce travail spécifique peut aider le patient à mieux comprendre l'autre et donc à mieux s'intégrer socialement. Pour cela, en parallèle de la question concernant l'expression des émotions, nous aurions pu nous intéresser à la compréhension du patient quant aux réactions que ses paroles peuvent susciter chez ses interlocuteurs, comme l'agressivité ou la peine.

D'autre part, cette évaluation peut être complétée par l'observation des capacités réceptives des inférences et des métaphores. Celles-ci pourront être évaluées par le PELEA (Protocole d'Evaluation du Langage Elaboré chez l'Adolescent de Boutard et Guillon, 2011). Les dysphasiques saisissent généralement avec difficulté ces actes de

langage, pourtant utilisés très fréquemment dans le discours. En revanche, il sera difficile de l'inclure dans le questionnaire car il serait trop compliqué pour ces jeunes de s'évaluer dans ces situations.

Enfin, proposer une question ouverte à la fin de chaque domaine pour savoir ce qui est le plus complexe dans la communication du patient au quotidien peut faire partie de cette évaluation afin de ne pas orienter de réponses particulières.

A l'inverse, les trois questions évoquant la communication non-verbale ne sont peut-être pas pertinentes pour l'étude, car à moins d'avoir suivi une prise en charge spécifique d'aide à la communication augmentative, il est rare que les patients aient conscience de faire des gestes, s'ils en font.

g. L'absence de questionnaire à destination des parents.

Cette recherche nous a fait prendre conscience de l'importance de l'accompagnement familial pour la prise en charge de ce trouble. En effet, l'enfant dysphasique ne peut surmonter ses difficultés communicationnelles par les seules séances d'orthophonie. Les parents, sans devenir des éducateurs ou des rééducateurs, doivent avoir conscience des difficultés et des compétences de leur enfant pour ajuster leurs exigences au quotidien. Pour cela, il aurait été intéressant, comme cela était prévu au départ, de proposer aux parents les mêmes questions qu'aux enfants afin de comparer leurs jugements des difficultés quotidiennes.

En effet, les troubles ne sont pas toujours bien perçus ou compris par l'entourage. Les renseignements apportés par ce dernier sur son ressenti et sa conduite face au handicap du patient seront d'une aide importante pour l'orthophoniste. Celui-ci pourra s'appuyer sur ces informations pour formuler des conseils adaptés dans le but de rendre la communication plus riche et efficace.

C- Perspectives.

1. Apport de cette évaluation en orthophonie.

Cette évaluation apporte une vision étendue des difficultés de communication de l'enfant. Cet outil a donc pour intérêt de permettre une évaluation globale de la communication.

De plus, elle ne s'intéresse pas seulement aux déficiences du patient, elle apporte également des informations sur le handicap vécu par le patient dans sa vie de tous les jours, ce qui n'est pas le cas de la plupart des outils d'évaluation créés en orthophonie. Ainsi, ce questionnaire répond à un réel manque en matière d'évaluation écologique de la communication.

Par ailleurs, à la suite de la passation, l'orthophoniste peut cibler précisément les déficiences et les compétences du patient et lui apporter une rééducation spécifique, propre à ses difficultés. Notons qu'il demeure important de prendre en considération tout ce qui est dit au cours de l'échange qu'induit la passation de ce questionnaire entre le thérapeute et le patient ou son entourage. En effet, cette observation qualitative est primordiale dans l'analyse des résultats.

Enfin, nous rappelons une nouvelle fois l'importance pour le thérapeute d'approfondir l'évaluation de son patient par une démarche diagnostic afin d'objectiver les troubles décrits par le patient.

2. Extensions.

En apportant les modifications évoquées dans la partie « Limites » et surtout en élargissant la population, une poursuite de cette recherche peut être intéressante afin de confirmer les tendances obtenues par des résultats statistiques.

La limite d'âge de la population recrutée devra inclure des sujets âgés de 8 ans à 20 ans

pour être pertinente. D'autre part comme nous l'avons évoqué, une comparaison entre différents critères peut être envisagée et, notamment, entre types de dysphasie.

L'expérimentation de l'efficacité d'une rééducation plus écologique et fonctionnelle peut également faire l'objet d'un prochain mémoire en réalisant une évaluation en début et en fin de période d'expérimentation. Nous pouvons notamment évoquer concernant l'accompagnement parental le programme Hanen (<http://www.hanen.org/Home.aspx>), provenant de Québec et qui consiste « à impliquer les parents à la stimulation de la communication ».

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'élaborer une évaluation de la communication en situation de vie quotidienne afin de répondre à la nécessité de considérer la subjectivité du patient dans son examen du langage. Ainsi, une prise en charge fonctionnelle et écologique pouvait ensuite être proposée.

Après avoir fait état des notions de communication et de dysphasie, l'étude théorique nous a permis de constater les conséquences plurielles qu'un défaut de communication peut engendrer sur le quotidien, que ce soit dans la sphère familiale, sociale ou scolaire. C'est pourquoi les évaluations écologiques sont de plus en plus utilisées par les rééducateurs. Cependant, encore peu d'outils pour les enfants et les adolescents sont disponibles.

Pourtant ceux-ci ont l'intérêt de tester les compétences communicatives des patients tout en s'assurant de leur adhésion. De plus, ils permettent de mettre en place des rééducations adaptées aux ressentis du patient.

L'évaluation de la communication dans des situations de vie quotidienne répond à ce besoin puisqu'elle apprécie le jugement subjectif des patients quant à leur capacité à communiquer dans leur quotidien, que ce soit sur le versant expressif ou sur le versant réceptif.

Elle évalue également le ressenti des patients quant aux conséquences des difficultés langagières sur leur vie familiale, sociale, relationnelle et scolaire.

Le langage écrit et les moyens de compensation, comme les gestes et l'écriture sont également appréhendés. Enfin, par cette évaluation, le rééducateur peut également connaître le ressenti du patient concernant son trouble.

Lors de la passation, nous avons pu montrer que les difficultés expressives et réceptives sont variables selon l'âge. Cependant, certaines tendances peuvent être

dégagées : les enfants et les adolescents dysphasiques sont majoritaires à n'exprimer que rarement, voire jamais, leurs émotions ou leurs sentiments que ce soit avec leur famille ou leurs amis. Ils comprennent généralement moins facilement leur interlocuteur dans un environnement bruyant ou si son débit est trop rapide. D'autre part, nous avons noté que la conséquence majeure de leur difficulté est de rester silencieux par peur de ne pas être compris et ils sont extrêmement peu à utiliser des moyens de compensation comme les gestes ou l'écriture. Enfin, plus ils grandissent, plus ils ont l'impression de connaître leur trouble.

La poursuite de ce travail peut s'effectuer en deux temps. Le premier concerne la validation statistique des tendances révélées dans notre étude par la passation auprès d'une population beaucoup plus large et dans laquelle tous les critères, d'âge, de niveau scolaire et de sexe, seront représentés.

Le deuxième temps peut être consacré à l'expérimentation des bénéfices d'une rééducation plus fonctionnelle et écologique qui seront évalués par la passation de l'évaluation en début et en fin de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. **American Psychiatric Association**, (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR), 4ème édition, texte révisé. Ed : Masson.
2. **Archibald, L., Gathercole, S.** (2006). Short-term and working memory in specific language impairment. *Internal Journal of Language and Communication Disorders*, vol. 41, n°6 ; 675-693.
3. **Azéma, B., Barreyre, J-Y., Chapiro, F., Jaeger, M.** (2001). *Classification Internationale des handicaps et santé mentale*. Edité par CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations), Paris.
4. **Benichou-Crochet, G., Blaudeau Guerrero, A., Gaudry, P.** (2012). Echelle de communication fonctionnelle et multimodale pour personnes aphasiques sévères : l'ECOMIM. *Les entretiens de Bichat*, 2012 ; 70-80.
5. **Bernicot, J.** (2005). Le développement pragmatique. In : Pierart, B. *Le langage de l'enfant. Comment l'évaluer?* Ed : De Boeck Université.
6. **Billard, C. et al.** (1989). Evolution du langage oral et du langage écrit dans une population de dysphasie de développement de forme expressive. *ANAE*, 1, 16-22.
7. **Billard, C.** (2004a) Modèle cognitif du langage oral. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
8. **Billard, C** (2004b). La classification des troubles du langage oral. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
9. **Billard, C.** (2004c). Les dysphasies de développement. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
10. **Billard, C.** (2004d). En pratique, le développement du langage oral : quelques repères. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.

11. **Billard, C.** (2004e). Les bases biologiques des dysphasies. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
12. **Bourel, C., Dupuis, H.** (2012). *Le jeu : un support pour une évaluation écologique du manque du mot chez des sujets aphasiques?* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université de Nantes.
13. **Boutard, C., Guillon, A.** (2011). *Protocole d'évaluation du Langage Elaboré*. Ed : Ortho Edition.
14. **Botting, N., Conti-Ramsden, G.** (2008). The role of language, social cognition, and social skill in the functional social outcomes of young adolescents with and without a history of SLI. *British Journal of Developmental Psychology* ; 2008 ; 26 ; 281-300.
15. **Brinton, B., Fujiki, M., Spencer, J-C., Robinson, L-A.** (1997). The ability of children with SLI to access and participate in an ongoing interaction. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* ; 40(5) : 1011-25.
16. **Brinton, B, Fujiki, M., McKee, L.** (1998). Negotiation skills of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(4) ; 927-940.
17. **Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., Poncet, F., Pradat-Diehl, P.** (2006). Evaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. In Pradat-Diehl, P., Peskine, A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Ed : Springer.
18. **Chevrie-Muller, C., Simon, A-M., Le Normand, M-T. Et al.** (1988). *Batterie d'évaluation psycholinguistique pour enfants de 3 à 4 ans – BEPL*. Centre de Psychologie Appliquée, Paris.
19. **Clouet, A.** (2010). *Théorie de l'esprit et compétences de communication : étude exploratoire chez des patients cérébro-lésés*. Mémoire d'Orthophonie, Université de Bordeaux.

- 20. Conti-Ramsden, G., Botting, N.** (1999). Classification of children with Specific Language Impairment : Longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* ; vol. 42 ; 1195-1204.
- 21. Coquet, F.** (2004a). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent. Méthodes et techniques de rééducation*. Ed : Ortho Edition.
- 22. Coquet, F.** (2004b). Les approches plurielles du retard de langage. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
- 23. Coquet, F.** (2005). Pragmatique : quelques notions de base. *Rééducation orthophonique : les habiletés pragmatiques chez l'enfant*, 221, 13-27.
- 24. Coste, E.** (1998). *Dysphasie et rééducation*. Thèse de médecine. Université de Bordeaux.
- 25. Danon-Boileau, L.** (2002). *Des enfants sans langage*. Ed : Odile Jacob.
- 26. Danon-Boileau, L.** (2004) Le trouble du langage et son incidence sur la personnalité d'un enfant. *A.N.A.E.*, 2004 ; 76-77 ; 98-102.
- 27. Danon-Boileau, L.** (2009). *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant*. Ed : Que sais-je?
- 28. Danon-Boileau, L.** (2010). La dysphasie, son incidence sur le processus psychique de l'enfant et sa prise en charge. *Enfance & Psy*, 2010/2 n°47 ; 115-127.
- 29. Dardier, V.** (2004). *Pragmatique et pathologie : comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Ed : Bréal.
- 30. Darrigrand, B., Mazaux, J-M.** (2000). *Echelle de Communication Verbale de Bordeaux*. Ed : Ortho Edition.
- 31. Delahaie, M** (2009). *L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressource pour les professionnels*. Saint-Denis : Inpes, 2009.

- 32. De Weck, G., Rosat, M-C.** (2003). *Troubles dysphasiques*. Ed : Masson
- 33. De Weck, G.** (2004). Les troubles pragmatiques et discursifs dans la dysphasie. *Enfance*. Vol.51, 91-106.
- 34. De Weck, G., Marro, P.** (2010). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Ed : Masson.
- 35. Fauchet, M-E., Maxès-Fournier, C., Ouirnet, C-A., Macoir, J.** (2009). Évaluation de la communication fonctionnelle des personnes aphasiques : avantages et limites de l'Échelle de communication verbale de Bordeaux. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie* - Vol. 33, N° 2, Été 2009 ; 89-98
- 36. Flagey, D.** (2003). *Mal à penser, mal à être*. Ed : Erès.
- 37. Franc, S., Gérard, C-L.,** (2004). Le devenir scolaire des enfants dysphasiques. *Dysphasies : aspects scientifiques, pédagogiques et vie quotidienne*. ANAE ; 76-77 ; 123-132.
- 38. Garnier-Lasek, D., Wavreille, F.** (2004) L'examen du langage oral. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3*. Ed : Signes Editions.
- 39. George, F.** (2007). Les dysphasies. *Rééducation orthophonique : Les dysphasies*. 230, 8-24.
- 40. Gérard, C-L.,** (1993). *L'enfant dysphasique*. Ed : De Boeck Université.
- 41. Hilton, L.** (1990). Identification et évaluation des différences pragmatiques du langage à partir de méthodes non-psychométriques. *Glossa* ; 18 ; 14-20.
- 42. Hupet, M.** (1996). Trouble de la compétence pragmatique : troubles spécifiques ou dérivés? In De Weck, G. (1996). *Troubles du développement du langage : perspectives pragmatiques et discursives*. Ed : Delachaux et Niestlé;

- 43. Jamet, F.** (2003). De la Classification Internationale du Handicap (CIH) à la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (CIF). *La nouvelle revue de l' AIS : Adaptation et Intégration Scolaire*, 22 ; 163-171.
- 44. Landrin, M-S., Blanc, R.** (2009). L'enfant avec trouble du langage : les répercussions sur son adaptation dans les relations sociales. *A.N.A.E.*, 2009 ; 101 ; 85-93.
- 45. Laval, M. E. (2004).** *Adaptation et étalonnage du test lillois de communication pour une population d'enfants traumatisés crâniens âgés de 9 à 11 ans.* Mémoire pour l'obtention du capacité d'orthophonie. Université Paris VI.
- 46. Leclerc, M-C.**, (2005) Les précurseurs pragmatiques de la communication chez les bébés. *Rééducation orthophonique : les habiletés pragmatiques.* 221; 157-169.
- 47. Leclercq, A-L., Leroy, S.** (2012). Introduction générale à la dysphasie : caractéristiques linguistiques et approches théoriques. In : Maillart, C., Schelstraete, M-A., *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation.* Ed : Elsevier Masson.
- 48. Le Normand, M-T.** (2004) Le développement du langage. In : *L'état des connaissances. Livret Langage Oral 3.* Ed : Signes Editions.
- 49. Lohisse, J.** (2001). *La communication : de la transmission à la relation.* Ed : De Boeck Université.
- 50. Loisy, C.** (2001). Le développement du langage. *Psychologie cognitive.* Source : http://www.ac-grenoble.fr/savoie/mat/group_de/pdf/dev_lang.pdf.
- 51. Maillart, C.** (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la *Children's Communication Checklist* (Bishop, 1998). *Les cahiers de la SBLU.* 13 ; 13-32.
- 52. Malo, A.** (1999). *Mesurer les capacités de communications en aphasiologie : proposition d'un test d'évaluation écologique, étude préliminaire.* Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie. Université de Nantes.

- 53. Mancini, J.** (2007). Introduction. In : Pech-Georgel, C., George, F., *Prise en charge des enfants dysphasiques*. Ed : Solal.
- 54. Marchal, F., Chevignard, M., Laurent-Vannier, A., Quentin, V.** (2006). Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne chez l'enfant. In Pradat-Diehl, P., Peskine, A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Ed : Springer.
- 55. Michallet, B., Boudreault, P., Theolis, M., Lamirande, K.** (2004) Dysphasie et fonctionnement familial : des parents nous font part de leur perception. *A.N.A.E, 2004 ; 76-77 ; 38-41*.
- 56. Miller, G.** (1956). *Langage et communication*. Ed : Presses universitaires de France.
- 57. Missoten, P.** (2005). *Etude exploratoire de la qualité de vie infantile : Elaboration d'un questionnaire destiné aux enfants de 9 à 12 ans et premiers éléments de validation*. Mémoire de licence en Sciences Psychologiques. Université de Liège.
- 58. Moeschler, J., Reboul, A.** (1994). *Dictionnaire encyclopédique de pragmatique*. Ed : Seuil.
- 59. Monfort, M., Juarez-Sanchez, A.** (1996). *L'intervention dans les troubles graves d'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Ed : Ortho Edition.
- 60. Monfort, M., Juarez-Sanchez, A.** (2001). Un modèle interactif d'intervention langagière. *Ortho magazine. 36 ; 26-29*.
- 61. Monfort, M** (2005). Troubles pragmatiques chez l'enfant : nosologie et principes d'intervention. *Rééducation orthophonique : les habiletés pragmatiques. 221 ; 85-101*.
- 62. Monfort, M., Juarez, A., Montfort-Juarez, I.** (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Ed : Ortho Edition.
- 63. Monfort, M.** (2007). Les objectifs de l'intervention langagière dans les troubles graves de l'acquisition du langage. *Rééducation Orthophonique : Les dysphasies. 230 ; 127-147*.

- 64. Organisation Mondiale de la Santé, (1994).** *CIM-10/ICD-10 ; Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Critères diagnostiques pour la recherche.* Paris : OMS-Masson.
- 65. Pech-Georgel, C. (2007).** Approche diagnostique et classification des dysphasies. In : Pech-Georgel, C., George, F. (2007). *Prise en charge rééducative des enfants dysphasiques.* Ed : Solal.
- 66. Pernon, M., Gatignol, P. (2011).** Accès au lexique oral chez l'adolescent au collège. *Glossa*, 110, 13-25.
- 67. Picq, C., Caron, E., Bruguière, P., Pradat-Diehl, P. (2006).** Approche écologique de l'évaluation mnésique. In Pradat-Diehl, P., Peskine, A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne.* Ed : Springer.
- 68. Pradat-Diehl, P., Peskine, A., Chevignard, M., (2006).** Avant-propos. Pourquoi évaluer les troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. In Pradat-Diehl, P., Peskine, A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne.* Ed : Springer.
- 69. Revol, O. (2001).** L'enfant dysphasique et l'école. *Langage oral et dysphasies de développement. ANAE., 2001 ; 61 ; 29-36.*
- 70. Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2001).** *TLC: Test Lillois de communication.* Ed : Ortho édition, Isbergues.
- 71. Schelstraete, M-A, (2012).** Implications des mécanismes d'apprentissage de régularités dans l'acquisition du langage chez l'enfant sain et dysphasique. In : Maillart, C., Schelstreat, M-A., *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation.* Ed : Masson.
- 72. Touzin, M., Vaivre-Douret, L. (1999).** Les difficultés d'apprentissage. *ADEP.* 26 ; 30-35.
- 73. Touzin, M. (2004).** Etre enfant et dysphasique. *A.N.A.E, 2004 ; 76-77 ; 13-15.*
- 74. Touzin, M. (2010).** Le langage troublé. *Enfance & Psy.* 47 ; 107-114.
- 75. Van Hout, A. (1989).** Aspects du diagnostic des dysphasies. *ANAE n°1, 11-15.*

- 76. Wald, P** (2012). La langue est un fait social. *Langage et société*. 142, 103-118.
- 77. Welniarz, B.** (2001). Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant. *Langage oral et dysphasies de développement. ANAE* : 61 ; 44-49.
- 78. Zourou, F., Magnan, A., Ecalle, J., Gonzales-Monge, S.** (2009). Caractérisation de profils langagiers et cognitifs d'enfants avec troubles spécifiques du langage (TSL). *A.N.A.E.*; 103 ; 282-290.
- 79. Zourou, F.,** (2010). Caractérisation de profils d'enfants avec Troubles Spécifiques du Langage et apprentissage de la lecture-écriture. *Thèse de doctorat en sciences cognitives, Mention psychologie cognitive*. Université Lumière Lyon 2.

TABLE DES ILLUSTRATIONS.

Table des figures :

<u>Figure 1</u> : Schéma de la communication de Jakobson (Lohisse, 2001).....	p8
<u>Figure 2</u> : Catégories cliniques selon le modèle proposé par Bishop en 2000 (Maillart, 2003)	p26
<u>Figure 3</u> : Représentation schématique du modèle de Crosson (Pech-Georgel, 2007)...	p34

Table des tableaux :

<u>Tableau 1</u> : Présentation de la population.....	p70
<u>Tableau 2</u> : Répartition de la population par tranche d'âge.....	p83

Table des graphiques :

<u>Graphique 1</u> : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 8-10 ans.....	p84
<u>Graphique 2</u> : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 10-14 ans.....	p84
<u>Graphique 3</u> : Difficultés d'expression dans quatre domaines de la vie quotidienne des 14-18 ans.....	p85
<u>Graphique 4</u> : Expression dans des situations inhabituelles des 10-14 ans	p86
<u>Graphique 5</u> : Expression dans des situations inhabituelles des 14-18 ans	p87
<u>Graphique 6</u> : Expression des sentiments selon la fréquence des 8-10 ans	p88
<u>Graphique 7</u> : Expression des sentiments selon la fréquence des 10-14 ans.....	p89
<u>Graphique 8</u> : Expression des sentiments selon la fréquence des 14-18 ans.....	p89
<u>Graphique 9</u> : Expression et compréhension des blagues.....	p90
<u>Graphique 10</u> : Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence	

des 8-10 ans.....	p91
<u>Graphique 11</u> : Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence	
des 10-14 ans.....	p91
<u>Graphique 12</u> : Les conséquences des difficultés expressives selon la fréquence	
des 14-18 ans.....	p92
<u>Graphique 13</u> : Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la	
fréquence des 8-10 ans	p93
<u>Graphique 14</u> : Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la	
fréquence des 10-14 ans	p93
<u>Graphique 15</u> : Le sentiment d'être compris par la famille et les amis selon la	
fréquence des 14-18 ans	p94
<u>Graphique 16</u> : Jugement de la compréhension.....	p95
<u>Graphique 17</u> : Ressenti concernant le trouble des 8-10 ans.....	p96
<u>Graphique 18</u> : Ressenti concernant le trouble des 10-14 ans.....	p96
<u>Graphique 19</u> : Ressenti concernant le trouble des 14-18 ans.....	p97
<u>Graphique 20</u> : Capacités en langage écrit	p98
<u>Graphique 21</u> : Moyens de compensation.....	p98
<u>Graphique 22</u> : Appréciation des orthophonistes.....	p111

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : L'évaluation de la communication dans la vie quotidienne du patient dysphasique.....	p134
<u>Annexe 2</u> : Mini-questionnaire d'appréciation pour les orthophonistes.....	p146
<u>Annexe 3</u> : profil de communication du patient 10.....	p147
<u>Annexe 4</u> : profil de communication du patient 3.....	p149
<u>Annexe 5</u> : profil de communication du patient 29.....	p149
<u>Annexe 6</u> : profil de communication du patient 5.....	p153

Annexe 1 : L'évaluation de la communication dans la vie quotidienne du patient dysphasique.

**EVALUATION DE LA COMMUNICATION DANS LA
VIE QUOTIDIENNE DU PATIENT DYSPHASIQUE.**

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Date de passation :/...../.....

Classe :

Type de dysphasie :

Examineur :

Remarques :

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



EVALUATION DE LA COMMUNICATION DANS LA VIE QUOTIDIENNE DU PATIENT DYSPHASIQUE :

proposition d'un questionnaire.

OBJECTIFS :

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer avec l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte tous les domaines et les situations de sa vie quotidienne qui le mettent en difficulté dans sa communication.

Cet outil n'est pas un test, dans la mesure où l'examineur ne doit pas objectiver les réponses du patient en fonction de ce qu'il perçoit ou de ce qu'il sait. Le fait que l'enfant ou l'adolescent se sous-estime (ou inversement) est informatif en soi et l'orthophoniste pourra en tenir compte dans sa future prise en charge.

Il comprend l'évaluation des difficultés dans cinq situations de communication :

- avec la famille
- avec les amis
- à l'école, au collège, au lycée ou à la faculté
- dans les loisirs et activités extra-scolaires
- dans diverses situations

D'autre part, une sixième partie évalue son appréciation personnelle concernant la connaissance de son trouble par lui-même et par les autres.

Ce questionnaire évalue les difficultés de l'enfant et de l'adolescent dans son expression (orale et écrite) et dans sa compréhension (orale et écrite), mais de manière subjective.

POPULATION :

Il est destiné à des enfants (à partir de 6 ans), des adolescents et des jeunes adultes dysphasiques ou souffrant d'un trouble sévère du langage oral, scolarisés ou étudiants, sans déficit cognitif.

Selon l'âge et la maturité du patient, l'orthophoniste proposera les questions 35 et 36. Si le patient n'est pas concerné par ces situations, l'examineur ne comptera pas de valeur pour ces questions et calculera un score de communication sur 96 (au lieu de 102).

PASSATION :

La tournure linguistique des questions repose volontairement sur un langage courant afin de limiter le caractère rigide du questionnaire.

La lecture des questions doit être adaptée à l'âge ainsi qu'au niveau de maturité du patient. **Il ne faut pas hésiter à reformuler la question** si le patient ne semble pas comprendre et le pousser à imaginer la situation afin d'obtenir une réponse.

Toutefois, si le patient ne parvient pas à répondre, l'orthophoniste notera « non concerné » et devra en tenir compte dans le calcul du score total en enlevant 3 points par question non présentée.

Les informations en italiques ne doivent pas être lues au patient.

Toutes les questions ont quatre choix de réponses, la plupart reposant sur la fréquence de la difficulté ou du comportement : toujours, souvent, rarement, jamais.

Cela dit, certaines questions impliquant la notion d'intensité, les réponses à fournir aux patients seront : vraiment, plutôt, pas vraiment, pas du tout.

Une échelle en couleur (cf p.13) montrant les quatre choix de réponses peut être présentée, pour éviter de répéter à chaque fois le choix de réponses et pour qu'ils puissent désigner leur réponse.



Deux types de questions sont présentés :

– **Les questions principales numérotées de 1 à 37.** Pour un report des résultats plus aisé, les réponses sont numérotées de 0 à 3. Elles sont recueillies en terme de fréquence des difficultés ou du comportement dans la situation désignée.

Ces questions renseignent l'orthophoniste sur les capacités expressives et réceptives du patient concernant :

- des actes de langage plus ou moins complexes : l'expression ou la compréhension de « banalités », de sentiments, d'émotions, de blagues...
- différents contextes : calme, bruyant...
- différentes situations de la vie quotidienne : famille, amis, salle de classe, activités extra-scolaire, courses, transport en commun...

ATTENTION : dans la partie 4, si le patient n'a pas d'activités extra-scolaires, l'examineur lui proposera les questions 24, 25, 26 ; s'il en exerce, l'examineur lui proposera les questions 27, 28, 29.

– **Les questions d'ordre qualitatif** sont colorées et triées selon le thème :

- **A** = socialisation et autonomie
- **B** = communication et moyens de compensation
- **C** = ressentis concernant le trouble

La passation du questionnaire dure entre 20 et 30 minutes.

NOTATION :

La notation se déroule en 3 temps :

– **avec les questions principales :**

– L'orthophoniste établit un profil de communication du patient en cochant la valeur 0, 1, 2, 3, sachant que 3 représente une communication déficitaire et des difficultés dans la situation alors que 0 reflète une bonne communication et des facilités dans cette situation.

Les numéros des questions dans le questionnaire ne sont volontairement pas dans le même ordre sur le profil de communication pour une meilleure analyse de celui-ci selon les domaines expressifs et réceptifs, ainsi que celui de la lecture et de l'écriture. Même si les questions sont regroupées, cela nécessite donc une recherche des numéros de questions avant de cocher les valeurs.

– L'orthophoniste peut ensuite calculer le score de communication en additionnant les valeurs de chaque réponse, sachant que le total, représentant une communication extrêmement déficitaire, est sur 105 pour la version complète et 99 pour la version réduite.

ATTENTION : si l'enfant n'est pas concerné par une question, il faudra retrancher 3 points par question au score total.

– **avec les questions d'ordre qualitatif :** l'orthophoniste reporte les réponses dans le tableau « profil qualitatif » selon les trois domaines, pour une analyse plus aisée de ces réponses. Celles-ci n'ont pas de valeur, elles informent simplement sur le caractère et le comportement du patient.



1. La famille.

En général,		Vraiment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
A1	Est-ce que tu penses être bavard(e)?				

		toujours	Souvent	Rarement	Jamais
A2	Est-ce que tu racontes souvent des blagues ou des répliques de films comiques?				
1	Et les blagues, est-ce que tu les comprends?	0	1	2	3
2	Est-ce que c'est difficile de comprendre quand il y a du bruit autour? (à la cantine ou dans un repas de famille par exemple)	3	2	1	0
3	Est-ce que c'est difficile de comprendre une personne qui te parle trop vite?	3	2	1	0

Avec tes parents, tes frères et/ou tes soeurs :		toujours	Souvent	Rarement	Jamais
4	Est-ce que c'est difficile de parler, de prononcer les mots?	3	2	1	0
5	Est-ce que tu leur parles de choses tristes ou de problèmes que tu aurais à l'école avec des copains ou la maîtresse?	0	1	2	3
6	Est-ce que tu te tais parfois parce que tu as peur de ne pas être compris(e)?	3	2	1	0
7	Est-ce que tu penses que ta manière de parler te permet d'être bien compris(e)?	0	1	2	3
A3	Est-ce que tu as l'impression que tes parents sont trop protecteurs avec toi, et que tu pourrais faire des choses seul(e) plus souvent ?				
B1	Est-ce qu'il t'arrive d'utiliser des gestes ou l'écriture quand tu n'es pas compris(e) ?				



2. Les amis.

Avec tes amis :		Ioujours	Souvent	Rarement	Jamais
8	Est-ce que c'est difficile de parler, de prononcer les mots?	3	2	1	0
9	Est-ce que tu leur parles de choses qui te tracassent, de problèmes que tu pourrais avoir à la maison par exemple ?	0	1	2	3
10	Est-ce que tu te tais parfois parce que tu as peur de ne pas être compris(e)?	3	2	1	0
11	Est-ce que c'est difficile de prendre la parole dans le groupe ?	3	2	1	0
12	Est-ce que tu penses que ta manière de prononcer les mots te permet d'être bien compris(e)?	0	1	2	3
13	Est-ce que tu as peur que l'on se moque de toi quand tu parles ?	3	2	1	0
14	Est-ce que tu comprends bien tes amis quand vous êtes en groupe?	0	1	2	3

		Vraiment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
A4	Est-ce que tu penses avoir beaucoup d'amis? Combien en as-tu ?				



3. Activités scolaires

<i>(Concernant son expression)</i>		toujours	Souvent	Rarement	Jamais
15	Est-ce que c'est difficile pour toi de lever le doigt pour prendre la parole en classe?	3	2	1	0
B2	Est-ce qu'on te propose d'écrire ce que tu veux dire?				
B3	Est-ce que tu fais des gestes quand tu n'es pas compris?				
16	T'arrive-t-il de refuser de répondre quand on t'interroge?	3	2	1	0

<i>(Concernant sa compréhension)</i>					
17	As-tu des difficultés pour comprendre ce que dit le maître/le professeur en classe?	3	2	1	0
18	Si tu n'as pas compris, est-ce que tu oses demander de nouvelles explications?	0	1	2	3
19	Est-ce que le bruit dans la classe te dérange beaucoup pour comprendre ?	3	2	1	0

<i>(Concernant sa lecture)</i>					
20	As-tu des difficultés pour lire?	3	2	1	0
21	Est-ce que lire à voix haute est très difficile?	3	2	1	0
22	Est-ce que tu comprends bien ce que tu lis?	0	1	2	3

<i>(Concernant son écriture)</i>					
23	As-tu des difficultés pour écrire?	3	2	1	0



4. Activités extra-scolaires.

As-tu des activités en dehors de l'école?

OUI

NON

Si NON,

		Vraiment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
A5	Est-ce que tu aimerais avoir une activité (tennis, danse, piano...)?				
24	As-tu peur des activités de groupe?	3	2	1	0
25	As-tu peur de devoir parler dans une activité?	3	2	1	0
26	As-tu peur de ne pas comprendre les consignes d'un entraîneur/ d'un professeur?	3	2	1	0

Si OUI, quelle(s) est/sont l/les activité(s) que tu aimes?.....

.....

Cocher selon sa réponse: *Activité à faire en groupe* *Activité individuelle*

Barre les lignes qui ne correspondent pas à la question précédente :

Activité à faire en groupe.

Activité individuelle

		Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
A5	Est-ce que tu aimes faire une activité en groupe?				
A5	Est-ce que tu aimes faire une activité seul(e), avec un professeur?				
27	Est-ce facile pour toi de t'exprimer devant le groupe?	0	1	2	3
	Est-ce plus facile pour toi de t'exprimer seul face à un professeur/entraîneur?	3	2	1	0
28	Est-ce qu'il t'arrive de vouloir arrêter cette activité parce qu'il est trop difficile pour toi de t'exprimer?	3	2	1	0
29	Est-ce qu'il t'arrive de vouloir arrêter cette activité parce qu'il est trop difficile de comprendre les consignes?	3	2	1	0



5. Situations autres.

		l'oujours	Souvent	Rarement	Jamais
30	Te sens-tu à l'aise pour parler quand tu rencontres des personnes que tu ne connais pas, par exemple des enfants d'amis de tes parents?	0	1	2	3
31	Est-ce que c'est facile pour toi de demander au vendeur ce que tu veux quand tu fais des petites courses, comme aller chercher du pain par exemple?	0	1	2	3
32	Est-ce que tu réponds facilement au téléphone ?	0	1	2	3
33	Est-ce que tu comprends ce qu'on te dit quand on te parle au téléphone?	0	1	2	3
34	A la télé, est-ce que des programmes sont plus difficiles à comprendre pour toi? (<i>normalement adaptés à son âge</i>)	3	2	1	0
35	Est-ce que c'est difficile de demander la route, dans les transports en commun par exemple?	3	2	1	0
36	Est-ce que c'est difficile pour toi de t'exprimer lors d'une situation imprévue ou nouvelle, un entretien d'embauche pour un job d'été ou lors d'un contrôle des tickets dans un transport en commun?	3	2	1	0
37	Est-ce que tu es capable de te présenter?	0	1	2	3



6. Concernant l'information de ce trouble.

Pour conclure,		Vraiment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
C1	Est-ce que tu as l'impression de bien connaître ton trouble du langage?				
C2	Te sens-tu capable, toi, d'informer les autres sur la dysphasie ?				
C3	As-tu l'impression que les gens qui t'entourent sont assez informés de tes difficultés?				
C4	Aimerais-tu qu'ils le soient plus?				
C5	Penses-tu que les gens en général sont assez informés sur ce trouble?				
C6	Aimerais-tu qu'ils le soient plus?				



PROFIL DE COMMUNICATION DE

SCORE / 96 **ou** / 102 **ou** /

E X P R E S S I O N	Famille	4- difficultés expression :	0	1	2	3
		5- émotions :	0	1	2	3
		6- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		7- difficultés pour se faire comprendre :	0	1	2	3
	Amis	8- difficultés expression :	0	1	2	3
		9- émotions :	0	1	2	3
		10- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		11- prise de parole dans groupe :	0	1	2	3
		12- pense être bien compris :	0	1	2	3
	École	15- prise de parole :	0	1	2	3
		16- refus de répondre :	0	1	2	3
	Loisirs	24- peur d'une activité en groupe :	0	1	2	3
		25- peur de parler :	0	1	2	3
		27- difficulté d'expression :	0	1	2	3
		28- souhait d'arrêter :	0	1	2	3
	Autres	30- difficultés expression avec inconnus :	0	1	2	3
		31- difficultés expression avec commerçants :	0	1	2	3
		32- difficultés pour répondre au téléphone :	0	1	2	3
		35- demande renseignements à inconnus :	0	1	2	3
36- expressions lors de situations nouvelles :		0	1	2	3	
37- se présenter :		0	1	2	3	
C O M P R E H E N S I O N	Famille	1- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		2- difficultés quand bruits autour :	0	1	2	3
		3- ... quand les gens parlent trop vite :	0	1	2	3
	Amis	14- difficultés compréhension :	0	1	2	3
	École	17- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		18- demande d'explication :	0	1	2	3
		19- difficultés quand bruit :	0	1	2	3
	Loisirs	26- peur de ne pas comprendre :	0	1	2	3
		29- souhait d'arrêter :	0	1	2	3
	Autres	33- compréhension au téléphone :	0	1	2	3
		34- compréhension télévision :	0	1	2	3
	LECTURE	20- difficultés à lire :	0	1	2	3
21- difficultés à lire à voix haute :		0	1	2	3	
22- difficultés compréhension :		0	1	2	3	
ECRITURE	23- difficultés pour écrire :	0	1	2	3	



PROFIL QUALITATIF DES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES :

		Complète ment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
AUTONOMIE ET SOCIALISATION	A1- Bavard?				
	A2- Expression des blagues?				
	A3- parents trop protecteurs ?				
	A4-Beaucoup d'amis?				
	A5- Si pas d'activités, est-ce que tu aimerais avoir une activité ?				
	A5- Apprécie faire une activité en groupe?				
	A5-Apprécie faire une activité seul(e), avec un professeur?				
MOYENS DE COMPENSATION	B1- Utilisation gestes ou écriture en famille ?				
	B2-Utilisation écriture en classe?				
	B3-Utilisation gestes en classe?				
RESENTIS CONCERNANT LE TROUBLE	C1- Bonne connaissance personnelle du trouble ?				
	C2- Capacité d'informer les autres sur la dysphasie ?				
	C3- Connaissances des proches concernant ses difficultés ?				
	C4- Aimerais qu'ils le soient plus?				
	C5- Connaissances de la société concernant ses difficultés et son trouble ?				
	C6- Aimerais qu'ils le soient plus?				



Les pastilles de réponse :

OUI
TOUJOURS

OUI
SOUVENT

NON
RAREMENT

NON
JAMAIS



Annexe 3 : Profil de communication du patient 10.

		PROFIL DE COMMUNICATION DE patient 10				
SCORE	 / 96	ou/ 102	ou	48 / 98
E X P R E S S I O N	Famille	4- difficultés expression :	0	1	2	3
		5- émotions :	0	1	2	3
		6- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		7- difficultés pour se faire comprendre :	0	1	2	3
	Amis	8- difficultés expression :	0	1	2	3
		9- émotions :	0	1	2	3
		10- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		11- prise de parole dans groupe :	0	1	2	3
		12- pense être bien compris :	0	1	2	3
	Ecole	15- prise de parole :	0	1	2	3
		16- refus de répondre :	0	1	2	3
	Loisirs	24- peur d'une activité en groupe :	0	1	2	3
		25- peur de parler :	0	1	2	3
		27- difficulté d'expression :	0	1	2	3
		28- souhait d'arrêter :	0	1	2	3
	Autres	30- difficultés expression avec inconnus :	0	1	2	3
		31- difficultés expression avec commerçants :	0	1	2	3
		32- difficultés pour répondre au téléphone :	0	1	2	3
		35- demande renseignements à inconnus :	0	1	2	3
36- expressions lors de situations nouvelles :		0	1	2	3	
37- se présenter :		0	1	2	3	
C O M P R E H E N S I O N	Famille	1- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		2- difficultés quand bruits autour :	0	1	2	3
		3- ... quand les gens parlent trop vite :	0	1	2	3
	Amis	14- difficultés compréhension :	0	1	2	3
	École	17- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		18- demande d'explication :	0	1	2	3
		19- difficultés quand bruit :	0	1	2	3
	Loisirs	26- peur de ne pas comprendre :	0	1	2	3
		29- souhait d'arrêter :	0	1	2	3
	Autres	33- compréhension au téléphone :	0	1	2	3
		34- compréhension télévision :	0	1	2	3
	LECTURE	20- difficultés à lire :	0	1	2	3
		21- difficultés à lire à voix haute :	0	1	2	3
22- difficultés compréhension :		0	1	2	3	
ECRITURE	23- difficultés pour écrire :	0	1	2	3	

PROFIL QUALITATIF DES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES :

Patient 10

		Complete ment	Plutot	Pas vraiment	Pas du tout
AUTONOMIE ET SOCIALISATION	A1- Bavard?		✗		
	A2- Expression des blagues?				✗
	A3- parents trop protecteurs ?		✗		
	A4-Beaucoup d'amis?	✗			
	A5- Si pas d'activités, est-ce que tu aimerais avoir une activité ?				
	A5-Apprécie faire une activité en groupe?	✗			
	A5-Apprécie faire une activité seul(e), avec un professeur?				
MOYENS DE COMPENSATION	B1- Utilisation gestes ou écriture en famille ?				✗
	B2-Utilisation écriture en classe?				✗
	B3-Utilisation gestes en classe?			✗	
RESSENTIS CONCERNANT LE TROUBLE	C1- Bonne connaissance personnelle du trouble ?			✗	
	C2- Capacité d'informer les autres sur la dysphasie ?				✗
	C3- Connaissances des proches concernant ses difficultés ?			✗	
	C4- Aimerais qu'ils le soient plus?				✗
	C5- Connaissances de la société concernant ses difficultés et son trouble ?				✗
	C6- Aimerais qu'ils le soient plus?				✗



Annexe 4 : Profil de la communication du patient 3.

		PROFIL DE COMMUNICATION DE patient 3				
SCORE	 / 96	ou / 102	ou	47 / 75
E X P R E S S I O N	Famille	4- difficultés expression :	0	1	2	③
		5- émotions :	0	1	2	③
		6- silencieux si difficultés :	0	①	2	3
		7- difficultés pour se faire comprendre :	0	①	2	3
	Amis	8- difficultés expression :	0	1	②	3
		9- émotions :	0	1	2	③
		10- silencieux si difficultés :	0	1	②	3
		11- prise de parole dans groupe :	0	1	2	③
		12- pense être bien compris :	0	1	2	③
		13- peur des moqueries :	0	1	2	③
	École	15- prise de parole :	0	①	2	3
		16- refus de répondre :	①	1	2	3
	Loisirs	24- peur d'une activité en groupe :	0	1	2	3
		25- peur de parler :	0	1	2	3
		27- difficulté d'expression :	0	1	2	③
		28- souhait d'arrêter :	①	1	2	3
	Autres	30- difficultés expression avec inconnus :	0	1	②	3
		31- difficultés expression avec commerçants :	0	1	2	3
		32- difficultés pour répondre au téléphone :	0	1	2	③
35- demande renseignements à inconnus :		0	1	2	3	
36- expressions lors de situations nouvelles :		0	1	2	3	
37- se présenter :		0	1	2	3	
C O M P R E H E N S I O N		Famille	1- difficultés compréhension :	0	1	②
	2- difficultés quand bruits autour :		0	1	2	③
	3- ... quand les gens parlent trop vite :		0	1	2	③
	Amis	14- difficultés compréhension :	0	1	②	3
	École	17- difficultés compréhension :	0	1	②	3
		18- demande d'explication :	①	1	2	3
		19- difficultés quand bruit :	0	1	2	③
	Loisirs	26- peur de ne pas comprendre :	0	1	2	3
		29- souhait d'arrêter :	①	1	2	3
	Autres	33- compréhension au téléphone :	①	1	2	3
34- compréhension télévision :		①	1	2	3	
LECTURE	20- difficultés à lire :	0	1	2	3	
	21- difficultés à lire à voix haute :	0	1	2	3	
	22- difficultés compréhension :	0	1	2	3	
ECRITURE	23- difficultés pour écrire :	0	1	2	3	

PROFIL QUALITATIF DES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES :

Patient 3

		Complète ment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
AUTONOMIE ET SOCIALISATION	A1- Bavard?				✗
	A2- Expression des blagues?			✗	
	A3- parents trop protecteurs ?	✗			
	A4-Beaucoup d'amis?				✗
	A5- Si pas d'activités, est-ce que tu aimerais avoir une activité ?				
	A5- Apprécie faire une activité en groupe?		✗		
	A5-Apprécie faire une activité seul(e), avec un professeur?				
MOYENS DE COMPENSATION	B1- Utilisation gestes ou écriture en famille ?				✗
	B2-Utilisation écriture en classe?				
	B3-Utilisation gestes en classe?				✗
RESSENTIS CONCERNANT LE TROUBLE	C1- Bonne connaissance personnelle du trouble ?				✗
	C2- Capacité d'informer les autres sur la dysphasie ?				✗
	C3- Connaissances des proches concernant ses difficultés ?				
	C4- Aimerais qu'ils le soient plus?				
	C5- Connaissances de la société concernant ses difficultés et son trouble ?				
	C6- Aimerais qu'ils le soient plus?				



Annexe 5 : Profil de la communication du patient 29.

		PROFIL DE COMMUNICATION DE patient 29.				
SCORE	 / 96	ou	44 / 102	ou /
E X P R E S S I O N	Famille	4- difficultés expression :	0	1	2	3
		5- émotions :	0	1	2	3
		6- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		7- difficultés pour se faire comprendre :	0	1	2	3
	Amis	8- difficultés expression :	0	1	2	3
		9- émotions :	0	1	2	3
		10- silencieux si difficultés :	0	1	2	3
		11- prise de parole dans groupe :	0	1	2	3
		12- pense être bien compris :	0	1	2	3
	École	13- peur des moqueries :	0	1	2	3
		15- prise de parole :	0	1	2	3
	Loisirs	16- refus de répondre :	0	1	2	3
		24- peur d'une activité en groupe :	0	1	2	3
25- peur de parler :		0	1	2	3	
27- difficulté d'expression :		0	1	2	3	
Autres	28- souhait d'arrêter :	0	1	2	3	
	30- difficultés expression avec inconnus :	0	1	2	3	
	31- difficultés expression avec commerçants :	0	1	2	3	
	32- difficultés pour répondre au téléphone :	0	1	2	3	
	35- demande renseignements à inconnus :	0	1	2	3	
	36- expressions lors de situations nouvelles :	0	1	2	3	
C O M P R E H E N S I O N	Famille	37- se présenter :	0	1	2	3
		1- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		2- difficultés quand bruits autour :	0	1	2	3
	Amis	3- ... quand les gens parlent trop vite :	0	1	2	3
		14- difficultés compréhension :	0	1	2	3
	École	17- difficultés compréhension :	0	1	2	3
		18- demande d'explication :	0	1	2	3
		19- difficultés quand bruit :	0	1	2	3
	Loisirs	26- peur de ne pas comprendre :	0	1	2	3
		29- souhait d'arrêter :	0	1	2	3
Autres	33- compréhension au téléphone :	0	1	2	3	
	34- compréhension télévision :	0	1	2	3	
LECTURE	20- difficultés à lire :	0	1	2	3	
	21- difficultés à lire à voix haute :	0	1	2	3	
	22- difficultés compréhension :	0	1	2	3	
ECRITURE	23- difficultés pour écrire :	0	1	2	3	

PROFIL QUALITATIF DES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES :

Patient 29

		Complète ment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
AUTONOMIE ET SOCIALISATION	A1- Bavard?			✗	
	A2- Expression des blagues?			✗	
	A3- parents trop protecteurs ?	✗			
	A4-Beaucoup d'amis?	✗			
	A5- Si pas d'activités, est-ce que tu aimerais avoir une activité ?				
	A5-Apprécie faire une activité en groupe?	✗			
	A5-Apprécie faire une activité seul(e), avec un professeur?				
MOYENS DE COMPENSATION	B1- Utilisation gestes ou écriture en famille ?			✗	
	B2-Utilisation écriture en classe?				✗
	B3-Utilisation gestes en classe?				✗
RESSENTIS CONCERNANT LE TROUBLE	C1- Bonne connaissance personnelle du trouble ?		✗		
	C2- Capacité d'informer les autres sur la dysphasie ?			✗	
	C3- Connaissances des proches concernant ses difficultés ?		✗		
	C4- Aimerais qu'ils le soient plus?				✗
	C5- Connaissances de la société concernant ses difficultés et son trouble ?				✗
	C6- Aimerais qu'ils le soient plus?			✗	




Annexe 6 : Profil de la communication du patient 5.

		PROFIL DE COMMUNICATION DE patient 5				
		SCORE	53 / 96	ou / 102	ou
E X P R E S S I O N	Famille	4- difficultés expression :	0	1	(2)	3
		5- émotions :	0	1	(2)	3
		6- silencieux si difficultés :	0	1	(2)	3
		7- difficultés pour se faire comprendre :	(0)	1	2	3
	Amis	8- difficultés expression :	0	1	2	(3)
		9- émotions :	0	1	(2)	3
		10- silencieux si difficultés :	0	1	2	(3)
		11- prise de parole dans groupe :	0	1	2	(3)
		12- pense être bien compris :	0	1	(2)	3
		13- peur des moqueries :	0	1	2	(3)
	École	15- prise de parole :	(0)	1	2	3
		16- refus de répondre :	0	1	(2)	3
	Loisirs	24- peur d'une activité en groupe :	0	1	2	3
		25- peur de parler :	0	1	2	3
		27- difficulté d'expression :	0	(1)	2	3
		28- souhait d'arrêter :	(0)	1	2	3
	Autres	30- difficultés expression avec inconnus :	0	(1)	2	3
		31- difficultés expression avec commerçants :	(0)	1	2	3
		32- difficultés pour répondre au téléphone :	0	(1)	2	3
35- demande renseignements à inconnus :		0	1	2	3	
36- expressions lors de situations nouvelles :		0	1	2	3	
37- se présenter :		0	1	2	(3)	
C O M P R E H E N S I O N	Famille	1- difficultés compréhension :	0	1	(2)	3
		2- difficultés quand bruits autour :	0	1	2	(3)
		3- ... quand les gens parlent trop vite :	0	1	2	(3)
	Amis	14- difficultés compréhension :	0	1	(2)	3
	École	17- difficultés compréhension :	0	1	2	(3)
		18- demande d'explication :	0	(1)	2	3
		19- difficultés quand bruit :	0	1	2	(3)
	Loisirs	26- peur de ne pas comprendre :	0	1	2	3
		29- souhait d'arrêter :	(0)	1	2	3
	Autres	33- compréhension au téléphone :	0	(1)	2	3
		34- compréhension télévision :	0	1	(2)	3
	LECTURE	20- difficultés à lire :	(0)	1	2	3
21- difficultés à lire à voix haute :		(0)	1	2	3	
22- difficultés compréhension :		0	(1)	2	3	
ECRITURE	23- difficultés pour écrire :	0	1	(2)	3	



PROFIL QUALITATIF DES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES :

Patient 5

		Complète ment	Plutôt	Pas vraiment	Pas du tout
AUTONOMIE ET SOCIALISATION	A1- Bavard?				✗
	A2- Expression des blagues?			✗	
	A3- parents trop protecteurs ?		✗		
	A4-Beaucoup d'amis? 			✗	
	A5- Si pas d'activités, est-ce que tu aimerais avoir une activité ?				
	A5-Apprécie faire une activité en groupe?	✗			
	A5-Apprécie faire une activité seul(e), avec un professeur?				
MOYENS DE COMPENSATION	B1- Utilisation gestes ou écriture en famille ?				✗
	B2-Utilisation écriture en classe?				✗
	B3-Utilisation gestes en classe?				✗
RESENTIS CONCERNANT LE TROUBLE	C1- Bonne connaissance personnelle du trouble ?			✗	
	C2- Capacité d'informer les autres sur la dysphasie ?				✗
	C3- Connaissances des proches concernant ses difficultés ?			✗	
	C4- Aimerais qu'ils le soient plus?	✗			
	C5- Connaissances de la société concernant ses difficultés et son trouble ?	✗			
	C6- Aimerais qu'ils le soient plus?				

