



HAL
open science

La prise en charge des enfants dysphasiques : analyse et recherche des bénéfices d'un diagnostic précoce d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un apprentissage de la lecture anticipé

Hélène Andrieux

► To cite this version:

Hélène Andrieux. La prise en charge des enfants dysphasiques : analyse et recherche des bénéfices d'un diagnostic précoce d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un apprentissage de la lecture anticipé. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-01513822

HAL Id: dumas-01513822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01513822>

Submitted on 25 Apr 2017

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

Ecole d'orthophonie

LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DYSPHASIQUES

ANALYSE ET RECHERCHE DES BENEFICES

D'UN DIAGNOSTIC PRECOCE

D'UNE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE INTENSIVE

ET D'UN APPRENTISSAGE DE LA LECTURE ANTICIPE

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

Hélène ANDRIEUX

Née le 21 février 1974 à Epinay sur Seine

Directeur : Mme Karine ESKINAZI, orthophoniste

Co-Directeur : Dr Christian RICHELME, neuro-pédiatre

NICE- Année Universitaire 2010/2011

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Karine ESKINAZI pour avoir dirigé ce mémoire. Je la remercie pour ses conseils, sa disponibilité, sa patience et son soutien qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements s'adressent à Monsieur Christian RICHELME ainsi qu'à l'équipe du « Centre de Référence des troubles du langage » pour leur gentillesse, leur accueil et leur aide.

Merci à mes Kubackiss, mon équipe de choc pour vos encouragements, votre indéfectible soutien et votre patience sans limite.

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE

A. Dysphasie- définitions- classification et troubles associés

1. Définitions	
1.1. Définition par exclusion.....	2
1.2. Définition par évolution.....	3
1.3. Définition par spécificité des symptômes.....	5
2. Classifications	
2.1. Classification selon Rapin et Allen.....	6
2.2. Classification de Gérard.....	7
3. Hypothèses explicatives	
3.1. Hypothèses psychopathologiques.....	11
3.2. Hypothèses linguistiques et cognitivistes.....	13
3.3. Hypothèse génétique.....	14
3.4. Hypothèses neurologiques.....	16
4. Troubles associés	
4.1. Troubles cognitifs.....	17
4.2. Troubles perceptifs.....	18
4.3. Troubles psychomoteurs.....	19
4.4. Troubles du comportement.....	19

B. Diagnostic difficultés et enjeux- Le bilan orthophonique

1. Diagnostic Différentiel	
1.1. Dysphasie et retard de langage.....	21
1.2. Dysphasie et déficience intellectuelle.....	24
1.3. Dysphasie et surdité.....	25
1.4. Dysphasie et psychose infantile.....	25
1.5. Frontières des dysphasiques : apraxies et dyspraxies.....	27
1.6. Chronologie du diagnostic différentiel.....	27

2. Signes d'appel précoce de la dysphasie	
2.1. Critères linguistiques.....	28
2.2. Critères comportementaux.....	29
2.3. Critères cognitifs et perceptifs.....	29
3. Les bilans	
3.1. Les bilans médicaux.....	30
3.2. Le bilan orthophonique.....	31
3.3. L'importance du diagnostic précoce.....	34
4. Annonce du diagnostic et guidance parentale	
4.1. Annonce du diagnostic.....	36
4.2. L'éducation thérapeutique	37

C. Prise en charge orthophonique des dysphasies

1. Le principe de précocité et d'intensité	
1.1. Principe d'intensité.....	41
1.2. Principe de précocité.....	42
2. Axes de prise en charge	
2.1. Correction des mécanismes atteints.....	43
2.2. Développement des stratégies de compensation.....	48
2.3. Systèmes augmentatifs.....	49
3. Apprentissage de la lecture	
3.1. Les apports de la lecture sur le langage de l'enfant Dysphasique.....	58
3.2. Langage écrit : difficultés et limites.....	61

D. Le devenir de l'enfant dysphasique : l'enfant dysphasique et l'école

1. Connaissances actuelles- Etude de S. Franc et CL Gérard.....	63
2. Quelles perspectives pour la scolarité des enfants dysphasiques Le rapport Ringard.....	68
3. Les dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaire- la jungle des signes Et des acronymes.....	69
4. Adaptation scolaire pour une meilleure intégration.....	72

PARTIE PRATIQUE

A. Le diagnostic

1. L'âge du diagnostic.....83
2. Début de la prise en charge orthophonique.....85
3. Délai entre le début de la prise en charge et le diagnostic de dysphasie.....88
4. Répercussion du diagnostic de dysphasie sur la prise En charge de l'enfant.....92

B. La scolarité

1. Structures scolaires fréquentées.....98
2. Les aides scolaires.....102
3. Le redoublement.....107
4. Dysphasie et école- conclusion.....115

C. La prise en charge orthophonique

1. Le principe de précocité.....117
2. Le principe d'intensité.....121
3. Apprentissage anticipé de la lecture.....123

D. Troubles associés et données psychométriques

1. Troubles associés.....128
2. Impacts des troubles sur la prise en charge.....130
3. Données psychométriques.....131

E. Les bénéfices d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un montage de lecture anticipé sur l'évolution des dysphasiques

1. Critères de bonne évolution.....	136
2. L'impact d'un diagnostic précoce sur l'évolution des enfants dysphasiques.....	137
3. Les bénéfices d'une prise en charge intensive sur l'évolution des enfants dysphasiques.....	138
4. Bénéfices d'un apprentissage anticipé de la lecture.....	139
5. Rôle des troubles associés dans l'évolution de la dysphasie.....	141
6. Impact des données psychométriques.....	143

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La dysphasie est un trouble spécifique du langage oral, sévère et durable dans le temps. Bien qu'elle toucherait 1% des enfants en âge scolaire et que cela fait plus d'un siècle qu'elle intéresse chercheurs, médecins et linguistes, elle reste peu connue.

Souvent associée à d'autres troubles, elle gêne l'enfant dans sa construction d'un être social et affectif, le trouble du langage affecte la pensée qui ne peut accéder à un certain niveau d'abstraction et nuit aux apprentissages.

La dysphasie est un trouble sévère ayant de lourdes répercussions sur la vie et le devenir des enfants.

Sa rééducation orthophonique entravée par les troubles associés est longue et ne parvient pas à normaliser le langage. Il existe pourtant des principes fondamentaux qui la régissent et permettent une évolution positive du trouble. Un des principes les plus singuliers étant l'apprentissage de la lecture comme aide à la structuration du langage oral.

Nous avons voulu faire un point sur les connaissances actuelles concernant cette pathologie, sa classification, son diagnostic, ses troubles associés, les grands principes de sa rééducation orthophonique et les perspectives d'avenir des enfants dysphasiques.

Puis, une fois cet inventaire fait, le mettre en perspective avec la réalité en analysant le parcours d'enfants dysphasiques.

Nous tacherons de trouver l'âge de leur diagnostic et la façon dont il a été posé, la fréquence de leur prise en charge orthophonique et si celle-ci respecte les principes de précocité, d'intensité et d'apprentissage précoce de la lecture.

Nous porterons un intérêt particulier à leur parcours scolaire, garant d'une bonne intégration sociale. Nous ferons l'inventaire des différents troubles associés en tachant d'en comprendre les impacts sur l'évolution de la pathologie.

L'enjeu ici est de vérifier que les grands principes de prise en charge ont franchi les pages des livres et sont devenus des principes adoptés majoritairement par les professionnels.

Si tel n'était pas le cas, nous tenterons d'en connaître les raisons et de réfléchir sur les moyens de faire appliquer ces principes favorisant la bonne évolution de la dysphasie.

Enfin, à partir de cet inventaire nous essaierons de montrer les bénéfices d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un apprentissage anticipé de la lecture sur l'évolution de la pathologie.

A-Dysphasie– définitions– classification et troubles associés:

« Tellement tentant de vouloir distribuer le monde entier selon un code unique ; une loi universelle régirait l'ensemble des phénomènes : deux hémisphères, cinq continents, masculin, féminin (...) Malheureusement ça ne marche pas, ça n'a même jamais commencé à marcher, ça ne marchera jamais. »

Georges Perec- Penser/Classer

1- Définitions :

Même si cela fait plus d'un siècle que médecins, psychologues et linguistes s'intéressent à une catégorie d'enfants présentant des troubles importants et durables de l'acquisition de la langue, on peut faire commencer l'histoire de la dysphasie il y a une cinquantaine d'années avec la publication de l'article de Ajuriaguerra et col. : « Le groupe des audimutités » en 1958. Ajuriaguerra décrit plusieurs formes cliniques d'audimutités (terme déjà utilisé au début du siècle). Quelques années plus tard il introduit le terme de dysphasie pour désigner un trouble se situant entre le retard simple de langage et l'audimutité.

Il définit les enfants dysphasiques comme présentant un trouble de l'intégration du langage sans insuffisance sensorielle ou phonatoire et qui peuvent, avec difficulté, communiquer.

Malgré l'intérêt que ces troubles suscitent, il n'existe toujours pas de terminologie et de classification faisant consensus au niveau international.

La dysphasie est un trouble grave et durable du développement du langage, généralement définie selon trois critères :

- L'exclusion
- L'évolution
- La spécificité des symptômes

1.1- Définition par exclusion :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dysphasie est : « un ensemble de syndromes caractérisés par une difficulté ou une impossibilité à acquérir un langage normal à un âge donné et ceci malgré une audition normale, une intelligence non verbale normale et l'absence d'anomalies intéressant les organes phonateurs. »

Cette définition par exclusion est reprise par la plupart des auteurs dont C.L. Gérard (1) en 1991 qui définit la dysphasie comme « l'existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge. Dans sa définition Gérard exclut tout trouble intellectuel, auditif, des capacités motrices bucco-pharyngées, du comportement et de la qualité de l'environnement socio-affectif et culturel de l'enfant.

Mais cette définition par exclusion est loin de faire l'unanimité, Marc Monfort (2) soulève un certain nombre de difficultés qu'elle pose aux éducateurs d'enfants sourds, déficients légers ou IMC. Car il existerait chez ces enfants en plus de leur handicap, un langage proche de celui des dysphasiques et différents de leurs congénères. Le diagnostic de dysphasie se fera alors plus tard, car la différence entre le niveau de langage de l'enfant et celui attendu se manifestera plus tardivement et moins clairement.

Ces différentes observations ont amenés des auteurs à apporter des nuances à cette définition par exclusion comme Bishop en 1992 qui définit la dysphasie comme : « un échec du développement normal du langage qui ne peut être expliqué en termes de déficience mentale ou physique, de déficience auditive, de troubles émotionnels ni de privation de l'entourage. » Bishop considère que le trouble spécifique du langage n'est pas forcément une conséquence du handicap et que la présence d'un handicap n'exclut pas systématiquement le diagnostic de dysphasie.

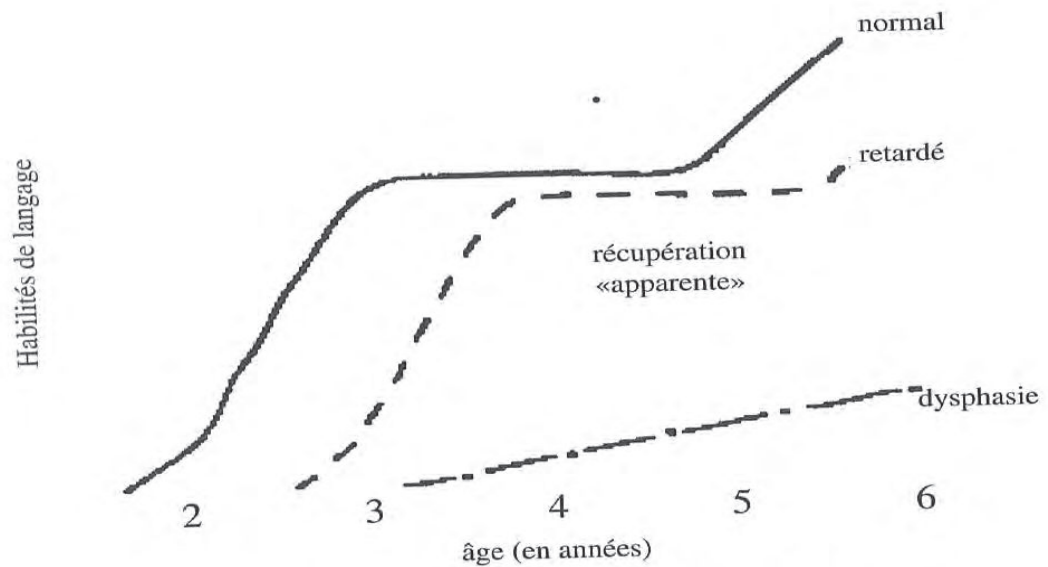
Marc Monfort reproche également à cette définition son absence de « signes positifs de dysphasie », cette absence pose le problème du diagnostic de ce trouble ; comment par cette définition le différencier d'un retard de langage ? Cette question est loin d'être anodine, elle se retrouve dans la pratique orthophonique avec des praticiens peu enclin à poser le diagnostic de dysphasie, lui préférant le moins connoté « retard de langage ».

La définition suivante, par l'évolution permet de faire ce diagnostic différentiel.

1.2- Définition par l'évolution :

Cette définition suppose une étude diachronique des troubles langagiers de l'enfant et une excellente connaissance du développement du langage chez l'enfant normal. Il est communément admis que le retard simple de langage se normalise avec le temps,

Alors que l'évolution du langage du dysphasique est non seulement plus lente mais aussi plus chaotique, Van Hout en 1989 : « chez l'enfant dysphasique, la courbe d'évolution sera irrégulière, montrant des taux de croissance faible, des plafonnements précoces et ce bien souvent tant pour les aspects expressif et réceptif du langage. »



**Extrait de Scarborough et Dobrich (1990)
La ligne de la dysphasie est nôtre.**

Gérard souligne également le caractère anarchique des atteintes en affirmant : « la dysphasie n'est pas un phénomène qui atteint le langage de façon homogène. » (1)

En pratique, les choses ne sont pas si explicites, les dysphasies les moins graves survenant chez des enfants ayant un bon ou très bon QI performance ne présentent pas de « plateaux » et de « plafonnements » si distinctement identifiables.

La définition par l'évolution n'est donc pas non plus suffisante à décrire la dysphasie, Monfort en introduit une autre :

1.3- La définition par la spécificité des symptômes :

Ici la dysphasie tente de se définir, non plus par des « signes négatifs » comme l'absence d'apprentissage du langage, mais par des « signes positifs », des caractéristiques propres au trouble.

Comme le souligne Monfort c'est la présence de signes positifs, et elle seule, qui permettra un diagnostic et une prise en charge précoces.

Ces signes positifs sont de divers types : grammaticaux, lexicaux, morpho-syntaxiques, syntaxiques, mais malheureusement là encore il y a pas de consensus et les divers travaux effectués dans ce domaine ont suscité autant de critiques et de réfutations.

Gérard parle quant à lui de six marqueurs de déviance

- troubles de l'évocation lexicale,
- troubles de l'encodage syntaxique,
- troubles de la compréhension verbale,
- l'hypo spontanéité verbale
- trouble de l'informativité
- dissociation automatico-volontaire.

Nous les développerons dans la partie consacrée au diagnostic.

2- Classifications

Compte tenu de la difficulté à définir la dysphasie ou plutôt les dysphasies, il n'est pas étonnant, comme le soulignent Le Heuzey, Gérard et Dugas, dans leur article (3) « aucune classification ne fait autorité dans le domaine des troubles spécifiques du développement du langage de l'enfant »

C'est parce que les manifestations cliniques des dysphasies de développement sont variées que leurs classements ont été multiples et faits en fonction de leur critères propres.

Nous ne reviendrons pas ici sur les diverses classifications que les dysphasies ont connues, d'Ajuriaguerra à Chevrié-Muller. Nous évoquerons ici les plus courantes qui sont celle de Rapin et Allen en 1983 et celle Gérard en 1991 car bien qu'aucune d'entre elles ne fasse encore consensus et soit adoptée sur le plan international, ce sont elles qui sont adoptées en France.

2.1- Classification selon Rapin et Allen (3):

Rapin et Allen, psycholinguistes ont proposé une classification de la dysphasie en six groupes à la suite de leurs observations cliniques.

- **L'agnosie verbale :**

Elle se caractérise par un déficit du décodage phonologique entraînant un trouble massif de la compréhension. Sa production verbale en est très altérée l'enfant est quasi-mutique ou très dysfluent. L'agnosique verbal pourra cependant apprendre la langue des signes et acquérir la lecture.

- **La dyspraxie verbale :**

Elle se caractérise par un mutisme ou une importante dysfluence. La compréhension est supérieure à l'expression. L'enfant peut apprendre à lire et à écrire, le déficit se situant au passage de l'image mentale du mot à sa production verbale avec une importante altération phonologique.

- **Le syndrome de déficit de production phonologique :**

Il est caractérisé par une excellente compréhension, l'enfant est fluent mais inintelligible en particulier dans la production de phrases longues, aboutissant alors à un jargon inintelligible pour les étrangers et même parfois les parents. La syntaxe, la sémantique et la pragmatique sont normales. Il n'y a pas de manque du mot.

- **Le syndrome phonologique-syntaxique :**

L'enfant est très dysfluent, sa production de mots est déformée. Les mots outils et les marques syntaxiques manquent à ses productions langagières. Le sujet est agrammatique. On note un manque du mot et des paraphasies phonémiques. La compréhension est toujours supérieure à la production.

- **Le syndrome sémantique pragmatique :**

L'enfant est fluent, la phonologie et la syntaxe sont correctes. On note une écholalie et une compréhension altérée. La mémoire verbale et la répétition sont de bonne qualité. L'enfant est souvent hyper lexique. La principale caractéristique de cette dysphasie est la non adaptation du contenu du langage aux situations.

- **Le syndrome lexical syntaxique :**

Il est caractérisé par le manque du mot et une dissociation automatico-volontaire. Les productions phonologiques sont de bonne qualité. L'enfant présente des difficultés de rappel donnant une impression de bégaiement et des paraphasies sémantiques.

2.2- Classification de Gérard (3):

Au début des années 90, H.F Le Heuzey, C.L Gérard et M. Dugas s'inspirent de la classification de Rapin et Allen pour élaborer leur propre classification.

- **Le syndrome phonologique-syntaxique :**

C'est le trouble le plus fréquent, il touche essentiellement le développement des capacités expressives, la compréhension verbale est meilleure que l'expression mais il s'agit d'une compréhension plus cognitive et contextuelle que linguistique, elle varie selon la longueur des phrases, leur ambiguïté et leur complexité. Les enfants sont inintelligibles ils essaient de pallier leurs difficultés par le recours à la gestualité. Leurs productions verbales sont très réduites mais se caractérisent par :

- ✓ Une altération majeure de la phonologie avec des déformations qui ne respectent pas forcément les critères de simplification.
- ✓ Une perturbation de l'encodage syntaxique et un agrammatisme, les mots à fonctions syntaxiques sont absents et les verbes restent à l'infinitif alors que le sujet a un bon jugement syntaxique.
- ✓ Recours aux gestes, mimes et mimiques expressives pour se faire comprendre
- ✓ Le lexique est pauvre mais il n'y a pas de manque du mot.

C'est la programmation de la mise en chaîne verbale qui est déficitaire alors qu'aucun élément paralytique dans la fonction des organes phonatoires n'est mis en évidence.

- **Trouble de la production phonologique :**

Il touche aussi essentiellement l'expression verbale mais contrairement à la dysphasie phonologico-syntaxique, la fluence de ces enfants est normale mais toujours aussi inintelligible. Le déficit de ces enfants est lié à une difficulté à contrôler et à réguler l'émission verbale dont ils parviennent à concevoir le programme.

La répétition entraîne une altération des productions alors que dans le cas des syndromes phonologiques-syntaxiques la répétition tend à les améliorer. L'inintelligibilité est due à un trouble de l'ordonnement des phonèmes, ici aussi les déformations phonologiques ne sont ni prévisibles ni simplificatrices. La syntaxe est altérée, les sujets ont conscience de leur trouble qui se répercute également sur le transcodage grapho-phonémique et handicape l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

- **La dysphasie réceptive :**

C'est la compréhension des signaux, le décodage qui est déficient. Les mécanismes qui doivent permettre de découper la phrase entendue en segments et de leur attribuer un sens ne se mettent pas en place. Les troubles expressifs sont présents mais secondaires par rapport au trouble de la compréhension. Les sujets ont des difficultés à identifier un phonème et des bruits non verbaux. En expression on remarque un manque du mot, une dyssyntaxie et des paraphasies phonémiques et verbales. C'est le type de dysphasie qui présente le meilleur pronostic, même si les troubles se matérialisent aussi à l'écrit sous forme de sévères dyslexies/dysorthographies.

- **Le syndrome sémantique pragmatique :**

Il est marqué par une difficulté pour l'enfant à adapter le contenu de son discours à la situation. Le discours de ces enfants est dépourvu de sens et complètement inintelligible. Puisqu'il ne touche pas les aspects formels du langage que sont la phonologie ou la syntaxe, il passe souvent inaperçu au cours des premières années du sujet. Les choix lexicaux et sémantiques sont inadaptes avec des paraphasies sémantiques qui donnent une impression d'incohérence du discours. C'est un trouble majeur de la pragmatique avec une incapacité du sujet à adapter sa production linguistique au contexte de communication. Le sujet est complètement anosognosique. Ce trouble évoque parfois les troubles de communication que rencontrent les autistes dits de « haut niveau ». Ce trouble est parfois appelé de manière imagée le « cocktail party syndrome » Bishop et Rosenbloom, 1987(8).

- **Les dysphasies mnésiques ou lexicales sémantiques:**

C'est un trouble de contrôle de l'encodage sémantique syntaxique. L'enfant est limité dans ses capacités expressives parce qu'il ne peut évoquer le bon mot ou retrouver la formulation syntaxique adaptée. Ce manque du mot est peu sensible aux facilitations contextuelles. La production verbale est gênée par une grande difficulté à trouver les mots et structures syntaxiques adaptés. Le trouble augmente en fonction de la longueur des énoncés, ce qui pousse le sujet, parfaitement conscient de son handicap, à réduire ses productions pour masquer ses difficultés. Ce trouble touche le versant expressif et réceptif du langage oral mais aussi du langage écrit.

C'est ainsi que sont classées les dysphasies, mais comme l'écrivait Georges Pérec classer « ça ne marche pas (...) ça ne marchera jamais » ; ce type de classification est peu aisé à mettre en pratique par les professionnels car un même enfant peut présenter plusieurs troubles à la fois, passer d'un trouble à l'autre durant son développement ou ne présenter qu'une partie des symptômes.

Cette classification n'est d'ailleurs pas adoptée par les auteurs anglo-saxons qui préfèrent utiliser le terme SLI, Specific Language Impairment. Mais n'est-il pas préférable d'avoir une classification, certes peut-être imparfaite, que de regrouper des réalités si différentes sous un même terme générique ?

3- Hypothèses explicatives :

Il ne s'agit pas ici de déterminer les causes des dysphasies, l'entreprise serait aussi ambitieuse qu'impossible. Nous souhaitons explorer dans ce chapitre les différentes théories explicatives et de ne les prendre que pour ce qu'elles sont vraiment : des hypothèses. Car ce sont bien sur ces hypothèses que se sont développés les différents modèles de prise en charge.

L'abord de la rééducation des dysphasies ne sera pas le même selon ce que l'on considère comme cause principale du trouble.

Nous retiendrons ici quatre points de vue qui ne sont pas exclusifs et qui peuvent s'associer : le point de vue psychopathologique, le point de vue linguistique, le point de vue neurologique et le point de vue génétique.

3.1- hypothèses psychopathologiques:

Selon les psychiatres trois situations dans la genèse du langage du jeune enfant pourraient inhiber son développement :

- Au cours de la première enfance le babil, les expériences motrices n'auraient pas été reprises dans le discours maternel.
- L'enfant ne peut pas supporter l'angoisse liée à l'absence de la mère.
- L'enfant ne joue pas ne peut pas jouer, les phénomènes de transitionnalité sont en échec.

Dans cette optique, le trouble spécifique du langage serait un des symptômes majeurs rencontrés dans les « pathologies limites de l'enfance ». Ces enfants auraient subi des défauts d'étayage, placements, hospitalisation, ou des perturbations du milieu familial.

Les troubles de l'expression orale auraient un rapport avec l'angoisse de séparation, l'angoisse d'objets qui bloquent l'élaboration de la symbolisation permettant de représenter l'objet absent et la prise de plaisir aux activités ludiques.

Selon Diatkine (4), les troubles du langage sont en rapport avec l'absence d'étayage et le faible investissement du langage dans les familles de l'enfant présentant ces troubles. Le bébé pour construire son langage a besoin autant d'un bain de langage que d'une écoute. Toujours selon Diatkine, une mère non déprimée et vivant dans des conditions de confort minimal, ne s'occupe jamais de son bébé en silence. Il en déduit donc que les troubles du langage chez l'enfant ne surviennent que dans des situations d'indigence familiale.

Voilà qui pose la question du milieu social (rappelons que la carence affective ou éducative grave est un critère d'exclusion selon Gérard).

B. Welniarz (5) souligne que, dans certaines familles défavorisées, les enfants pouvaient être en carence de langage et que celles-ci avaient une forte propension à mettre en échec les actions de soins et d'aide qui leur était destinées. Ce sont des familles, qui ne sont pas ou peu investies dans une démarche rééducative, qui ne s'inquiètent que tardivement de la qualité du langage oral de leur enfant. Les enfants, déjà peu stimulés sur le plan du langage et intellectuellement, sont donc également pénalisés par une prise en charge tardive, peu assidue car peu investie par les parents.

René Diatkine (5) déplore en 1984 que la prise en charge des dysphasiques relève désormais de l'orthophonie et non de la psychanalyse. Il affirme que la dysphasie « trouble instrumental » et la psychose ne sont pas opposables, que les troubles langagiers sous-tendent forcément un trouble psychique. Il étaye sa théorie en affirmant que les anciens dysphasiques recouvrent un langage normal alors que leur structure mentale reste altérée et fragile.

Actuellement les frontières entre le psychopathologique et le trouble instrumental s'estompent. Dans son article sur les dysphasies M. Boubilil (6) tente un consensus : « le psychogène et l'organique se mêlent au point qu'on ne peut faire la part des choses lors de la consultation, et que ce sont les médecins ou les parents, selon leur formation ou leurs croyances, qui privilégient un axe plutôt qu'un autre. »

3.2- hypothèses linguistiques et cognitivistes :

Il s'agit ici de reprendre brièvement les travaux de Bishop de 1992, repris par Monfort (2). Bishop liste six hypothèses explicatives :

- **1^{ère} hypothèse :**

Ce n'est pas la compétence linguistique qui est atteinte mais les processus qui font qu'elle devient une production verbale. C'est un trouble de « l'output ». Selon cette hypothèse, les troubles expressifs, par un phénomène de feed-back, auraient des répercussions sur la mémoire verbale à court terme, l'intégration phonologique et la conscience syntaxique ; ce qui expliquerait les troubles expressifs

- **2^{ème} hypothèse :**

Ici ce serait « l'input » qui serait touché, entraînant les difficultés phonologiques, l'agrammatisme ou les erreurs morphologiques. Ce trouble expliquerait, selon Bishop 1982, les similitudes entre les erreurs de production des enfants et adolescents sourds et celles des dysphasiques.

- **3^{ème} hypothèse :**

C'est une hypothèse très « Chomskienne ». Selon Chomsky(2), l'acquisition des structures profondes de la langue dépend d'un « Language Acquisition Device », système d'acquisition du langage, qui est inné. Les enfants dysphasiques auraient un trouble inné de ce dispositif.

Les déviances seraient dues à une « grammaire particulière » dont l'une des caractéristiques principales serait l'incapacité d'intégrer certains éléments morphologiques.

- **4^{ème} hypothèses :**

Les difficultés de l'enfant dysphasique ne seraient que la conséquence « d'un déficit conceptuel plus général, qui ne se limiterait pas au seul langage mais qui trouverait son origine au niveau des représentations symboliques. », Morehead et Ingram, 1976 (2).

- **5^{ème} hypothèse :**

Les troubles seraient des troubles du processus d'apprentissage, Kamhi (2) considèrerait que les troubles dysphasiques résulteraient de problèmes dans le contrôle des hypothèses qu'un enfant doit effectuer face au langage dans la formation des concepts.

- **6^{ème} hypothèse :**

Elle s'appuie sur la théorie du trouble de « l'input », la difficulté du traitement de l'information serait due à la difficulté de traiter le maximum d'information à grande vitesse.

3.3- Hypothèse génétique :

Inutile de préciser que le gène de la dysphasie n'a encore été trouvé et que ces facteurs génétiques sont loin de faire l'unanimité chez les linguistes et psychologues. Cependant, même si rien n'est prouvé dans ce domaine, certaines études méritent d'être citées.

Il existe des cas familiaux significatifs qui pourraient donner une orientation nouvelle.

L'hypothèse génétique a débuté dans les années 90 avec l'étude d'une famille britannique dont la moitié des membres était atteinte par une dysphasie développementale. Myrna Gopnik, linguiste canadienne, soutint l'hypothèse que les troubles linguistiques de cette famille seraient dus à un gène dominant. Elle le nomme SPCH 1 et le situe sur le chromosome 7. Il serait, selon Gopnik, responsable de la capacité à former des phrases correctes.

Même si l'existence, la localisation et la fonction de ce gène suscitent encore de nombreuses interrogations et doutes, cette recherche ouvre de nouvelles perspectives. Perspectives qui tendraient à confirmer les théories de Chomsky selon lesquelles les capacités langagières de l'homme seraient innées.

Les études de Tallal et coll ont permis d'isoler des éléments mettant en évidence certains caractères familiaux du trouble.

- Le risque de développer une dysphasie est plus important chez les proches du premier degré de l'enfant atteint.
- Existence d'une prévalence élevée des troubles du langage chez les garçons : 3 garçons atteints pour une fille si la mère est atteinte, (si le père est atteint il y a autant de risque pour le garçon que pour la fille d'être atteint).
- Les mères d'enfants dysphasiques ont trois fois plus de chance de donner naissance à un garçon qu'à une fille, dysphasique ou non.

Il y a une incidence plus importante des troubles du langage au sein de la fratrie et des ascendants directs des sujets dysphasiques, constat que Dugas (1) fait à l'analyse de l'anamnèse de ses patients. Tomblin en 1997 montre que si le risque de développer une dysphasie de 5%, il passe à 21% dans une famille où il y a un antécédent chez un membre de la famille au premier degré, 28% si celui-ci est de même sexe, 33% chez des jumeaux hétérozygotes et 71% chez les homozygotes.

Ces recherches n'en sont qu'à leur balbutiement mais pourront, à l'avenir, donner une autre vision des troubles spécifiques du langage.

3.4- Hypothèses neurologiques :

Le développement de l'imagerie fonctionnelle qui permet l'observation du cerveau « in vivo » apporte de nouvelles informations quant à la localisation des dysfonctions sans pour autant nous renseigner sur leurs origines.

- Hypothèse d'anomalie de l'asymétrie hémisphérique. Pendant la vie embryonnaire, une migration de neurones provoquerait un sur-développement de l'hémisphère droit (Johnston et al, 1981 ; Cohen et al, 1991) (26). Ce qui serait responsable de la difficulté pour les enfants dysphasiques de traiter des stimuli séquentiels longs (l'hémisphère droit traite de façon plus globale l'information)
- Anomalies du cortex pariétal supérieur, pré-frontal et temporal, des noyaux diencéphaliques qui sont liés à l'intégration sensori-motrice (Tallal et al, 1991) (26).
- L'étude d'une famille de dysphasiques réalisée par E. Plante (26) a mis en évidence une asymétrie périsylvienne atypique chez les sujets atteints.

Ces données sont à considérer avec prudence puisqu'il existe des sujets présentant des anomalies similaires et qui ne sont pas dysphasiques. Les dysfonctions « représenteraient plutôt un facteur conditionnel qui pourrait limiter la maturation de certaines aires cérébrales ». Monfort (2)

Tout comme pour le domaine génétique, les études sont à leur début et l'imagerie ne cessant de faire des progrès, il y a fort à parier que, dans les années à venir, de nouveaux éclairages viendront enrichir la connaissance que nous avons des dysphasies

4- Troubles associés :

« La fréquence élevée de l'association entre déficits linguistiques et non linguistiques chez les enfants dysphasiques, pose à nouveau, la question de la nature exacte du problème : dans quelle mesure sont-ils le résultat d'un ralentissement dans le développement de compétences cognitives, symboliques ou instrumentales plus générales. » Marc Monfort (2)

Il est rare que les troubles des enfants dysphasiques ne soient que purement linguistiques. Des troubles diverses s'associent au trouble spécifique du langage ; additionnels ou consécutifs à ce dernier, plus ou moins importants, ils alourdissent le tableau clinique et peuvent présenter une entrave à la rééducation du langage. Ces troubles n'affectent pas de manière globale et simultanée tous les enfants dysphasiques.

4.1- Troubles cognitifs

- Trouble de la pensée

« C'est dans les mots que nous pensons : la pensée ne devient claire que lorsqu'elle trouve le mot » Georg Wilhelm Friedrich HEGEL

Pour Michel Boubilil (4), René Diatkine (5), un enfant dysphasique ne dispose pas de langage intérieur et cette absence l'empêche de réaliser certaines opérations mentales. « La parole n'est rien sans le langage et le langage n'est rien sans la pensée » (4), si cette pensée sans langage suffit, dans les premières années de la vie de l'enfant, à organiser son monde, elle sera vite limitée et ne parviendra pas à un certain niveau d'abstraction. D'où l'urgence d'une prise en charge qui évitera à l'enfant d'organiser son trouble sur un mode déficitaire : dysharmonies évolutives, déficit intellectuel léger ou psychose.

- Difficulté dans la construction d'images mentales et de développement du jeu symbolique.
- Déficit de mémoire, mémoire séquentielle, mémoire auditive à court terme, déficit dans les processus de stockage phonologique dans la mémoire de travail, difficultés de la mémoire épisodiques, ces difficultés sont les conséquences des troubles temporels de l'enfant.
- Troubles de la structuration temporelle, l'enfant dysphasique a des difficultés durables pour se repérer dans le temps. Ces difficultés concernent la conception, la successivité et la rétention du lexique qui servent à marquer le passage du temps.
- Troubles de la structuration spatiale : ces troubles sont le résultat des difficultés cognitives, motrices et linguistiques
- Ecart significatif entre le QI verbal et le QI performance, cette hétérogénéité est la conséquence des troubles du langage et des troubles de certaines fonctions neuropsychologiques associées à la dysphasie (troubles attentionnels, troubles de la mémoire auditive, troubles spatio-temporaux...)

4.2- Troubles perceptifs

- Temps de latence plus long lors de la présentation d'un stimulus auditif
- Déficit auditif pour certaines fréquences conversationnelles
- Difficultés dans le traitement des variations d'intensité
- Difficultés de reconnaissances des sons.
- Difficultés dans la reproduction de rythmes de Mira Stamback, de répétition de chiffres, de répétitions de phrases ; ces difficultés marquent la faiblesse de la mémoire de travail des enfants dysphasiques.
- Troubles visuo-constructifs

4.3- Troubles psychomoteurs

- Troubles praxiques
- Troubles de la latéralisation
- Immaturité motrice, on note chez de nombreux dysphasiques une apparition de la marche retardée, des difficultés à acquérir les notions topologiques et des difficultés dans la réalisation d'actes moteurs séquentiels.
- Troubles de la motricité fine avec présence de gros troubles d'écriture entravant les apprentissages scolaires

4.4- Troubles du comportement

Ces troubles ont plusieurs origines : la peur de grandir et d'affronter un monde qui les comprend encore moins bien que leur famille ; la grande conscience de leur trouble et la hantise de se trouver en situation d'échec en rééducation ou à l'école ; le défaut de langage qui les prive des capacités de conceptualisation et d'abstraction. Ces troubles du comportement sont de différents ordres :

- Troubles attentionnels et hyperactivité
- Immaturité
- Agressivité
- Troubles dépressifs

« Les difficultés affectives et émotionnelles sont le résultat d'une incapacité pour l'enfant à mettre en place des adaptations qui lui permettraient de mieux gérer une différence qui a perturbé de manière précoce sa relation au monde. L'expérience clinique semble conforter le rôle des facteurs suivants qui joueront sur l'expression de ses difficultés : le type de dysphasie, les capacités cognitives générales, la précocité du traitement spécifique du trouble du langage, les réactions de l'environnement familial et scolaire » Dugas et Gérard, 1990 (1)

B- Diagnostic difficultés et enjeux - le bilan orthophonique :

Compte tenu de la difficulté des auteurs à s'accorder sur une définition et une classification des dysphasies, il n'est pas surprenant que leurs diagnostics soient quelque chose de complexe et délicat pour les professionnels.

Nous avons vu dans la première partie qu'il n'existait pas d'accord sur la délimitation clinique du groupe des troubles du développement du langage de l'enfant, ni sur la manière de les diviser. Aucune classification ne peut actuellement rendre compte de façon satisfaisante de la complexité des faits observés. Même la définition d'un trouble du développement du langage de l'enfant ne fait pas l'unanimité.

Nous reviendrons dans ce chapitre sur les différentes étapes qui aboutissent au diagnostic de dysphasie : diagnostic différentiel, bilan orthophonique signes d'appels précoces ; mais aussi sur l'annonce aux parents et la guidance parentale qui sont des étapes importantes dans la mise en place d'une prise en charge optimale du trouble.

1- Diagnostic différentiel :

Nous reparlerons ici de la définition par exclusion de Gérard. Avant d'évoquer une dysphasie, il convient d'écarter les pathologies qui ne peuvent, selon l'auteur, s'ajouter à la dysphasie puisque directement responsable du déficit langagier.

L'évaluation constituera dans un premier temps à écarter tout trouble du langage oral lié à un déficit auditif, une déficience intellectuelle ou à des troubles de type autistique.

Mais déceler un trouble auditif, moteur, un retard intellectuel ou un trouble envahissant du développement est relativement aisé pour les professionnels et ne représente pas la difficulté principale du diagnostic différentiel.

En revanche savoir distinguer une dysphasie d'un retard de langage est beaucoup plus compliqué, en absence comme le remarquait Monfort (2) de « signes positifs », clairement identifiables. Nous commencerons donc ce chapitre par énumérer les différences entre une dysphasie et un retard de langage.

1.1 Dysphasie ou retard de langage

C. Chevrie-Muller (8) différencie dans ce qu'elle appelle les TSDL (Trouble spécifique du développement du langage) le retard simple de la dysphasie en relevant trois facteurs communs à toutes les dysphasies :

- La gravité
- Le caractère durable
- Le caractère de déviance

Sont appelés troubles du développement du langage toute perturbation durable de l'utilisation du code verbal dans ses différentes fonctions, fonction de communication, fonction sociale, fonction affective et fonction d'apprentissage. Nous distinguons dans ces troubles, les troubles fonctionnels des troubles structurels.

Les premiers ne touchent pas la structure du langage ils ont un caractère réversible (retards simples de parole et de langage). Dans ces cas-là il n'y a pas de déviance mais un retard de développement du langage. Les causes de ces troubles sont variées : affectives, cognitives, éducatives... Les auteurs s'accordent à dire que ceux-ci se règlent avant l'âge de six ans. Selon R. Cheminal et B. Echenne (9), deux éventualités peuvent se rencontrer :

- Chez certains enfants le décalage est purement chronologique, les acquisitions se font dans un ordre normal mais de manière décalée qui peut aller de quelques mois à deux ans.
- Chez d'autres le trouble est à la fois chronologique, qualitatif et quantitatif. Les difficultés étant principalement expressives.

Il est communément admis que le retard de langage diminue avec le temps et la prise en charge de manière régulière alors que comme le souligne Van Hout (2) « chez l'enfant dysphasique, la courbe d'évolution sera irrégulière, montrant des taux de croissance faible, des plafonnements précoces et ce bien souvent tant pour les aspects expressifs que réceptifs du langage. »

Les troubles dits structurels, comme leur nom l'indique touchent la structure du langage c'est-à-dire la partie reconnue comme innée : ces troubles conduisent donc à une déviance permanente de l'utilisation du code, ce type de trouble rassemble les dysphasies de développement.

Le retard simple est un décalage chronologique des acquisitions, les troubles sont homogènes, les transformations phonologiques sont des facilitations, la syntaxe approximative appartient au registre enfantin, le stock lexical est limité, on note la non utilisation de certains temps et des confusions touchant certains mots de liaison.

Cependant le diagnostic entre retard sévère et prolongé du langage et dysphasie n'est pas toujours facile à faire.

Gérard (1) liste les principales caractéristiques des retards dits simples de langage : le trouble de la parole est au premier plan mais il obéit aux principes de la facilitation ; la maladresse syntaxique appartient au langage enfantin ; l'atteinte du lexique, de la phonologie et de la syntaxe est homogène en expression comme en réception ; les troubles s'améliorent avant l'âge de 6 ans alors que la dysphasie « est un retard de langage qui ne se récupère pas » Launay (27).

- Marqueurs de déviance

Ces marqueurs de déviance ont été décrits par Gérard, ce sont des anomalies propres au langage des dysphasiques. Ils aident à l'établissement du diagnostic différentiel entre retard de langage et dysphasie. Gérard en décrit six :

- ✓ Les troubles de l'évocation lexicale qui se traduisent par un « manque du mot », entraînent des persévérations verbales, des paraphrasies et des conduites d'approche. C'est l'accès au stock lexical qui est perturbé.

- ✓ Les troubles de l'encodage syntaxique, les mots fonctions et les flexions verbales ne sont pas ou mal utilisés ce qui entraîne un agrammatisme et une dyssyntaxie alors que la conscience syntaxique de l'enfant est préservé et qu'il est capable de juger de la grammaticalité et de la syntaxe d'un énoncé.
- ✓ Les troubles de la compréhension verbale.
- ✓ L'hypospontanéité verbale, l'enfant parle peu et pas facilement, il faut sans cesse le stimuler, ses énoncés sont courts et pauvres dans leur structure et leur variété.
- ✓ Le trouble de l'informativité, l'enfant ne peut pas transmettre une information précise et claire.
- ✓ Dissociation automatico-volontaire, c'est l'impossibilité de produire certaines unités verbales sur commande ou en situation dirigée alors qu'en situation spontanée ces productions sont effectuées aisément.

Selon C.L. Gérard la présence d'au moins trois de ces marqueurs suffirait à poser le diagnostic de dysphasie et leur représentation proportionnelle dans chaque cas définirait alors le type de syndrome. Mais ces marqueurs n'ont de valeur que si le déficit verbal est significatif.

Marc Monfort et Adoracion Juarez Sanchez sont partisans d'inclure deux autres sous-critères :

- ✓ Hétérogénéité lexicale manifeste, présence de mots appartenant au lexique conforme à l'âge réel de l'enfant et absence de mots appartenant au vocabulaire infantin.
- ✓ Une différence importante entre le niveau d'expression et le niveau de compréhension

1.2- Dysphasie ou déficience intellectuelle

Certains indicateurs comme les anomalies dans le développement psychomoteur (retard postural, hyporéactivité dans la première année, retard de l'apparition de la marche) qui accompagnent un retard de langage amènent à supposer un retard plus global qu'un simple trouble du langage. Mais c'est l'examen psychométrique de l'enfant qui établira ou non une déficience intellectuelle.

Les déficients intellectuels ont un Quotient Intellectuel Verbal et un Quotient Intellectuel Performance inférieurs à 80 alors que les enfants dysphasiques ont un QI supérieur ou égal à 80 et un décalage de 15 à 20 points entre le QIV et le QIP en faveur du QIP. Gérard (1) souligne que chez le dysphasique il est pratiquement impossible d'obtenir un quotient intellectuel valide en raison de cet écart entre ce quotient intellectuel verbal et quotient intellectuel performance.

Mais si 60 % des enfants dysphasiques ont une dissociation verbale/performance au détriment du verbal significative (supérieure à 15 points) ce qui veut dire également que 40 % n'ont pas cette dissociation ou ont une efficacité verbale supérieure au QI performance.

Pour certains médecins et orthophonistes la définition de la dysphasie par exclusion a des limites. Il peut exister des déficients intellectuels dysphasiques. Comme le souligne Monfort (2) l'identification de la dysphasie chez un enfant déficient mental sera plus longue, la différence entre le niveau général de développement et le niveau de langage mettra plus de temps à se manifester et se fera moins clairement.

Michèle Mazeau (10) parle de « dysphasie relative », toute dysphasie se manifestant au sein d'un tableau de déficience intellectuelle.

1.3- Dysphasie et surdité

Un examen ORL et audiométrique complets sont indispensables pour écarter le diagnostic de surdité. Mais là encore la définition par exclusion pose des problèmes à certains professionnels, il existerait des enfants sourds et dysphasiques.

Michèle Mazeau (10) affirme que « c'est la dissociation entre les performances attendues en fonction du niveau intellectuel et de la sévérité de l'atteinte auditive d'une part, et les performances objectives d'autre part, qui vont attirer l'attention et permettre de suspecter une dysphasie sous-jacente associée ».

Mais l'identification du trouble dysphasique chez le déficient auditif est difficile à réaliser de façon précoce puisque qu'elle est basée sur les symptômes linguistiques de l'enfant et ces derniers sont masqués par la surdité de premier âge.

Il n'est pas aisé de distinguer les troubles linguistiques dus à la surdité et ceux propres à la dysphasie.

1.4- Dysphasie, psychose infantile et troubles envahissants du développement

- **Psychose infantile :**

L'absence de langage de l'enfant psychotique ne signe pas un trouble de la performance langag re mais un désintérêt du monde sonore. Le langage chez l'enfant psychotique apparaît tardivement avec certaines particularités :

- ✓ impossibilité d'utiliser correctement les pronoms-« tu » et « je »
- ✓ l'écholalie qui montre que le langage n'est pas intégré à un système de relations et de représentation.
- ✓ L'emploi d'un jargon et de néologismes, le langage est utilisé comme un outil d'auto stimulation plutôt que comme vecteur de communication.
- ✓ une pragmatique inhabituelle (repli, agressivité inexplicée)

- **Troubles envahissants du développement :**

Chez l'enfant ayant un trouble envahissant du développement, il existe une altération très importante des interactions sociales. La communication verbale et non-verbale sont atteintes.

- ✓ Le langage est souvent absent, écholalique ou constitué d'un jargon.
- ✓ Contrairement à ces enfants, l'enfant dysphasique sera dans la communication, il cherchera à partager ses plaisirs, trouvera des moyens palliatifs pour réussir, malgré son trouble à communiquer. Chez l'enfant ayant un TED, il n'y aura pas d'échange de regard, pas de sourire, pas de mimiques imitatives, pas de mouvement d'anticipation.
- ✓ Le babillage lorsqu'il existe, est indépendant de la présence d'autrui et ne s'ajuste pas aux productions verbales maternelles.

La dysphasie sémantico-pragmatique présente tout de même une ambiguïté par rapport à ce diagnostic différentiel ; en effet bien qu'elle appartienne à la famille des dysphasies, elle touche principalement le versant pragmatique du langage et en cela présente plus de similitudes avec les troubles autistiques que purement langagiers. Elle serait vue par certains auteurs comme un trouble intermédiaire entre la dysphasie et l'autisme. Bishop (28) évoque même un continuum entre le trouble dysphasique et l'autisme.

1.5- Frontières des dysphasies : apraxies et dyspraxies :

On appelle apraxies ou dyspraxies les difficultés langagières qui sont dues à la programmation du geste moteur et donc qui ne sont pas du domaine de l'organisation du langage.

Les enfants qui sont atteints de tels troubles ont des productions très pauvres, réduites à quelques mots-phrases déformés (apraxies verbales), fluence faible et stock lexical actif très pauvre (dyspraxie verbale).

1.6- Chronologie du diagnostic différentiel :

- **Entre 18 mois et 3 ans :**

Il n'existe pas de moyens d'évaluation qui permettrait de distinguer les retards de langage et les dysphasies de manière fiable et reproductible. A ces âges là seuls peuvent-être éliminés un autisme, une déficience mentale ou une surdité.

- **Entre 3 et 4 ans :**

A ces âges il existe des batteries standardisées permettant d'évaluer le niveau de langage des enfants. Ces tests permettent d'approcher un diagnostic en mettant en évidence l'importance du retard de langage et son caractère déviant.

- **Entre 4 et 8 ans :**

Le caractère anormal du langage parlé devient évident, différents cas de figure peuvent être observés : une absence totale de langage, d'importantes déformations phonémiques tendant plutôt vers la simplification ou au contraire une complexification anormale, une dissociation entre une compréhension normale et une expression pauvre et une difficulté d'évocation

- **Au-delà de 8 ans :**

Au-delà de 8 ans (pour certains auteurs au-delà de 6 ans) on ne peut plus parler de retard de langage, le diagnostic de dysphasie s'impose donc après avoir éliminé les autres pathologies.

2- Signes d'appel précoce de la dysphasie :

De nombreux auteurs ont tenté de lister des critères qui permettraient de poser un diagnostic précoce de dysphasie ou du moins de permettre aux rééducateurs et aux parents d'être particulièrement vigilants quant à l'évolution du langage de l'enfant. Nous reprenons ici les principaux signes inventoriés par P. Aimard, M. Boubil (29) et R. Cheminal (9) dans leurs écrits.

Nous avons tenté de les regrouper selon trois critères : critères linguistiques, critères comportementaux et critères cognitifs.

2.1- Critères linguistiques :

- Absence de Babil
- En réception, la rapidité du débit de l'interlocuteur, représente une gêne à la compréhension du discours.
- Troubles de l'évocation, manque du mot.
- Rigidité des fonctionnements linguistiques et des difficultés de généralisation.
- Lexique progressant peu.
- Jargon dépourvu de sens mais chargé d'intention.
- Non-compréhension verbale des consignes.
- Absence complète de langage à 18 mois
- Absence d'association de mots à 24 mois.
- Inintelligibilité de la production langagière au-delà de 36 mois.
- Non-utilisation du pronom personnel « je » au-delà de 36 mois.
-

2.2- Critères comportementaux :

- Absence de dessins et de jeux symboliques.
- Enfant silencieux.
- Enfant qui a envie de communiquer et qui met en place des stratégies compensatoires pour se faire comprendre.
- Motricité et gestes, enfant qui va plus souvent bouger que pointer.
- Surinvestissement du regard : enfant qui va s'exprimer par le regard, enfant qui va valoriser le visuel qui va préférer les histoires qu'il peut regarder (Télévision) plutôt que les histoires lues.
- Colères quand il n'est pas compris ou qu'il ne comprend pas
- Désir de stabilité de l'environnement, enfant qui recherche l'environnement le plus stable, le plus répétitif possible.
- Enfant qui va ranger, organiser, répéter des sortes de rituels qu'il va essayer d'imposer à son entourage.
- Présence de périodes de repli et de retrait comme des absences.
- Peur des selles et parfois des urines.

2.3- Critères cognitifs et perceptifs

- Absence d'écoute ou d'attention auditive
- Difficultés de mémoire : ces difficultés se concentrent sur l'empan mémoriel et la lenteur de mémorisation : il faut répéter plusieurs fois les mots avant qu'ils soient acquis
- Acquisitions instables, la mémoire ne fixe pas
- Troubles auditivo-perceptifs, en dépit d'une bonne audition, l'enfant a des difficultés pour saisir discriminer apprécier les caractéristiques du discours entendu.
- Faiblesse de la mémoire auditive.
- Peu de repères temporels.

Ces signes sont à prendre avec le plus grand sérieux et non pas avec désinvolture en pensant que « ça viendra ». Un rendez-vous chez l'orthophoniste est souhaitable, il permettra de mettre en place une rééducation mais surtout de la guidance parentale. Cette prise en charge précoce évitera que l'enfant se retrouve en situation d'échec qui entraînerait un découragement, un repli sur lui ou des troubles du comportement.

La non-prise en charge de ces troubles peut avoir des conséquences catastrophiques sur le développement intellectuel et psychique de l'enfant. La construction tardive du langage peut évoluer en retard intellectuel, en dysharmonie évolutive ou bien en trouble envahissant du développement.

3- Les bilans :

3.1- Les bilans médicaux

Un bilan psychologique et des bilans médicaux (ORL et neurologique) seront nécessaires au diagnostic de la dysphasie.

- **Bilan ORL**

Le premier examen à pratiquer sera un examen auditif par audiogramme pour dépister les éventuels déficits auditifs.

- **Bilan neurologique**

Un bilan neurologique complet est souhaitable pour dépister une éventuelle hypotonie, des troubles de la coordination, de la motricité fine. Si l'enfant est dysmorphique, il faudra procéder à un EEG et un caryotype, et dans le cas d'une pathologie néonatale, un scanner et une IRM.

- **Bilan psychologique**

Il pourra mettre en évidence des troubles légers de la personnalité et éliminer les suspicions TED ou de psychose infantile. Les tests psychométriques écarteront les déficiences intellectuelles et permettront de mettre en évidence une dysharmonie entre le QI de performance et le QI verbal qui confortera le diagnostic de dysphasie.

3.2- Le bilan orthophonique :

C'est sur ce bilan que nous nous attarderons le plus car c'est lui qui permettra d'affirmer le caractère pathologique des productions verbales de l'enfant et d'en identifier les spécificités. Selon D Potier (11), ce bilan aura 3 objectifs fondamentaux :

- Quantifier les troubles et les aptitudes conservées
- Elaborer un plan de rééducation
- Permettre un suivi et un réajustement de la rééducation grâce à une analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus lors de ce bilan.

Il ne faut pas négliger l'anamnèse qui permettra de mettre en évidence certains signes évocateurs de la dysphasie que nous avons évoqués ci-dessus.

La réalisation d'un bilan détaillé et la mise en évidence des moyens de compensation mis en place par l'enfant permettront à l'orthophoniste de connaître les points forts sur lesquels s'appuyer, les compétences à renforcer et les éléments à contourner, Cheminal (9).

La passation du bilan :

Les bilans étalonnés permettront d'évaluer le langage de l'enfant en comparaison avec celui de la moyenne des enfants de leur âge. Le bilan devra être complet et évaluer tous les versants du langage.

✓ Evaluation du langage oral

➤ Le versant expressif

- ✓ Praxies bucco-linguo-faciales
- ✓ Tests d'articulation : répétition de syllabes, dénomination.
- ✓ Tests des capacités phonologiques: dénomination, répétition de mots simples, complexes, logatomes.
- ✓ Evaluation du lexique : évaluation du stock lexical, organisation lexicale, disponibilité lexicale
- ✓ Evaluation de la syntaxe : encodage syntaxique spontané, dirigé.
- ✓ Evaluation de la pragmatique du langage sur le versant expressif (Test Evalo)

➤ Le versant réceptif

- ✓ Examen des gnosies auditivo-verbales : discrimination auditive : mettre en évidence la non reconnaissance des sons de la langue, des bruits familiers.
- ✓ Examen de la compréhension lexicale.
- ✓ Examen de la compréhension syntaxique.
- ✓ Evaluation du métalangage.
- ✓ Evaluation de la pragmatique du langage sur le versant réceptif (Test Evalo).

✓ **Evaluation du langage écrit**

Si l'enfant en a l'âge on évalue également son langage écrit

➤ Lecture :

- Lecture oralisée
 - ✓ Reconnaissance des graphies : conversion grapho-phonémique,
- Stratégies de lecture
 - ✓ Lecture de syllabes et de non-mots
 - ✓ Lecture de mots réguliers et de mots irréguliers-
 - ✓ Lecture silencieuse
 - ✓ Lecture de mots, phrases, textes pour évaluer la compréhension

➤ Transcription

- Copie
- Orthographe
 - ✓ Orthographe phonétique
Analyse phonétique : conversion phonémico-graphémique,
transcription de syllabes, de logatomes.
 - ✓ Orthographe lexicale
Transcription de mots réguliers et irréguliers, transcription de phrases et textes.
 - ✓ Orthographe grammaticale
Evaluation de la segmentation et du respect des règles grammaticales.

✓ **Evaluation des troubles associés**

- ✓ L'attention
- ✓ Mémoire phonologique
- ✓ Mémoire auditive
- ✓ Rétention visuelle
- ✓ Structuration de l'espace
- ✓ Expression graphique

- ✓ Repérage dans le temps
- ✓ Raisonnement logique
- ✓ Troubles visuo-constructifs
- ✓ Apprentissage des couleurs

Ce bilan permettra de constater le retard significatif de mettre en évidence les caractères de déviance et de classer la dysphasie.

3.3- Importance du diagnostic précoce :

L'utilisation de tests validés est indispensable au diagnostic mais il n'est pas suffisant. Aujourd'hui, seul le test de langage Evalo intègre les critères de déviance de la dysphasie mais ce test ne concerne que les enfants de 3 ans 3 mois à 6 ans 3 mois et l'âge moyen du diagnostic est de 6 ans 7 mois.

L'utilisation de tests validés doit s'accompagner d'une bonne connaissance de la pathologie et d'un bon sens clinique de l'orthophoniste, éléments qui n'échappent pas à la subjectivité.

Les professionnels voient de plus en plus de jeunes patients (moins de cinq ans) et examinent de plus en plus de jeunes adolescents (12-14 ans) qui consultent suite à un long passé d'échec scolaire et qui se révèlent être dysphasiques. L'âge du diagnostic varie donc entre trois ans et demi et 14 ans. (S.Franc, CL Gérard (12).)

Les parents ont un rôle important dans l'élaboration de ce diagnostic, les troubles du langage sont ceux qui sont les plus précocement repérés par la famille, souvent par comparaison avec le développement d'un aîné ou d'un cousin. Les parents sont attentifs à la mise en place des grandes fonctions qui ponctuent les étapes du développement comme la marche, la propreté, le langage. C'est le plus souvent eux qui, inquiets par l'anormalité du langage de leur enfant, seront à l'origine d'une consultation orthophonique

De nombreux professionnels sont réticents à poser ce diagnostic de peur d'enfermer un enfant dans sa pathologie et de réduire ainsi ses perspectives d'avenir. Le rapport IGAS-IGEN n°2002 003 et 2002 004 de janvier 2002 contredit cette théorie en soulignant que la méconnaissance des troubles peut avoir des conséquences plus graves que les dangers d'une stigmatisation précoce.

- **Un diagnostic précoce, pourquoi ?**

Parce que ce diagnostic, de par la gravité et la durabilité du trouble va entraîner un projet thérapeutique pluridisciplinaire :

- ✓ Une rééducation orthophonique précoce et pluri-hebdomadaire, facteur de bonne évolution
- ✓ Une guidance parentale précoce
- ✓ Une adaptation scolaire, mise en place d'un PAI, information auprès des enseignants
- ✓ Une rééducation psychomotrice, de la remédiation neuropsychologique et une psychothérapie selon les besoins
- ✓ Le non-maintien des enfants dysphasiques en maternelle (malgré le désir des enseignants), et l'entrée précoce dans l'apprentissage de la lecture. Le pronostic scolaire devient satisfaisant, en particulier lorsque le trouble de production phonologique est isolé.
- ✓ Une meilleure insertion sociale : l'enjeu du diagnostic dépasse le cadre de la réussite scolaire et déborde sur le développement global de la personnalité de l'enfant : l'échec scolaire chez un enfant intelligent représente un risque majeur de dépression et de désadaptation sociale.

4- Annonce du diagnostic et éducation thérapeutique

4.1- Annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic est un moment difficile pour les parents, il faudra que l'orthophoniste explique clairement la nature du trouble, les troubles associés et les évolutions possibles. Expliquer aux parents que l'évolution est lente et que les objectifs thérapeutiques à court terme sont modestes malgré une prise en charge longue et intensive. Il est important de souligner que l'objectif thérapeutique n'est pas la guérison mais l'amélioration des capacités de communication et langagières du patient.

Il conviendra de choisir un langage simple et ne pas cacher les limites de nos connaissances dans le domaine de la dysphasie. Etre réaliste n'exclut pas une once d'optimisme et d'enthousiasme qui sera nécessaire à l'implication familiale dans le processus de rééducation

Dès l'annonce du diagnostic l'orthophoniste introduit la notion d'éducation thérapeutique et conseille aux parents de modifier leur manière de parler et de communiquer à l'enfant. Cette information peut-être très mal vécue par la famille qui culpabilisera et se sentira coupable du trouble de leur enfant. Il convient de souligner que les causes nous importent peu et que seule l'amélioration du langage de leur enfant doit être un sujet de préoccupation.

L'orthophoniste doit être à l'écoute des inquiétudes, des questions, des suggestions des parents. Il existe des associations vers lesquelles les diriger comme *Avenir dysphasie* où ils pourront communiquer avec d'autres parents d'enfants dysphasiques et échanger leurs expériences.

4.2- L'éducation thérapeutique

« L'acquisition du langage et de la langue maternelle se réalise à l'intérieur d'un contexte social déterminé et grâce à lui. » Marc Monfort (2),

L'entourage de l'enfant joue un rôle indéniable dans le développement de l'enfant. Ne pas impliquer l'entourage limiterait de manière significative l'impact de la rééducation sur le langage de l'enfant. Comme le souligne Monique Touzin (23) « l'enfant est en souffrance dans sa communication précoce avec son entourage et donc avec ses parents, c'est avec eux que l'orthophoniste doit débiter le travail. »

La prise en charge orthophonique des dysphasiques se fait dans le meilleur des cas à raison de 3 ou 4 séances par semaine ; ce qui peut sembler beaucoup pour un jeune enfant mais qui est en fait très peu compte tenu de la sévérité des troubles dysphasiques.

Les parents sont vivement encouragés à suivre les premières séances de rééducation. Les temps d'échange avec les parents permettront de mettre en évidence les conduites adaptées à encourager et à renforcer mais aussi à détecter des attitudes à supprimer.

Marc Monfort (2) liste 6 objectifs principaux de la guidance parentale :

- ✓ Développer les aptitudes d'observation.
- ✓ Réduire les tendances dirigistes.
- ✓ Apprendre à mieux adapter la communication et le langage.
- ✓ Apprendre à créer des situations communicatives
- ✓ Eliminer ou réduire les comportements clairement négatifs
- ✓ Apprendre des techniques spécifiques

L'éducation thérapeutique sera proposée avec tact à la famille car c'est un point délicat, l'orthophoniste ne devra pas donner une image toute puissante d'elle-même face à des parents ayant la certitude d'avoir « mal fait » et portant la culpabilité du trouble de leur enfant. On donnera certains conseils en expliquant bien leur importance. Le ton ne devra pas être accusateur mais toujours bienveillant.

Nous ne reprendrons pas ici les 6 points de Monfort mais quelques conseils dans la manière de s'adresser à l'enfant et d'adapter la vie quotidienne au trouble.

- **Modifier la façon de s'adresser à l'enfant**

- ✓ Parler plus lentement et plus clairement, ralentir le rythme des échanges et du tour de parole en raison d'une attention labile et de lenteur d'intégration des stimuli sonores.
- ✓ Eviter de laisser entendre des bribes de conversations entre adultes qui pourraient être mal interprétées par l'enfant.
- ✓ Parler en regardant l'enfant, en s'exprimant de façon intelligible et lentement, éviter de l'appeler d'une autre pièce.
- ✓ Ne pas simplifier son langage à l'excès, adapter son langage à l'âge de l'enfant et non à son niveau d'expression.
- ✓ Enrichir le vocabulaire par l'imprégnation, si la compréhension n'est pas bonne la première fois elle le sera les fois suivantes grâce à la répétition.
- ✓ Si une production n'est pas comprise, la redonner en la reformulant et non en la répétant.
- ✓ Eviter de donner les mots, favoriser l'expression de périphrases.
- ✓ L'aider par le contexte, par l'ébauche orale à trouver le mot manquant. Donner le mot est nécessaire si l'enfant risque de perdre le fil de son idée ou de son raisonnement.
- ✓ Accepter la lenteur, ne pas mettre la pression sur l'enfant laisser le temps à sa pensée de se construire dans le silence ou par essais-erreurs.
- ✓ Respecter le temps de parole.
- ✓ Eviter les phrases complexes, toujours attirer l'attention avant de donner une consigne, anticiper sur son déroulement, respecter l'ordre chronologique par exemple « tu vas aller dans ma chambre, tu vas me chercher mon agenda, je vais te dire où il est : il est sur ma table de chevet ». Et valider que la consigne a bien été comprise. Si la consigne comporte plusieurs étapes chronologiques on peut les souligner en les comptant sur les doigts.
- ✓ Encourager l'imitation réciproque
- ✓ Développer la communication non verbale.
- ✓ Faire en sorte de multiplier et prolonger les échanges verbaux.

- ✓ En cas d'échec de production faire une hypothèse de compréhension ou une répétition interrogative.
- ✓ Adapter une attitude positive d'encouragement et se montrer fier de ses progrès.
- ✓ Ne pas corriger l'enfant de manière explicite, évitez les « on ne dit pas ça comme ça mais ainsi.. »

- **Adapter son comportement à l'égard de l'enfant**

- ✓ L'enfant dysphasique a besoin plus que d'autres de repères, de routines, dans la mesure du possible il convient d'éviter les changements d'établissements scolaires, de rééducateurs, d'environnement.
- ✓ Instaurer des rituels qui sont des repères pour l'enfant qui l'aident à se construire et à se rassurer.
- ✓ Donner à l'enfant des tâches à réaliser à la maison (rangement, organisation de la vie quotidienne) ces prises de responsabilité favoriseront son adaptation à la vie en société.
- ✓ Exploiter les centres d'intérêt à l'extérieur de l'école qui sont le terrain d'expériences valorisantes.
- ✓ Favoriser les échanges avec les autres, inviter des amis le laisser partir chez des amis (qui seront informés du trouble).
- ✓ Pendant les repas qui sont des moments privilégiés de communication dans la famille, il faut éviter les perturbations extérieures (télévision, radio, téléphone).
- ✓ Choisir des lectures, des sources d'enrichissement dans un domaine qui intéresse l'enfant en priorité pour préserver sa motivation.
- ✓ Aider l'enfant à planifier, rythmer la journée, la semaine, l'année le plus régulièrement possible et éviter les changements. Créer un emploi du temps de l'enfant et de la famille.
- ✓ Ranger les affaires de l'enfant avec lui en l'aidant à mémoriser ses repères, à catégoriser à organiser ses affaires
- ✓ Souligner la réussite de l'enfant, pour lui, qui a une grande conscience de son trouble et souffre d'une mauvaise image de lui, mais aussi pour permettre à la famille de mieux-vivre l'enfant.
- ✓ Valoriser l'utilisation des systèmes de compensation.

- ✓ Supprimer les reproches, les punitions, les remarques désobligeantes liés au langage.

Il sera souhaitable de travailler également en proche collaboration avec les enseignants, les informer sur le trouble, souligner les difficultés que l'enfant va rencontrer sur le plan des apprentissages en classes et sur le plan relationnel en raison de ses problèmes de communication.

Le trouble dysphasique déroute souvent les enseignants qui le connaissent mal. Ce trouble peut évoquer des troubles de la personnalité qui peuvent conduire à une orientation catastrophique des enfants vers des structures psychiatriques. Il est donc urgent de poser le diagnostic de dysphasie pour obtenir le maintien dans le cycle normal avec une rééducation orthophonique intensive et une adaptation de l'enseignement.

Le travail devra se faire en étroite collaboration avec un projet d'intégration scolaire ou PAI ou un Projet Personnalisé de Scolarisation PPS afin de fixer des objectifs communs, adapter la pédagogie et mettre en place une prise en charge pendant le temps scolaire. Nous reviendrons sur ce travail dans le chapitre consacré à l'avenir des enfants dysphasiques et leur scolarité

La dysphasie est un trouble durable qui résiste à la rééducation orthophonique contrairement aux retards de langage. Il est important de rappeler aux parents que l'objectif de la rééducation orthophonique n'est pas une normalisation de ce langage mais d'assurer une adaptation sociale et affective optimale.

C-Prise en charge orthophonique des dysphasies

L'orthophonie est prescrite systématiquement mais, comme le souligne Joël Uzé (13), elle recouvre des pratiques très diverses. Nous ne reprendrons pas ici les différentes approches orthophoniques de la rééducation, mais nous aborderons dans ce chapitre les principes de prise en charge propres à la dysphasie comme le principe de précocité et d'intensité, les axes prioritaires de travail et nous apporterons une attention toute particulière à l'apprentissage de la lecture et aux systèmes augmentatifs.

Nous insisterons sur ce qui fait la spécificité de la rééducation orthophonique de la dysphasie, en soulignant l'intérêt d'un diagnostic précoce pour une rééducation adaptée.

La rééducation de la dysphasie peut sembler décourageante pour l'orthophoniste qui, face à une attente forte de la famille et du système scolaire n'obtient qu'une progression lente et laborieuse du langage de l'enfant. Il conviendra malgré tout d'insister sur le caractère primordial d'une prise en charge précoce et intensive.

1- Le principe de précocité et d'intensité :

L'enfant dysphasique rencontre des difficultés scolaires importantes notamment lorsqu'il est confronté au langage élaboré. C'est pourquoi la rééducation sera intense, de longue durée. Le rééducateur devra travailler de concert avec les enseignants et la famille afin de s'adapter au mieux à la scolarité.

1.1- Principe d'intensité

La dysphasie est unanimement reconnue comme une atteinte profonde et durable, la prise en charge orthophonique sera longue et intensive. Comme nous l'avons souligné dans la guidance parentale, l'objectif rééducatif n'est pas forcément la normalisation du langage mais le développement de la communication et du langage dans des conditions optimales.

Gérard (1) conseille aux orthophonistes de « préparer la famille à un accompagnement thérapeutique de longue durée, à un travail jamais achevé, pour lequel les objectifs et les principes d'action doivent être régulièrement remis en question. »

Pour D. Potier (11), il est tout de même envisageable d'introduire des pauses thérapeutiques en réponse à la lassitude que ne manqueront pas d'engendrer les 3 ou 4 séances orthophoniques hebdomadaires. Mais ces pauses ne seront pas faites à n'importe quel moment de la rééducation : il sera impératif de reprendre la rééducation à l'adolescence pour accompagner et aider le jeune dans la poursuite de ses études et dans son insertion sociale.

Si parfois la lenteur d'une telle rééducation peut décourager les orthophonistes, parents et les enfants les plus optimistes, il convient de se rappeler de ce que Monfort disait : « (...) l'évolution du langage de ces enfants n'a en principe d'autres limites que celles marquées par la propre ambition de celui-ci et de son entourage. »

1.2- Le principe de précocité de Claude Chevrie-Muller

Selon Chevrie-Muller, il est primordial de débiter la prise en charge précocement et ce pour trois raisons principales :

Il existe une période critique optimale pour l'apprentissage du langage, si la rééducation se fait pendant celle-ci, les acquisitions seront plus naturelles, durables et rapides.

Plus l'enfant est rééduqué jeune, plus l'orthophoniste peut jouer sur sa plasticité cérébrale et restructurer ses voies réceptives et expressives.

Une prise en charge précoce permet de contrôler et d'éviter les conduites négatives et les réactions inadaptées de l'entourage. La guidance parentale sera plus efficace. Le trouble de l'enfant sera mieux compris en famille et à l'école ce qui pourra limiter les troubles du comportement et de l'humeur de l'enfant.

2- Axes de la prise en charge :

Il sera indispensable et ce, malgré l'importance des troubles du langage oral, de ne pas négliger le travail sur les compétences acquises et mises en place. Pour éviter que l'enfant soit en constante situation d'échec ou de difficulté (situations qui auront pour effet de démotiver, lasser et dégouter l'enfant de sa rééducation, qui est évidemment contre productif), travailler sur « ce qui fonctionne » c'est développer et dynamiser les moyens de compensation que chaque enfant met en place pour pallier son trouble.

2.1 La correction des mécanismes atteints

- Approche fonctionnelle- approche formelle :

Dans le cadre de la dysphasie l'approche fonctionnelle qui consiste à construire le langage dans l'interaction et les situations de communication au cours d'activités libres ou semi-dirigés sera généralement insuffisante. L'approche formelle, basée sur l'apprentissage du fonctionnement du langage (phonologie, lexique syntaxe...) sera nécessaire.

« Dans certains cas la différence entre le développement général de l'enfant et sa capacité de langage est telle qu'il devient nécessaire d'introduire certaines techniques formelles pour s'assurer l'apprentissage de contenus spécifiques. » Monfort (2)

Il convient que cette approche formelle soit soumise à une analyse fonctionnelle sans laquelle la généralisation des apprentissages sera difficile.

- Travail sur la pragmatique:

L'enfant dysphasique parle peu en raison de la conscience aiguë qu'il a de son trouble. Le travail de l'orthophoniste sera de travailler sur les fonctions du langage avant de s'occuper de la forme. L'enfant dysphasique a un langage formel déficitaire et de grandes difficultés d'ordre pragmatique qui le gênent pour entretenir une conversation. Il aura beaucoup de mal à prendre en compte son interlocuteur, à s'adapter au contexte et à maintenir le thème de la conversation.

Les principales caractéristiques de la pragmatique :

- L'aspect conversationnel :

Converser ne se réduit pas à un échange de paroles entre deux interlocuteurs, il y a des règles à respecter comme le maintien du regard, le respect du tour de parole, l'amorce de la conversation, le choix du thème et le maintien de celui-ci. Elles sont tout aussi importantes que les productions verbales échangées.

Il convient de souligner ces aspects sinon de les apprendre à l'enfant dysphasique qui aura tendance à fuir le regard de son interlocuteur, à n'avoir aucune initiative de conversation, à ne pas donner de réponses appropriées par défaut de compréhension ou peur de dévoiler son trouble.

- L'adaptation à l'interlocuteur

Le discours diffère tant au niveau de la forme que de son contenu en fonction de son interlocuteur.

- **Les fonctions du langage**

Il convient de travailler sur les cinq fonctions du langage :

- ✓ La fonction incitative : celle qui accompagne ou planifie l'action.
- ✓ La fonction informative : celle qui permet d'identifier, de nommer, de reconnaître ...

- ✓ La fonction projective : celle qui nous permet de déduire des inférences, de prévoir des événements, de trouver une solution...
- ✓ La fonction relationnelle : celle qui permet d'exprimer ses goûts, ses opinions
 - ✓ La fonction ludique et poétique : celle qui permet d'inventer une histoire, qui accompagne le jeu symbolique...

- Travail de la phonologie :

Pour Chevrie-Muller, la conscience phonologique c'est : « la capacité d'analyser les composantes de la parole et d'effectuer sur elles des opérations concrètes. » C'est un travail primordial dans la rééducation orthophonique en particulier pour les dysphasies phonologico-syntaxique. Ce travail conditionne l'aptitude qu'aura l'enfant dans l'apprentissage du langage écrit « l'habileté à percevoir et manipuler les phonèmes apparaît bien constituer le plus fort prédicateur de l'efficacité en lecture » E. Demont et J.E Gombert (15) mais aussi améliore la parole et le langage oral. Comment travailler la conscience phonologique ?

La conscience phonologique se travaille sur deux niveaux

- ✓ Le niveau syllabique :

Travail de segmentation et de manipulation syllabiques, comptage syllabique, fusion, suppression, ajouts, inversions, catégorisation : trouver la syllabe commune à une liste de mot, fluence syllabique, rimes...

- ✓ Le niveau phonémique

Segmentation, discrimination, localisation, manipulation de phonèmes...

Chacun de ces exercices s'appuiera sur des systèmes augmentatifs :

- Support visuel comme la lecture labiale , gestes Borel-Maisonny, marques de DNP, jetons, support écrit ...
- Signaux kinesthésiques : recours aux indices articulatoires qui permettront à l'enfant de percevoir les différences entre certains phonèmes. On expliquera à l'enfant les modalités d'émission de chaque phonème : souffle, explosion, perception de vibrations laryngées mais aussi des schémas des positions articulatoires.

Tous ces exercices seront proposés en réalisation et mémorisation afin de parvenir à une automatisation.

Cet axe de rééducation, ce travail de conscience phonologique soutendra l'apprentissage de la langue écrite qui reste le pivot de la rééducation.

- Travail du lexique :

Le lexique de l'enfant dysphasique est souvent déficitaire tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Les exercices auront pour but d'élargir le stock et d'en faciliter l'accès.

Ce travail se fera selon quatre versants :

- ✓ La dénomination : l'image du mot
- ✓ La désignation : du mot à l'image
- ✓ De la définition au mot
- ✓ Du mot à la définition

Les exercices seront de divers types : classements sémantiques, recherches d'intrus, devinettes...et les supports seront variés, livres imagiers, memory lotos, magazines. **Et dès que possible utiliser des supports visuels.**

Chez l'enfant plus grand il est impératif de travailler le langage abstrait, les synonymes, les antonymes...

Le patient souffrant de dysphasie phonologico-syntaxique souffre d'un trouble de l'évocation lexicale, D. Plotier (11) souligne qu'un travail précis du lexique et de son organisation permettent de réduire significativement ce trouble.

Le travail de l'évocation de dénomination simple est insuffisant. Le manque du mot est lié au contrôle sémantique, il convient donc de travailler sur les réseaux lexicaux. Ce travail se fera sous forme de classement d'images selon un critère, d'associations d'idées, de synonymes, de catégorisation des mots de recherche de mots d'après une définition...

- Travail de la syntaxe :

Si on admet que la compréhension de l'enfant dysphasique est de meilleure qualité que son expression, elle n'en demeure pas moins sub-normale. On note souvent chez ces enfants des difficultés de compréhension fine des marqueurs syntaxiques.

Sur le plan expressif, les erreurs touchent les flexions verbales, les prépositions, les erreurs de genre de cas sur les pronoms personnels.

Le dysphasique conscient de ses difficultés va les masquer en privilégiant les constructions simples de type Sujet/verbe, sujet/verbe/objet.

Si l'enfant s'exprime peu, il faudra développer la longueur des phrases et le laisser parler sans l'interrompre pour corriger ses erreurs. L'orthophoniste les notera et les reprendra plus tard.

L'objectif de la rééducation sera de développer les compétences syntaxiques. On partira des structures simples : Sujet/verbe que l'on enrichira selon les axes syntagmatique et paradigmatique. Les exercices devront suivre la progression normale du langage, ne présenter qu'une difficulté à la fois et se limiter à l'exercice ciblé, il ne faut pas par exemple reprendre l'enfant sur ses productions phonologiques lors de ces exercices.

Le travail se fera de manière répétitive jusqu'à la généralisation de la notion étudiée.

Le langage écrit est non seulement le moyen privilégié mais l'objectif principal de la rééducation.

2.2 Le développement des stratégies de compensation

C'est ce que Monfort (1) nomme « le principe de surdéveloppement des aptitudes ».

L'enfant est souvent en situation de difficulté, le thérapeute devra veiller à valoriser l'image que l'enfant a de lui-même en s'appuyant sur ses compétences cognitives qui sont normales voire supérieures à la moyenne (rappelons la grande différence entre son QI verbal et son QI performance en faveur de ce dernier).

Ces capacités préservées ou surdéveloppées lui permettront de construire des systèmes palliatifs efficaces.

Il sera utile par exemple d'encourager l'utilisation de la mimo-gestualité qui est une des composantes de la pragmatique du langage préservée chez le dysphasique.

Cette aptitude est une aide précieuse pour se faire comprendre de son interlocuteur.

Des aptitudes jouant un rôle important dans les apprentissages scolaires sont à renforcer également. Le système de prise d'information visuelle sera une aide indispensable au montage de la lecture. Renforcer et entraîner la mémoire de travail aura un impact sur rééducation du langage orale (conscience phonologique) mais est aussi un des garants de la réussite scolaire.

Ce travail de renforcement sera de tout type et dépendra essentiellement de la nature et des troubles associés à la dysphasie.

2.3 Systèmes augmentatifs :

Pour les dysphasiques dont le langage est très déficitaire, « il faut avoir recours à des modifications des processus d'apprentissage, à certains procédés d'ajustement étrangers, à l'interaction naturelle » (Monfort et Juarez-Sanchez, 1996)

Les systèmes augmentatifs seront à utiliser dès le début de la rééducation et non face à une situation d'échec. Selon Monfort le rééducateur doit en « donner un maximum au début et réduire leur utilisation au fur et à mesure des progrès de l'enfant. »

Les moyens augmentatifs sont utilisés par l'orthophoniste pour renforcer sa compréhension en lui proposant un modèle de parole accessible à d'autres canaux que l'audition et qui permettent de faciliter la discrimination, l'identification, le découpage en séquences et la mémorisation des éléments qui constituent la parole et le langage.

Ces moyens viseront à pallier le déficit de traitement auditif de l'information, en stimulant la voie visuelle, kinesthésique, des sensations proprioceptives. C'est le principe de multisensorialité de Monfort (2) « le renforcement de toutes les voies sensorielles susceptibles de compléter, voire de substituer, l'audition, dans la tâche de percevoir, d'analyser et d'emmagasiner la parole et le langage ».

Il sera important de présenter des modèles clairs, précis d'introduire des systèmes augmentatifs de communication (canal visuel, support kinesthésique, mélodie...), de privilégier le langage écrit. La lecture devra être considérée comme un véritable outil de rééducation même si l'âge chronologique de l'enfant ne correspond pas à l'âge habituel de l'apprentissage de la lecture.

Françoise Coquet (16) souligne que les systèmes augmentatifs ont certes un rôle en réception, car ils permettent la facilitation de la discrimination et de l'identification de la parole et du langage, mais ils ont un rôle en expression quand les enfants les imitent et s'en servent « comme étayage entre l'élaboration du sens et l'émission de l'énoncé ».

✓ **Les gestes**

✓ Mimogestualité

En accompagnant ou même en se substituant totalement au langage, le mime permet une appropriation ou un renforcement de choses difficiles à exprimer par le langage. « Quand l'enfant qui ne parle pas manifeste ce qui lui traverse l'esprit, il n'a, pour le faire, que le moyen du geste, de l'attitude, de la mimique(...) et c'est par les mêmes moyens que nous lui répondons, mais avec en arrière plan tout une organisation linguistique qui nous permet de doubler, préciser, nuancer mais surtout traduire verbalement et son discours et le nôtre » Borel 1979.

✓ Gestes/signes du français signé

Dans cette méthode le signe de la LSF ne vient qu'en appui lexical. La LSF n'utilise pas la même syntaxe que le français, il n'est donc pas possible de l'utiliser pour « doubler » le message oral, les signes sont présents qu'en guise d'appui lexical. Ce système donne une information visuelle qui soutient un travail d'enrichissement du lexique en laissant une marque plus accessible à l'enfant dysphasique qu'une simple empreinte auditive.

✓ Gestes d'appui de la prononciation

▪ Gestes Borel-Maisonny :

Ces gestes ont été élaborés par Madame Suzanne Borel-Maisonny à l'intention des sourds dans une optique de « substitution du langage intégralement parlé, au langage mimé, puis au langage mixte ». La méthode phono-gestuelle est constituées de 37 gestes perceptifs qui ont pour but de faciliter l'apprentissage en créant des associations geste/forme parlée/forme écrite. Ces gestes manuels ont un rapport analogique avec une caractéristique articulatoire du phonème ou avec la lettre qu'ils visualisent.

- **Dynamique naturelle de la parole**
 Cette méthode développée par Madeleine Dunoyer de Segonzac prône la « libération du geste pour une libération de la parole ». La méthode est une méthode verbo-tonale qui fait appel aux mouvements corporels, la voix, emportée par l'élan des mouvements se pose correctement et l'articulation est mieux sentie. Cette méthode est plus généralement utilisée avec les déficients auditifs mais elle présente un intérêt particulier dans les cas de dysphasie ; elle complète l'effort d'écoute du phonème par l'enfant en portant son attention sur le visuel et le tactile en plus de l'auditif. Cette méthode sera une aide précieuse à la préparation de l'apprentissage de la lecture.

- **Méthode verbo-tonale**
 Créée par le phonéticien et linguiste Guberina pour la rééducation de la parole et de l'audition des sourds, cette méthode valorise le corps en l'utilisant comme « récepteur auditif ». Le mouvement corporel sensibilise l'enfant et lui permet de percevoir les qualités phonétiques et motrices des sons de la parole qui lui permettent d'acquérir une bonne articulation.

✓ **Modification de l'intonation**

La modification de l'intonation facilite l'intégration du message par le canal auditif en renforçant le schéma mélodique de la phrase

- **Le « parler nourrice »**
 C'est la manière douce et mélodieuse que prennent naturellement les mamans lorsqu'elles parlent à leurs bébés. C'est une manière plus lente et plus chantante de parler qui facilite l'intégration de la parole. Le docteur Tallal a montré qu'en allongeant le temps séparant le fin de la prononciation de la consonne et le début de la voyelle, la discrimination des sens, la compréhension et l'expression du langage s'amélioreraient.

- Thérapie mélodico-rythmique

Le but de cette thérapie, imaginée par Madame Suzanne Borel-Maisonny, est de travailler sur le schéma corporel, l'orientation, le rythme, la durée, l'intensité, la synchronisation du geste et de la parole.

✓ **Support graphique**

- Idéogrammes et pictogrammes

Comme le disait Saussure le signe est arbitraire : il n'y a aucun rapport entre le signifié et le signifiant. Le symbole peut se définir par un rapport d'analogie entre le signifiant et le signifié, Saussure, 1916 : « le signe a pour caractère de n'être jamais arbitraire ; il n'est jamais vide, il y a un rudiment de lien naturel entre le signifiant et le signifié. »

L'utilisation de pictogrammes permet à l'enfant dysphasique de retrouver plus facilement le signifié. Le pictogramme va permettre à l'enfant de mettre en place une activité de représentation à laquelle il n'avait pas forcément accès auparavant. Cette représentation pourra lui permettre de maîtriser l'organisation du monde externe sur le plan spatio-temporel et mettre en récit les événements de sa vie quotidienne, J. Uzé. Si comme l'affirme Vygotsky le développement de la pensée dépend du langage, le pictogramme sera un moyen pour l'enfant dysphasique de construire sa pensée et son intelligence.

Stables et manipulables ordonnés dans l'espace ils traduisent visuellement le message et permettent une symbolisation des concepts abstraits. En expression ils peuvent être manipulés pour construire un énoncé.

- Supports graphiques de la parole

Ils permettent de visualiser les caractéristiques acoustiques de la parole ce sont les modèles informatisés, les schémas vibratoires (Borel-Maisonny), Trace de DNP.

3 Apprentissage de la lecture:

« L'apprentissage du langage écrit doit toujours être considéré comme l'un des buts principaux et aussi comme l'un des moyens de la rééducation orthophonique » C.L Gérard

Nous consacrons une grande partie de ce chapitre à la remédiation du langage écrit chez l'enfant dysphasique. Cet enseignement est un élément crucial de la prise en charge ; il est communément admis dans la littérature que le passage à l'écrit a une influence positive sur les productions orales de l'enfant. Nous expliquerons comment l'enfant y a accès alors qu'il ne possède pas les « pré-requis » chers à l'éducation nationale ; comment l'écrit structure le langage oral, mais aussi, les limites et les difficultés de cette prise en charge.

Rappelons que cet enseignement est considéré comme un des systèmes augmentatifs, en soutien au langage oral défaillant. Il doit être fait le plus tôt possible.

Comme le souligne Gérard (1) la précocité de cet apprentissage a deux buts principaux : empêcher que s'installent des systèmes de déviations qui reproduiraient à l'écrit ceux de l'oral, et permettre à l'enfant de visualiser le modèle linguistique qu'il peut utiliser, et lui donner un modèle pour la structuration de son discours.

La maîtrise de la langue écrite est d'un intérêt capital pour l'avenir de l'enfant dysphasique. Cet apprentissage nécessite un enseignement adapté où l'orthophoniste va jouer un rôle indispensable grâce à une remédiation spécifique s'inscrivant sans une collaboration étroite parents/enseignant/orthophoniste.

- **Comment l'enfant dysphasique apprend-il à lire ?**

Comme le soulignent P. Zesiger, M. Brun T. Nanchen(21), il y a une continuité entre l'oral et l'écrit . Sur le plan linguistique, le principe phonographique représente plus de 80% de l'écrit et la syntaxe est la même (Lentin, 1984). Dans ces conditions l'apprentissage de l'écrit chez un enfant présentant un trouble spécifique du langage oral relève du défi. Ne maîtrisant pas la langue orale l'enfant s'appuie peu sur ses connaissances linguistiques emmagasinées. Mais la langue écrite servira de tremplin ou de renfort à l'acquisition de la langue orale.

- **La question des pré-requis :**

L'accès à l'apprentissage de la lecture est soumis par l'éducation nationale à l'acquisition d'un certain nombre de pré requis, qui sont : la maîtrise du langage oral, la conscience phonologique, la maîtrise de la prise d'informations visuelles et la mémoire de travail. Il est évident que les enfants dysphasiques ne les possèdent pas, ce qui conduit, encore aujourd'hui, à leur maintien en grande section de maternelle. Ce maintien n'est pas systématique, l'orthophoniste joue un grand rôle dans le passage au cours préparatoire de ces enfants en informant et en sensibilisant les enseignants à la remédiation orthophonique visant à développer les processus cognitifs sous-jacents nécessaires à l'apprentissage du langage écrit.

L'investissement des dysphasiques dans l'écrit nous pousse à interroger le bien-fondé des pré-requis à la lecture. Dès 1980, N. Vangrunderbeeck (17) remettait en question cette notion : « La première erreur a été de penser que l'enfant était incapable d'aborder l'apprentissage de la lecture tant qu'il n'avait pas atteint un niveau suffisant de développement des aptitudes en jeu dans la lecture. », et iconoclaste, affirmait que c'était cet apprentissage de la lecture qui permettait de mettre en place et de consolider l'organisation spatiale, les notions linguistiques, et l'organisation temporelle. Que la lecture était en quelque sorte le pré-requis des pré-requis.

Dans leur étude sur les « relations entre conscience phonologique et apprentissage de la lecture : peut-on sortir d'une relation circulaire ? » (18), E. Demont et J.E. Gombert étayaient cette théorie en prouvant que l'apprentissage de la lecture et de la conscience phonologique se développent en interaction et se renforcent mutuellement. Edwalt Velz dans son article sur les pré-requis s'indigne contre ceux-ci qui privent une partie des enfants des enseignements fondamentaux : « Interdire à l'enfant l'apprentissage de la lecture ou du calcul, sous le prétexte de quelque manque de pré-requis ou de maturité, c'est ignorer le constat fondamental qui nous apprend que **le développement et la maturation suivent les apprentissages.**

Vygotski (1964) notait que « Le processus du développement suit celui de l'apprentissage qui crée une zone de développement potentiel ».

C. Boutard (11) insiste sur l'importance de l'évaluation de ces pré-requis pour adapter son programme de rééducation. Mais que quels que soient les résultats de ces évaluations, ils ne devront en aucun cas retarder la mise en place du langage écrit, « l'enfant dysphasique peut en effet, bien que de façon imparfaite, développer un langage écrit, sans que certains pré-requis ne se mettent jamais réellement en place. » (11)

Ce n'est pas pour autant que l'apprentissage de l'écrit sera aisé pour l'enfant dysphasique, d'où l'importance du rôle de l'orthophoniste qui devra trouver le type d'apprentissage adéquat au trouble de son patient et avoir recours à moult systèmes augmentatifs. Cet abord devra se faire le plus tôt possible et passera par le développement du stock visuel (reconnaissance globale de mots) et des compétences méta phonologique qui sont très déficitaires chez ses enfants.

- **Par delà les pré-requis, une autre vision de la lecture :**

Apprendre à lire, aborder l'écrit requiert des compétences métalinguistiques c'est-à-dire la capacité d'interroger la langue, cette capacité est altérée chez le dysphasique. Mais L'écriture ne se résume pas à un système de signes graphiques porteurs d'informations c'est de la langue qui est écrite, c'est un outil de communication un vecteur de culture. Gérard Chauveau (19) définit deux autres compétences nécessaires au savoir lire :

- ✓ Les compétences conceptuelles

Apprendre à lire ne se borne pas à déchiffrer un message c'est surtout être capable de comprendre et de conceptualiser la lecture et l'écriture, de comprendre comment cette langue écrite fonctionne. Cette compétence sera plus accessible à l'enfant dysphasique car le support est écrit, visuel et plus facilement perceptible par lui pour peu qu'on le guide.

✓ Les compétences culturelles

Lire est une activité culturelle, le lecteur doit pouvoir identifier les différents supports écrits et savoir à quoi ils servent. On ne lit pas un plan comme une recette de cuisine comme une lettre des impôts comme un roman, l'apprentissage de la lecture passe par l'apprentissage des différents supports de lecture et savoir pourquoi on les utilise. C'est la notion d'intentionnalité de la lecture, il conviendra de sensibiliser très tôt le petit dysphasique à tous les supports écrits qui l'entourent.

Cette vision de la lecture rend son apprentissage accessible au dysphasique qui, certes handicapé par des compétences métalinguistiques déficitaires, pourra s'appuyer sur d'autres compétences pour y arriver. Encore faut-il le lui permettre.

• **Les compétences de l'enfant dysphasique :**

L'enfant dysphasique n'est pas dans une situation idéale pour apprendre à lire, la faiblesse de son langage oral et les importantes similitudes entre la langue orale et la langue écrite rendent l'entreprise délicate. Mais comme le souligne Dussart (20) l'enfant dysphasique a des qualités qui lui permettront de s'affranchir de ces difficultés.

Il est généralement mu d'un fort désir de communiquer et d'apprendre. La forte conscience qu'il a de son trouble stimule sa motivation à trouver des moyens de communiquer, il a un fort désir de socialisation. Il est en général persévérant dans son travail. Il pourra s'appuyer sur son intelligence non verbale qui est normale ou supérieure à la normale et sur sa motricité globale, s'il n'est pas dyspraxique. Il a un grand sens de l'observation et d'imitation.

• **La remédiation orthophonique:**

« La rééducation orthophonique doit s'attacher à faire acquérir à l'enfant des notions de lecture qui vont lui permettre d'accéder à une compréhension de la structure de la langue orale et qui vont donc servir de support à la rééducation du langage oral » Monique Touzin (23).

L'orthophoniste devra exploiter ces compétences, et au besoin, les renforcer et les valoriser. Les méthodes s'appuyant sur un ancrage visuel favoriseront la remédiation en permettant de s'appuyer sur les processus préservés.

Comme le souligne Gérard (24) commentant l'étude Haynes et Naidoo (1991), « Il y a des formes contraintes d'acquisition de la lecture chez les enfants dysphasiques qui n'ont rien à voir avec ce qui se passe chez l'enfant normal. » Ces contraintes imposent donc une méthodologie particulière, certains enfants seront incapables de maîtriser le concept phonologique et ne pourront pas l'utiliser pour passer par le stade alphabétique.

Il convient donc d'adapter la méthodologie d'apprentissage à ce qui est préservé chez l'enfant et donc, d'envisager un apprentissage individualisé.

C'est ce que prône d'ailleurs Gérard (24) en insistant sur quelques impératifs relatifs à l'apprentissage de la lecture de l'enfant dysphasique :

- « Une précocité de l'intervention rééducative développant au maximum les outils qui permettront ces compensations ; «le caractère non physiologique des modes d'apprentissage du langage écrit justifie que celui-ci soit confié comme l'est le langage oral essentiellement aux orthophonistes
- Une différenciation en fonction du type de dysphasie des stratégies d'apprentissage de la lecture. »

C. Boutard (11) reprend cette notion d'individualité de l'apprentissage en insistant sur l'impératif de faire un bilan complet des compétences de l'enfant. C'est à partir de ce bilan que l'orthophoniste saura quelles compétences renforcer et sur quelles compétences s'appuyer pour développer ce langage écrit.

Parallèlement, il faudra insister sur la compréhension lexicale, morphosyntaxique et métalinguistique ; toujours vérifier la compréhension des mots et des textes. Développer le stock lexical orthographique, renforcer la phonologie et sensibiliser l'enfant à tout type d'écrit auquel il est ou sera confronté.

Il faudra l'exercer à transférer les apprentissages effectués par le biais de la langue écrite dans son langage spontané. Il est impératif que l'enfant puisse se servir de tous ses apprentissages dans sa vie quotidienne. Il faut que l'enfant s'approprie le langage. Le risque chez ces enfants avides d'apprendre c'est le placage de formules toutes faites. Il faut que l'enfant réussisse à utiliser ses connaissances dans le domaine verbal, apprises dans un certain contexte, pour leur donner un autre sens.

3.1 Les apports de l'écrit sur le langage de l'enfant dysphasique

Ce paragraphe reprend en partie les travaux de Monique Bachelier, institutrice spécialisée dans un institut pour enfants dysphasiques à Strasbourg(22)

- **Renforcer l'appétence pour le langage oral**

Le contact répété avec la littérature renforcera l'appétence de l'enfant pour le livre, le plaisir de lire et le plaisir de parler se renforcent réciproquement.

La lecture d'histoires fera l'objet de nombreuses activités langagières et naturellement permettra d'effectuer de nombreux apprentissages sur l'écrit.

- **Les apports du livre dans le domaine spatio-temporel :**

La lecture d'histoires permet également de renforcer les acquis de l'enfant dans le domaine spatio-temporel. Les exercices et activités portant sur la chronologie du récit sollicitent la mémoire séquentielle de l'enfant qui devra faire appel à des repères dans le temps et dans l'espace pour mémoriser le déroulement des actions. Pour ce faire il doit apprendre à organiser sa pensée.

Ces repères spatiaux sont les mêmes que ce qui régissent les conventions spatiales de la langue écrite. Cette structuration spatio-temporelle joue un rôle important dans la construction syntaxique de l'enfant.

- **Apports de la lecture dans la syntaxe :**

L'écrit sera un excellent support pour travailler la syntaxe de l'enfant ; Le texte va devenir un matériel verbal que l'enfant va manipuler constamment, il s'entraînera à reconstituer les phrases, à retrouver le mot manquant dans une phrase, à s'exprimer oralement sur le texte lu. Les productions orales s'appuient toujours sur l'écrit.

- **Apports lexicaux :**

La lecture d'albums lui permet d'enrichir son lexique et de se constituer une réserve lexicale qu'il utilisera en lecture mais aussi au cours de ses productions orales.

- **Apports sur la prononciation :**

L'enfant s'appuie sur les images mentales pour apprivoiser les sonorités de l'écrit et développer ses capacités en discrimination auditive. Au fur et à mesure des séances d'apprentissage de l'écrit, la prononciation s'améliore et les sons qui ne faisaient pas partie du registre verbal de certains enfants apparaissent.

- **Apports mélodiques :**

Il sera important de mettre en évidence dès les premiers apprentissages la ponctuation. La lecture orale de textes prenant en compte les signes de ponctuation et donc des rythmes et de la mélodie de la langue se rapproche de l'énoncé oral. L'enfant dysphasique qui restitue l'histoire en respectant cette ponctuation communique un message oral par le canal de l'écrit. Son message bien qu'écrit se rapproche en toute forme du langage oral. Ces exercices auront une répercussion sur la mélodie et le rythme de son langage propre.

- **Apports communicatifs :**

Les activités langagières réalisées à partir d'une histoire sont un moment intense d'échanges entre les enfants et l'adulte, les enfants sont tour à tour émetteur et récepteur, ils développent leur plaisir de communiquer et revalorisent l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

- **Développer la conscience phonologique**

Il est indispensable pour ces enfants d'apprendre à mémoriser les phonèmes pour parvenir à la maîtrise du déchiffrage de l'écrit.

- **Prendre conscience du fonctionnement de la chaîne parlée :**

Cette prise de conscience se fera à travers diverses activités de découpage syllabique des mots. Ces activités devront s'appuyer sur un support visuel spatial. L'enfant prend conscience que la structure syllabique des mots sert de base à la chaîne parlée. Il faudra privilégier une entrée visuelle et kinesthésique, un apprentissage gestuel de type Borel-Maisonny permettra de faciliter la mémorisation des phonèmes et leur ancrage dans la mémoire auditive. Il faut utiliser d'autres canaux d'entrée pour pallier les difficultés du traitement auditif. Les phonèmes seront toujours illustrés pour souligner le sens des énoncés.

- **Développer les compétences métalinguistiques de l'enfant**

L'enfant, en se perfectionnant dans l'acquisition de la langue écrite tant au niveau du décodage qu'au niveau de l'encodage, acquiert des compétences langagières nouvelles, l'énoncé est plus long mieux structuré le vocabulaire utilisé est plus adapté et plus diversifié, les constructions syntaxiques se complexifient, les mots de liaison, les connecteurs sont davantage utilisés, les temps mieux appropriés.

L'enfant sera en mesure de questionner le fonctionnement de la langue, les activités métalinguistiques sont désormais possibles et apporteront des réponses au questionnement de l'enfant.

3.2 Langage écrit : difficultés et limites :

Mais cet apprentissage est loin d'être aussi aisé et miraculeux qu'il y paraît, les difficultés sont nombreuses :

- Trouble du langage expressif et réceptif (agrammatisme, accès au lexique, conscience morphosyntaxique, discrimination phonémique)
- Déficit de la mémoire phonologique de travail
- Déficit de la mémoire visuo-spatiale
- Faiblesse de la perception auditive et des compétences métaphonologiques
- Faiblesse de la perception temporelle (rythme)
- Faiblesse de la perception spatiale
- Difficulté à la généralisation, l'anticipation, l'abstraction
- Informativité réduite
- Difficultés praxiques
- Troubles de la parole
- Troubles attentionnels
- difficulté de comparaison visuelle de deux suites de lettres

L'utilisation de la langue écrite comme point d'appui et comme support pour entraîner et accompagner l'acquisition de la langue orale semble être la voie d'accès privilégiée. Mais on peut se demander ce que va faire l'enfant de cet apprentissage. Un écrit est le résultat d'un désir de transmettre un message, une pensée. « Apprendre la langue orale par le code écrit rendrait cette langue artificielle et peu investie par l'enfant, car elle serait trop déconnecter de son histoire, de ses émotions et de son vécu relationnel » Monique Bachelier (22). Le véritable défi n'est pas d'apprendre à lire ou à écrire à un enfant qui ne parle pas ou peu mais de permettre à cet enfant de se projeter de traduire ses émotions, son vécu avec des mots, de s'approprier le langage afin d'y trouver une résonance personnelle.

Gérard (24) relate d'ailleurs une étude destinée à examiner l'utilisation du langage écrit en contexte non scolaire (lecture de plan, programme télé, bons de commande...) chez 10 enfants dysphasiques de plus de 12 ans et 20 enfants non dysphasiques du même âge. Il s'est avéré de les enfants dysphasiques, bien qu'ayant un bon niveau de lecture tant au niveau du déchiffrage que de la compréhension, n'avaient pas accès à une utilisation générique de l'écrit.

Le travail d'apprentissage de la lecture ne devra pas s'arrêter au déchiffrage et à la compréhension de l'écrit mais devra insister sur son utilisation pragmatique dans la vie quotidienne.

D- Le devenir de l'enfant dysphasique : l'enfant dysphasique et l'école

« L'enfant dysphasique ne peut s'adapter à l'école telle qu'elle est. Mais celle-ci peut-elle s'adapter à l'enfant dysphasique ? » C.L Gérard

La dysphasie concernerait 1 % de la population scolaire. En 1969, Griffith suivit des enfants dysphasiques ayant été scolarisés dans une institution spécialisée en troubles du langage. Il examina 49 enfants, un an et 7 ans après leur sortie de ce centre. 70 % présentaient un langage dans les limites de la normale, mais la majorité d'entre eux montrait des difficultés scolaires et éducatives.

Plus récemment des études de Davidson (1997), Stothard et al (1998) ont mis en évidence l'existence de difficultés linguistiques durables, ainsi que des difficultés psychologiques et d'intégration sociale.

1- Connaissances actuelles- Etude de S. Franc et C.L Gérard :

S. Franc et C.L Gérard ont suivi 240 enfants dysphasiques depuis 1990 et se sont particulièrement intéressés à leur parcours scolaire et aux différentes adaptations qui les ont aidés à améliorer leur scolarité. Ils ont étudié quatre classes d'âge :

-les enfants âgés de moins de six ans et demi, scolarisés en maternelle

-les enfants âgés de six à 12 ans, scolarité élémentaire

-les jeunes scolarisés en collège

- et les jeunes âgés de plus de 16 ans

✓ **Enfants de 6 à 12 ans :**

La progression au cours de la scolarité maternelle n'est en général pas entravée par le trouble du langage, sur la totalité des enfants suivis seulement cinq ont été maintenus en grande section.

L'intégration auprès des autres enfants est généralement bonne mais la grande conscience que l'enfant a de son trouble le fait rester souvent en retrait face à l'adulte. Dans son étude, O. Révol (25), du service de neuropsychiatrie de l'enfant, hôpital neurologique, Lyon, fait un constat moins optimiste sur cette scolarité. Selon l'auteur l'enfant dysphasique est gêné dès la petite section de maternelle par ses troubles phonologiques qui entraînent rejet et moqueries et par ses troubles de fluence et de manque du mot qui limitent ses performances.

C'est surtout lors de l'apprentissage du langage écrit que l'enfant dysphasique va être confronté aux difficultés scolaires. Si la méthode de lecture proposée par l'enseignant n'est pas adaptée aux troubles de l'enfant, il est rapidement en échec et développe des troubles du comportement.

- **Le redoublement**

Sur les 81 sujets étudiés :

- 32 n'ont jamais redoublé en primaire
- 37 enfants ont été maintenus une année supplémentaire dans une classe élémentaire ; les classes les plus fréquemment redoublées sont le CP et le CE1. Le motif le plus fréquemment invoqué pour justifier ce maintien est l'absence ou la faiblesse d'apprentissage du langage écrit. Le CE2 et le CM1 sont rarement redoublés et aucun enfant suivi dans cette étude n'avait redoublé le CM2. Tous les problèmes de ses enfants n'avaient pas été résolus lors de ces maintiens et la scolarité élémentaire doit se terminer, selon les textes réglementaires, lors de la douzième année de l'enfant.
- Un enfant avait été maintenu deux ans en CE2
- six enfants avaient été scolarisés dans des structures adaptées (classes d'adaptation, classes de perfectionnement, CLIS)

Même si les dysphasies phonologiques sont améliorées par la lecture le pronostic scolaire n'est satisfaisant que lorsque le trouble de production phonologique est isolé. Les difficultés d'apprentissage sont par contre beaucoup plus pérennes dans les autres formes cliniques : quand l'atteinte concerne plusieurs niveaux linguistiques, qu'il y a des troubles praxiques, des troubles de l'organisation spatio-temporelle et les difficultés mnésiques.

- ✓ jeunes âgés de 12 à 16 ans

Sur les 47 jeunes suivis seulement 23 ont été scolarisés en collège. 13 n'avaient jamais redoublé 9 avaient redoublé une fois et un enfant avait redoublé deux fois. Ces redoublements avaient été effectués lors de la scolarité élémentaire.

19 jeunes ont suivi une scolarité adaptée, la proportion de jeunes fréquentant une structure adaptée (40,4 %) est plus importante que dans le cycle élémentaire (7,38 %).

- 6 jeunes étaient scolarisés dans des établissements privés ou hors contrat. Dans tous les cas, les classes fréquentées sont à effectifs réduits, 20 élèves maximum.
- 3 sont scolarisés dans des classes spécifiques pour jeunes dyslexiques.
- Une jeune fille effectuait ses classes de 5^{ème} et 4^{ème} en 3 ans.
- 8 étaient scolarisés en SEGPA
- Un jeune était en CLIPA (Classe d'Initiation Professionnelle en Alternance accessible aux jeunes agés de 14 ans)
- 3 jeunes étaient scolarisés dans une structure spécifique pour enfants dysphasiques.
- 2 jeunes étaient scolarisés dans des Instituts Médico-Educatifs (IME).

L'entrée au collège confronte l'enfant dysphasique à de nouvelles difficultés ; les années d'école primaire, souvent difficiles, ont entraîné chez ses enfants une anxiété de performance et une baisse de l'estime de soi. Les profils cognitifs de ces adolescents ne s'accordent pas avec les nouvelles matières proposées au collège comme les langues étrangères ou les rédactions.

Les enfants dysphasiques ont un mode de pensée souvent très opératoire ils sont accrochés au concret et l'accès à l'imaginaire, à la conceptualisation et à l'abstraction leur est difficile. La réussite au collège demande la maîtrise du langage complexe et abstrait qui est, malgré les prises en charge, difficile, voire impossible d'accès au dysphasique.

✓ jeunes âgés de plus de 16 ans

Sur les 51 jeunes suivis :

- 4 étaient scolarisés en 4e en 3e
- 4 étaient en seconde générale (après l'obtention du diplôme national du brevet)
- 6 préparaient un bac professionnel après l'obtention d'un BEP ;
- 1 avait obtenu un bac général
- 2 étaient en classe préparatoire à l'apprentissage en vue d'entrer en première année de préparation au CAP

- 10 étaient en préparation d'un CAP ou d'un BEP ;
- 14 avaient obtenu le CAP ou le BEP
- 4 étaient en IMPRO ; un suivait une formation en alternance
- 5 étaient sans diplôme mais 4 avaient un emploi.

1.1- Évolution de la scolarité des enfants dysphasiques au cours du temps

Entre 1994 et 1998, les enfants dysphasiques ont toujours été scolarisés en maternelle de manière classique ; en revanche les auteurs ont constaté une progression importante des enfants scolarisés dans une structure élémentaire normale et au collège.

Cette augmentation peut être le reflet du déficit de structures d'accueil spécialisées pour ces enfants, mais souligne aussi l'augmentation de l'élaboration de projets d'intégration individualisée dans les classes élémentaires.

La connaissance de la dysphasie par les enseignants reste cependant trop succincte pour la mise en place rapide d'une pédagogie adaptée.

Au collège les projets individualisés sont trop rares, les auteurs prônent la mise en place de certains aménagements comme : l'attribution de temps supplémentaire pour les contrôles, l'allègement du travail de prise de notes, la dispense de seconde langue, l'explication des consignes, la sensibilisation des enseignants aux troubles dysphasiques.

1.2- Le cursus scolaire le plus probable de l'enfant dysphasique :

Le schéma classique, selon S. Franc et CL Gérard, est que le jeune enfant dysphasique, malgré une anxiété massive à l'entrée en maternelle, parvient à s'intégrer parmi les autres enfants tout en restant en retrait face à l'adulte.

Ses acquisitions académiques lui permettent de passer en CP alors que le langage oral est loin d'être acquis.

Il ne parvient pas à acquérir les mécanismes de la lecture en fin de CP ce qui entraîne généralement un redoublement de cette classe ou du CE1 (fin cycle 2).

Grâce à une prise en charge orthophonique, à raison de deux à trois séances par semaine, sa lecture devient fonctionnelle au CE2 ou au CM1.

La transcription reste malgré tout très déficitaire et il présente d'importantes lacunes en mathématiques (base de la numération, résolution de problèmes (liée à la maîtrise du langage complexe), repères dimensionnels).

Il passe malgré tout au collège où l'expression écrite reste déficitaire et l'apprentissage d'une seconde langue impossible. Il parvient, malgré ses difficultés, à obtenir son DNB, et choisit une orientation vers une filière courte pour obtenir en 2 ou 3 ans un CAP ou un BEP.

Il entre dans la vie active à 19 ans mais conscient de sa maladresse à l'oral il parle peu et son intégration sociale est souvent médiocre.

Ce cursus scolaire est schématique et ne saurait prendre en compte la diversité des cursus scolaires des enfants suivis dans l'étude sus nommée. Une analyse plus approfondie des profils montrent différentes perspectives scolaires selon l'âge du diagnostic de l'enfant la diversité, de la prise en charge des troubles et l'adaptation scolaire.

Même si les résultats de l'étude paraissent satisfaisants puisque l'obtention d'un diplôme et l'insertion professionnelle sont quasiment la règle, nous notons que les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur des capacités intellectuelles des enfants dysphasiques.

La scolarité reste une épreuve douloureuse pour ces enfants, surtout la période du collège où les aménagements étaient inexistantes ou non-adaptés.

En revanche, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence la supériorité d'une scolarité en milieu spécialisé par rapport à une scolarité en milieu normal avec aménagements appropriés. Si la scolarité en milieu spécialisé semble préférable pour les cas les plus graves, la scolarité adaptée en milieu normal semble convenir à la majorité des cas étudiés.

Il est donc nécessaire de maintenir les deux options. Les auteurs de l'étude espéraient que les mesures préconisées par le rapport Ringard amélioreraient dans le futur ces résultats tant sur le plan des réussites scolaires et professionnelles que sur le vécu scolaire des enfants dysphasiques.

2- Quelles perspectives pour la scolarité des enfants dysphasiques - le rapport Ringard (30):

A la demande du ministère de l'éducation nationale, de la santé et du secrétariat d'État aux handicapés, une commission interministérielle a été chargée d'élaborer un plan d'action pour une meilleure prise en charge des enfants dysphasiques et dyslexiques. Un rapport a été présenté en juillet 2001 par M. Ringard inspecteur d'académie. Le plan d'action a été élaboré autour de cinq axes prioritaires.

- Mieux prévenir les troubles du langage dès la maternelle ;
- Mieux identifier les enfants porteurs de troubles spécifiques du langage oral et écrit ;
- Mieux prendre en charge ;
- Mieux informer, former, rechercher, évaluer ;
- Assurer le suivi du plan d'action.

Pour atteindre ces 5 axes, des actions à mettre en place ont été définies, elles concernent entre autres :

- la formation du corps enseignant et l'implication de nombreux partenaires : médecins généralistes, médecins scolaires, orthophonistes libéraux, centres hospitalo-universitaires, centres de soins (CMP, SESSAD, CAMPS), collectivités locales, centres de recherche.
- La mise en place de stratégies adaptées permettant de prendre en compte les besoins langagiers et l'aide des enfants en difficulté.

- Organiser un dépistage des troubles du langage par les médecins des services de PMI à 3-4 ans et par les médecins de l'Education nationale à 5-6 ans à partir de batteries de tests recommandés et en tenant compte des informations recueillies auprès de l'enseignant, la famille et éventuellement les membres du RASED.
- Faire évoluer le bilan de santé de l'entrée au CP afin qu'il explore les capacités langagières des enfants.
- Développer en milieu scolaire ordinaire des dispositifs collectifs de scolarisation pour les enfants présentant des troubles du langage moyens et sévères, structurés autour d'un projet pédagogique précis.
- Aménager les conditions de passation des examens
- Intégrer à la formation des enseignants un module sur les troubles spécifiques du langage (on peut supposer que la suppression des IUFM a entraîné l'abandon de cette action).
- Rédiger les préconisations à l'intention des centres de préparation des psychologues scolaires pour renforcer leur connaissance des troubles spécifiques du langage
- Encourager les recteurs d'académie à proposer des formations aux enseignants sur les mécanismes de l'apprentissage du langage : maîtrise, difficultés, troubles, remédiations.

3- Les dispositifs d'adaptation et d'intégration scolaire – la jungle des sigles et des acronymes :

- **Le PPS**, Projet Personnalisé de Scolarisation, a été voulu dès les premiers grands textes sur l'intégration scolaire comme devant être le fil rouge de l'intégration. Il s'agit d'un projet éducatif aux dimensions à la fois médicale, psychologique et sociale. Elaboré conjointement par l'équipe pédagogique de l'ensemble des partenaires, familles, personnels médicaux et sociaux. Ce projet intégratif ne se limite pas à la sphère scolaire mais doit aussi prendre en compte l'ensemble des situations vécues par les enfants et adolescents handicapés dans et autour de l'école.

- **Le PAI** , projet d'accueil individualisé, prévu pour les enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans le premier et second degré. Le PAI est le plus pratiqué pour les enfants dysphasiques.

- **Le PPAP**, projet personnalisé d'aide et de progrès, en entrée en CE2 élaboration de programmes personnalisés et de progrès pour les élèves ne maîtrisant pas les compétences de base.
 - **La Clis** : la CLIS est une classe d'école élémentaire qui est destinée aux enfants qui ont besoin d'aménagements importants. Il existe 4 types de CLIS :
 - Clis 1 pour les déficiences intellectuelles légères
 - Clis 2 pour les déficiences auditives
 - Clis 3 pour les déficiences visuelles
 - Clis 4 pour les déficiences motrices

Les clis ont des effectifs réduits, 12 élèves maximum, ce sont des classes ouvertes avec des temps d'intégration en classes ordinaires. Les élèves bénéficient d'un projet individuel qui fixe les objectifs propres à l'enfant, il est réajusté en fonction de l'évolution de l'enfant et sert de coordination entre les différents intervenants parents et professionnels.

- **Les UPI** : les UPI : classes spécialisées au collège au départ, réservées aux déficients mentaux, elles se sont ouvertes à toutes les catégories de handicaps en 2001, donnant naissance aux premières UPI de troubles des apprentissages.

D'après cette nomenclature ni les CLIS ni les UPI n'étaient censés accueillir des enfants dysphasiques.

- **Les structures à caractère sanitaire et social** : Ce sont des établissements spécialisés en internat et semi-internat. La prise en charge est pluridisciplinaire. Il existe quelques établissements dédiés aux enfants dysphasiques.

- **SESSAD ou SSEFIS** : ce sont des services de soins et d'éducation dans le lieu de vie de l'enfant. Ils sont composés d'une équipe pluridisciplinaire, orthophoniste, médecin, éducateurs, psychomotricien. Ce sont les rééducateurs qui se déplacent vers l'enfant. Plusieurs de ces établissements ont orienté leur prise en charge en direction d'une population dysphasique.

- **Les moyens d'intégrations, les auxiliaires d'intégration** : Ce sont des aides humaines ou auxiliaires de vie scolaire qui peuvent effectuer 4 types d'activités :
 - Intervention dans la classe : aide pour écrire, manipuler le matériel...
 - Aides aux sorties de classe
 - Accomplissement des gestes techniques ne nécessitant pas de qualification médicale ou paramédicale,
 - La collaboration au suivi du projet d'intégration.

- **L'aménagement des examens** : Attribution d'un tiers temps, présence d'une aide technique ou d'un secrétaire.

Le devenir des enfants dysphasiques comme le devenir de tous les enfants dépend en grande partie du cursus scolaire. L'objectif étant une insertion sociale et une autonomisation par le travail. Depuis la loi sur le handicap de 2005 les enfants dysphasiques ont le droit d'être accueillis dans l'école de leur secteur.

Nous pouvons légitimement nous interroger sur la pertinence de ce choix, le handicap linguistique ne permettant pas une insertion optimale de l'enfant et engendrant de lourdes difficultés d'apprentissage. Cependant le nombre limité de classes dites « dys » ne permet pas non plus l'intégration scolaire de tous les dysphasiques. Les cliss ?

Elles ne répondent pas non plus aux attentes de tels enfants qui rappelons-le ont une intelligence normale et les troubles du comportement, s'ils existent ne sont qu'une réaction à la difficulté de comprendre et de se faire comprendre.

Alors Quid de l'école ? Les enfants dysphasiques sont-ils condamnés à un échec scolaire inévitable ou y aurait-il une façon d'optimiser cette intégration scolaire et de rendre possible l'accès aux différents apprentissages à ces enfants qui en ont les capacités intellectuelles ?

10 ans après le rapport Ringard, il n'y a encore aucune étude de sortie qui montre ce que les préconisations ont réellement changé à l'intégration scolaire des dysphasiques. Nous pensons qu'une meilleure connaissance du trouble chez les enseignants serait une première étape pour une intégration scolaire réussie.

4- Adaptation scolaire pour une meilleure intégration :

Adapter sa pédagogie à l'enfant dysphasique impose une bonne connaissance du trouble, des capacités et des limites de l'enfant. Cela suppose un travail en étroite collaboration avec les différents thérapeutes impliqués dans la remédiation.

- **Adapter son langage**

- Il faut que l'enseignant s'adresse à l'enfant en le regardant, en s'exprimant de façon intelligible lentement et en articulant bien.
- Eviter les phrases complexes, attirer son attention avant de donner la consigne, anticiper son déroulement, respecter l'ordre où les situations vont se présenter à l'enfant chronologiquement. Si on lui donne plusieurs consignes en même temps, utiliser des repères visuels comme compter avec les doigts pour distinguer chaque tâche.
- Reformuler si l'enfant ne comprend pas.
- Vérifier que l'enfant a bien compris la tâche en lui demandant de la reformuler.

- Eviter de faire semblant d'avoir compris le contenu de son discours pour l'abréger. Il vaut mieux dire que l'on n'a pas compris.
 - Montrer à l'enfant qu'on a compris même si la forme est incorrecte, privilégier le fond, reformuler sans exiger la répétition pour lui montrer la forme correcte sans lui demander de répéter.
 - Accepter la lenteur de l'enfant, son manque du mot, ne pas hésiter à le lui donner pour éviter qu'il perde le fil de sa pensée ou de son raisonnement. Il est préférable de l'accompagner dans la recherche du mot (ébauche orale, lecture labiale...) pour éviter de répondre à sa place.
 - Organiser des activités où l'enfant pourra prendre la parole.
 - Etre tolérant avec ses interventions spontanées qui résultent d'une longue et lente maturation.
 - Eviter les phrases complexes
 - Attirer l'attention avant de donner une consigne
 - Anticiper son déroulement
- **Eviter l'implicite**
 - Ne pas hésiter à être redondant et répétitif : dire, écrire, mimer, montrer.
- **Accepter la lenteur**
 - En production écrite : accorder du temps, ne pas hésiter à accorder un tiers temps selon les besoins
 - Raccourcir les productions demandées
- **Adaptation aux apprentissages :**
 - Si l'enfant est très complexé par son trouble, éviter de le mettre en situation de lecture à voix haute.
 - Ne pas lui faire écrire de lignes pour le punir : il est impératif de valoriser l'écrit en tant qu'outil de communication, favoriser le plaisir d'écrire, et qu'il ne soit vu comme un média de brimades.
 - Ne pas lui faire écrire l'énoncé d'un exercice : toujours privilégier la réponse.
 - Fournir des QCM, Photocopies, résumés pour favoriser l'apprentissage et la mémorisation.

- Avoir conscience que les troubles dysphasiques ont des répercussions sur l'acquisition de notions abstraites comme les mathématiques.

- **Notations et contrôles**

- Choisir un barème d'évaluation en fonction des troubles, noter les progrès et éviter de pénaliser les erreurs d'orthographe.

- **Dédramatiser !**

- Valoriser les réussites de l'enfant, et dédramatiser ses échecs.
- Rassurer l'enfant en lui présentant des attentes plus que des exigences
- Valoriser le progrès, le travail et les efforts fournis.

L'intégration scolaire représente un élément crucial à la bonne intégration sociale des dysphasiques. Elle est difficile et même si le rapport Ringard peut nous laisser penser que l'éducation nationale est sensibilisée au problème de la dysphasie, la réalité scolaire reste problématique pour les enfants ayant un trouble spécifique du langage. Que ce soit par manque de moyens ou de connaissances, l'éducation nationale ne leur permet pas de poursuivre une scolarité harmonieuse au-delà de l'école primaire. Le travail d'information, s'il n'est pas ou peu fait par l'institution (la suppression des IUFM n'augure pas une meilleure connaissance de type de troubles dans les années à venir), il doit être fait par l'orthophoniste. L'éducation thérapeutique est une pratique orthophonique couramment pratiquée, mais se limite, aux parents. Il conviendrait de l'élargir aux enseignants afin que ceux-ci mettent en place les différents aménagements présentés plus haut.

Ces aménagements ne résoudre pas tous les problèmes rencontrés par l'enfant dysphasique, mais lui permettraient une meilleure intégration scolaire.

PARTIE PRATIQUE

Nous avons tenté dans notre partie théorique de faire un bref tour d'horizon des connaissances actuelles sur les dysphasies :

- Classification
- Troubles associés
- Diagnostic
- Prise en charge orthophonique
- Scolarité

Nous souhaitons étudier à présent ce qu'il en est dans la réalité, comment les enfants dysphasiques sont diagnostiqués et pris en charge et quel est leur parcours scolaire.

Il semble qu'un certain nombre de principes fasse consensus chez les auteurs : principe de précocité du diagnostic et de la prise en charge orthophonique, principe d'intensité de cette prise en charge et impératif de permettre à l'enfant dysphasique d'accéder le plus tôt possible à l'écrit. Impératif qui doit se manifester par le non redoublement des classes maternelles et par l'apprentissage de la lecture dans le cadre de la rééducation orthophonique.

L'objectif de notre partie pratique est de voir si ces principes sont respectés et de tenter de montrer qu'ils ont un impact réel sur la bonne évolution des enfants dysphasiques.

1- Méthodologie :

1.1 Type de dysphasie :

Compte tenu des différences sémiologiques entre les dysphasies, il nous a fallu en choisir une, pour mener à bien notre étude qui consiste à comparer les différents cas entre eux. Nous avons choisi d'étudier les cas de dysphasie phologico-syntaxique pour deux raisons :

La première, est que cette dysphasie est la plus fréquente, ce choix nous assurait donc la possibilité d'étudier un plus large échantillon de patients.

La seconde : la dysphasie phonologico-syntaxique est une des dysphasies pour lesquelles l'apprentissage précoce de la lecture est recommandé, c'est ce point que nous souhaitons étudier plus particulièrement.

1.2 Recueil des dossiers :

Nous avons choisi d'étudier les dossiers d'enfants dysphasiques ayant été suivis au Centre de référence des troubles du langage de Nice. Ce choix nous assurait un plus large échantillon et surtout un panel d'enfants dysphasiques ayant été diagnostiqués selon les mêmes critères.

De plus, ce choix nous permettait d'avoir accès non seulement aux bilans orthophoniques mais aussi aux bilans scolaires et psychologiques nécessaires à notre étude.

Les centres de références sont des lieux d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage, ils sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant :

- un médecin, le plus souvent neuro-pédiatre, ou un pédo-psychiatre, plus rarement médecin de rééducation fonctionnelle ;
- un(e) orthophoniste ;
- de psychologue(s) clinicien(s) ou neuropsychologue(s) ;
- un(e) enseignant(e) référent.

A Nice, le responsable du centre est le docteur Christian Richelme, l'équipe thérapeutique est composée de deux neuro-pédiatres, deux psychologues, un pédopsychiatre, deux orthophonistes et d'une enseignante référente.

Le dispositif des centres de référence a été mis en place à partir de 2001 dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Depuis 2004, un centre de référence est présent dans chacune des régions de métropole ainsi qu'un à la Réunion.

Les objectifs de ces centres sont de :

- Présenter un plateau de consultation multidisciplinaire, permettant une évaluation multidisciplinaire afin de porter un diagnostic précis et d'orienter ainsi la prise en charge rééducative et le mode d'intégration scolaire.

- Assurer le suivi et la coordination des soins qui seront réalisés en ville pour la plupart des enfants, en mettant en place un travail en réseau avec les partenaires extérieurs.

- Participer à la formation des professionnels de santé sur ce domaine par différents moyens : formation continue, publications et participations à des congrès, participation dans la formation initiale des étudiants en médecine...

- Présenter une activité de recherche par l'élaboration et la participation à des protocoles de recherche clinique et d'évaluations concernant les troubles psychoaffectifs associés, les outils diagnostic, les techniques de rééducation, et l'imagerie cérébrale.

- Développer un rôle de conseil vis-à-vis des équipes éducatives, des équipes impliquées dans le domaine médico-social ou d'autres équipes soignantes.

- Enfin travailler en partenariat avec les différentes structures déjà existantes.

1.3 La population :

Nous avons donc pu étudier les dossiers de vingt enfants diagnostiqués dysphasiques phonologico-syntaxiques, suivis par le centre de référence, nés fin des années 90, début des années 2000.

Le sexe n'étant pas un critère d'exclusion, nous avons étudié les dossiers de 15 garçons et 5 filles. La proportion de ¼ de filles est un peu plus faible que celle rencontrée généralement et qui est de 1/3 (1).

NOM	Sexe	Date de naissance
J.S	M	avr-05
T.A	M	nov-97
M.G	M	mars-98
F.B	M	avr-98
A.D	M	janv-99
Y.R	M	sept-99
C.S	M	sept-99
E.P	F	juil-00
T.L	M	sept-99
G.E	M	avr-01
FF	M	mai-01
Q.C	M	août-01
V.T	F	nov-01
L.M	M	août-02
T.M	F	sept-02
L.G	M	sept-02
C.M	M	nov-02
L.B	F	déc-02
A.J	F	déc-02
C.C.	M	janv-03

1-4 Le matériel :

- **Les bilans orthophoniques :**

Ces bilans ont été effectués, soit par l'orthophoniste travaillant au centre de référence et ayant diagnostiqué la dysphasie, soit par le ou les orthophonistes qui ont suivi l'enfant en secteur libéral. Ils nous ont permis de connaître :

- La date du diagnostic de dysphasie et ce qui l'a motivé
- La date de la première prise en charge orthophonique
- La fréquence de cette prise en charge
- L'orientation thérapeutique suivie, principalement sur l'apprentissage précoce de la lecture et/ou son accompagnement

- **Les bulletins scolaires :**

Ces bulletins sont ceux fournis par l'éducation nationale, ils nous ont permis de connaître :

- Les éventuels redoublements
- Les difficultés scolaires rencontrées
- Les aménagements proposés
- Les réorientations scolaires

Les enfants peuvent aussi passer un bilan scolaire au centre de référence. Ces bilans ont pour objectifs de situer le niveau scolaire de l'enfant par rapport à son âge et de cibler les difficultés de l'enfant.

- **Les bilans psychologiques :**

Ces bilans ont pour but de faire un bilan cognitif de l'enfant permettant de comprendre son fonctionnement mental, d'apprécier son développement cognitif et de saisir ses stratégies préférentielles de raisonnement.

Le test utilisé est choisi en fonction des difficultés et de l'âge. La correction des tests d'intelligence débouche sur le calcul d'un quotient intellectuel (QI) qui permet de situer l'enfant par rapport à la moyenne d'une population référence du même âge.

Echelle d'intelligence de Wechsler :

- WPPSI III (3-6 ans)
- WISC IV (7-16 ans)
- WAIS III (16 ans à adulte)

Au-delà de la "mesure" de l'intelligence, le test d'efficience intellectuelle permet de définir le profil psychologique de l'enfant, mettant en avant ses atouts, ainsi que ses difficultés dans différents domaines.

Tests Projectifs et de Personnalité:(à partir de 3 ans jusqu'à l'âge adulte)

- **Le TAT** (Thematic Apperception Test) de H. A. Murray et L. Bellak :

C'est l'un des dix tests les plus utilisés au monde. Test projectif, particulièrement utile dans toute étude approfondie de la personnalité des adolescents et des adultes, le TAT, par sa structure, propose un accès direct à la compréhension du déterminisme psychologique d'un sujet donné, en éclairant les différents aspects de l'organisation psychique individuelle.

- **Le CAT** (Test d'Aperception pour Enfants de 3 à 10 ans)

C'est une épreuve constituée d'une série de 10 planches, basée sur le principe du TAT, mais mettant en scène des animaux auxquels les enfants s'identifient plus facilement qu'à des personnes

- **Le test de "Patte noire" :**

C'est un test projectif dont les situations stimulus sont des scènes animales où l'enfant se projette très facilement. Le test se présente sous la forme de 19 planches de dessins évoquant des scènes dont le héros est un petit cochon.

Les tests projectifs permettent de mieux comprendre les structures psychiques de l'enfant, et de mieux appréhender sa personnalité profonde. En cernant le mode de fonctionnement psychique individuel dans sa dynamique et/ou ses altérations, ils favorisent la compréhension des difficultés existantes sur le plan intellectuel ou cognitif.

Dans le cadre de ce mémoire, seuls les tests de Wechsler nous fournissant le quotient intellectuel verbal et le quotient intellectuel performance des enfants, ont été exploités.

- **Les feuilles de synthèse médicales :**

Ce sont les différentes notes prises par les neuro-pédiatres tout au long du suivi de l'enfant au centre de référence ; elles reprennent le suivi médical et paramédical de l'enfant, sa vie scolaire, ses activités extrascolaires, son attitude chez lui et à l'extérieur... Elles nous ont tout particulièrement renseignés sur les différents troubles associés à la dysphasie.

1-5 Méthode d'analyse des données :

La taille de notre échantillon ne nous permet pas une autre analyse que l'analyse descriptive.

A- Le diagnostic

1- L'âge du diagnostic :

Selon de nombreux auteurs, les pronostics d'évolution favorable dépendent, en partie, d'une prise en charge adaptée précoce et intensive. Qui dit prise en charge précoce dit diagnostic précoce, or le flou des définitions et classifications ne favorise pas l'établissement d'un diagnostic précoce. De nombreux professionnels sont frileux à l'idée de diagnostiquer une dysphasie et ce faisant d'étiqueter l'enfant ou bien craignent de se tromper de diagnostic. C.L Gérard quant à lui souligne que de nombreux enfants sont diagnostiqués dysphasiques au cours de leur année de CP et leurs importantes difficultés à acquérir le langage écrit avec des méthodes traditionnellement employées par l'éducation nationale (alphabétiques, mixtes ou globales). Mais si tel est le cas, ils sont diagnostiqués dysphasiques à 6 ans et plus, ce qui est loin d'être précoce pour une rééducation du langage oral.

Nous avons voulu dans cette partie voir à quel âge les enfants de notre population avaient été diagnostiqués, par qui et comment.

NOM	Date naissance	de	âge du diagnostic
J.S	avr-05		5 ans 7 mois
T.A	nov-97		5 ans et 4 mois
M.G	mars-98		8 ans 10 mois
F.B	avr-98		12 ans 9 mois
A.D	janv-99		8 ans 7 mois
Y.R	sept-99		6 ans 9 mois
C.S	sept-99		6 ans 7 mois
E.P	juil-00		6 ans 9 mois
T L	sept-99		8 ans 1 mois
G.E	avr-01		6 ans 11 mois
FF	mai-01		6 ans
Q.C	août-01		7 ans 3 mois
V.T	nov-01		6 ans 6 mois
L.M	août-02		6 ans
T.M	sept-02		7 ans 3 mois

L.G	sept-02	5 ans 10 mois
C.M	nov-02	7 ans 5 mois
L.B	déc-02	5 ans 4 mois
A.J	déc-02	5 ans 9 mois
C.C.	janv-03	4 ans 5 mois

La moyenne d'âge de diagnostic de cet échantillon est de **6 ans 11 mois**, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne donnée par CL Gérard : 6 ans 7 mois.

On ne peut donc pas parler de diagnostic précoce pour cet échantillon puisque l'enfant ayant été diagnostiqué le plus jeune l'a été à 4 ans et 4 mois et que seuls trois enfants ont été diagnostiqués avant leurs 5 ans.

La majorité des enfants sont diagnostiqués entre leurs 5 ans et leurs 7 ans, entre la grande section de maternelle et le CP. Comme le soulignait C.L Gérard, la perspective de l'apprentissage de l'écrit ou l'échec de cet apprentissage, inquiète parents, enseignants et soignants, cette inquiétude entraîne des investigations plus poussées qui aboutissent à ce diagnostic.

Cependant, même à 4 ans et 4 mois, on ne peut pas parler d'intervention précoce, à fortiori 5ans et plus n'est pas un âge de rééducation permettant une évolution optimale du langage oral.

Il faut alors distinguer l'âge du diagnostic de l'âge de la prise en charge orthophonique. Dans la majorité des cas au moment du diagnostic, l'enfant est pris en charge en orthophonie depuis un certain nombre d'années.

Nous allons donc nous intéresser à l'âge du début de la prise en charge orthophonique et le comparer à l'âge du diagnostic. Il est intéressant de voir combien de temps sépare un diagnostic de retard de langage d'un diagnostic de dysphasie, qu'est-ce qui motive ce changement de diagnostic, qui le fait et qu'est-ce que ce nouveau diagnostic change dans la prise en charge de l'enfant.

2- Début de la prise en charge orthophonique :

L'âge du diagnostic n'est pas un marqueur de prise en charge précoce pertinent puisque la plupart des enfants étaient suivis en orthophonie. Nous nous intéresserons ici à l'âge de début de la rééducation.

La durée entre cette prise en charge et le diagnostic soulève plusieurs questions :

- Quels sont les éléments qui ont motivé ce changement de diagnostic ?
- L'orthophoniste ayant diagnostiqué le retard de langage et celui qui pose le diagnostic de dysphasie est-il le même ?
- Est-ce l'orthophoniste qui pose ce diagnostic ?
- Ce diagnostic est-il pluridisciplinaire ?
- Qu'est ce que ce diagnostic entraîne comme changements ?
 - Dans la prise en charge orthophonique
 - A l'école

NOM	Date de naissance	âge du diagnostic	âge de la première PEC ortho	durée entre la première PEC ortho et le diagnostic
J.S	avr-05	5 ans 7 mois	2 ans 6 mois	3 ans 1 mois
T.A	nov-97	5 ans et 4 mois	3 ans 6 mois*	2 ans 10 mois
M.G	mars-98	8 ans 10 mois	3 ans 6 mois	6 ans 4 mois
F.B	avr-98	12 ans 9 mois	11 ans 11 mois	10 mois
A.D	janv-99	8 ans 7 mois	6 ans	2 ans 7 mois
Y.R	sept-99	6 ans 9 mois	3 ans	3 ans 9 mois
C.S	sept-99	6 ans 7 mois	3 ans	3 ans 7 mois
E.P	juil-00	6 ans 9 mois	4 ans	2 ans 9 mois
T.L	sept-99	8 ans 1 mois	3 ans	5 ans 1 mois
G.E	avr-01	6 ans 11 mois	4 ans 6 mois	2 ans 5 mois
FF	mai-01	6 ans	3 ans 7 mois	3 ans 5 mois
Q.C	août-01	7 ans 3 mois	4 ans**	3 ans 3 mois
V.T	nov-01	6 ans 6 mois	3 ans 6 mois	3 ans
L.M	août-02	6 ans	4 ans	2 ans
T.M	sept-02	7 ans 3 mois	4 ans	3 ans 3 mois
L.G	sept-02	5 ans 10 mois	4 ans	1 an 10 mois
C.M	nov-02	7 ans 5 mois	3 ans 3 mois	4 ans 2 mois
L.B	déc-02	5 ans 4 mois	3 ans 9 mois	1 ans 9 mois
A.J	déc-02	5 ans 9 mois	3 ans 7 mois	3 ans 2 mois
C.C.	janv-03	4 ans 5 mois	4 ans 5 mois	-

L'âge moyen de prise en charge orthophonique est de **3 ans 11 mois**, mais si on retire le cas particulier de F.B qui n'a été pris en charge qu'à presque 12 ans, cette moyenne retombe à 3 ans et 6 mois, ce qui correspond à une prise en charge pendant la première année de maternelle. Seul J.S a été pris en charge avant sa troisième année.

Nous pouvons, pour la plupart des enfants, parler d'une relative précocité de la prise en charge et d'une certaine homogénéité de l'âge de celle-ci. Nous ne notons que deux cas qui se distinguent et donc il sera intéressant de suivre l'évolution parallèlement : le cas de J.S et celui de F.B.

a- F.B

F.B est le cas le plus surprenant du panel étudié, il paraît inconcevable qu'un enfant dysphasique, compte tenu de la spécificité du trouble, soit diagnostiqué si tard mais aussi soit pris en charge aussi tardivement : 11 ans 11 mois.

L'histoire de ce garçon est singulière puisque son retard de langage fut détecté dès 2ans ½ par la médecine scolaire. Cette alerte déboucha sur une prise en charge dans un CMP en Normandie et malgré un bilan orthophonique (que nous n'avons pas pu récupérer), l'enfant n'eut qu'un suivi psychologique pour troubles du comportement.

Les enseignants ont, au fil des années, pointé ce retard de langage, actions qui débouchaient sur des bilans orthophoniques mais jamais sur une prise en charge suivie et régulière.

Ce n'est qu'à l'occasion d'un déménagement dans la région, et face aux insurmontables difficultés scolaires de l'enfant, qu'une prise en charge orthophonique a été instaurée. La suspicion de trouble dysphasique est alors évoquée dès le premier bilan avec une orientation vers le centre de référence pour effectuer des bilans pluridisciplinaires et confirmer le diagnostic.

Cette prise en charge tardive est loin d'être satisfaisante, il est clair que les progrès qui pourront être espérés seront très limités par rapport à ceux qui auraient pu être faits plus tôt. De plus F.B a du mal à être motivé par cette prise en charge trop tardive qui pointe les difficultés qu'il s'est ingénié à masquer tout au long de son enfance.

Ce parcours atypique nous permet de réfléchir au suivi psychologique des enfants dysphasiques. Rappelons que Diatkine, en 1984, déplorait que la dysphasie relève d'une prise en charge orthophonique plutôt que psychologique. Il argumentait ses propos en soulignant que les dysphasiques recouvraient leur langage mais conservaient leurs troubles psychologiques. Il n'est pas question ici d'opposer deux disciplines qui sont complémentaires dans la prise en charge de la dysphasie, mais de montrer par l'exemple malheureux de F.B qu'un suivi psychologique seul ne permet pas de normaliser un langage pathologique.

Il est fréquent et nous le verrons dans l'étude plus fine de notre panel que les troubles graves du langage entraînent des troubles du comportement ou une très forte anxiété qui nécessitent un suivi psychologique. Il est assez compréhensible qu'un enfant ne pouvant pas se faire comprendre de ses contemporains et ne les comprenant que partiellement soit angoissé et/ou violent.

F.B a été suivi pendant 6 ans par un psychologue, suivi qui somme toute était nécessaire mais insuffisante au regard de la pathologie du jeune garçon.

Il sera intéressant de confronter ce parcours à celui des autres enfants de notre panel, ayant eu un suivi orthophonique régulier, mais aussi à celui de J.S ayant eu une prise en charge « idéale » au regard de la littérature.

b- J.S.

Le suivi orthophonique de J.S se singularise par sa précocité et son intensité, il est suivi depuis ses 2 ans ½ à raison de deux à trois heures de séance par semaine selon les années.

L'anamnèse de l'enfant montre une extrême pauvreté du langage, un babil limité et une communication qui se limitait à l'émission de cris. Cette indigence langagière n'explique pas à elle seule la précocité de la prise en charge : d'autres enfants de notre échantillon n'avaient pas de langage à leur entrée à l'école.

La présence dans la famille maternelle, de troubles du langage a sensibilisé les parents au trouble. JS a bénéficié d'une prise en charge particulièrement intensive dès les premiers rendez-vous : 3 heures par semaine avec utilisation de pictogrammes, montage de lecture, moyens de facilitations divers, ce qui fait de cette rééducation une rééducation exemplaire au regard de la littérature actuelle.

2- Délai entre le début de la prise en charge et le diagnostic de dysphasie :

Nous avons donc constaté que si le diagnostic était tardif, il ne conditionnait pas le début de la prise en charge orthophonique et que cette dernière était, fort heureusement, antérieure de plusieurs années au diagnostic.

Très antérieure même, puisque, en moyenne **3 ans et 11 mois** séparent le début de la prise en charge du diagnostic définitif. Seul CC a été diagnostiqué dès sa première prise en charge orthophonique. Les enfants ont été initialement suivis pour retard de langage sévère. Qu'est ce qui a donc bien pu motiver ce changement de diagnostic ?

Rappelons les caractéristiques principales qui différencient le retard de langage de la dysphasie :

- Critères d'exclusion
- La gravité

- Le caractère durable
- Les marqueurs de déviance : manque du mot, dyssyntaxie, troubles de la compréhension verbale, hypospontanéité verbale, dissociation automatico-volontaire, hétérogénéité lexicale, le niveau de compréhension supérieur au niveau d'expression.

Ces marqueurs de déviance n'étaient pas mis en évidence lors du bilan initial puisque la plupart des enfants n'avaient pas ou si peu de langage qu'il était impossible de les mettre en exergue. En revanche, ils sont cités et servent de support au diagnostic lorsqu'il est établi.

2.1- Critères d'exclusion :

Dans les dossiers il n'est pas question de suspicion de surdité, de troubles autistiques ou de psychose infantile. En revanche, ce qui a motivé le suivi au centre de référence, outre le souhait de confirmation du diagnostic, est l'établissement d'un bilan psychologique complet pour écarter le diagnostic de retard mental.

2.2- Marqueurs de déviations :

Confrontés à une progression lente et erratique, et ce, malgré une prise en charge intensive, les orthophonistes s'interrogent sur une possible dysphasie. Si le diagnostic n'est pas toujours formellement établi par le professionnel du langage, il est toujours évoqué comme possible, et ce sont les marqueurs de déviance qui le justifient. Rappelons qu'il suffit d'en cumuler trois pour confirmer le diagnostic.

NOM	manque du mot	Dys-syntaxie	troubles de la compréhension verbales	Hypo-spontanéité verbale	trouble de l'informativité	DAV*	hétérogénéité verbale	expression vs compréhension
J.S		X	X	X				
T.A		X		X				X
M.G	X	X	X					
F.B	X	X	X	X				
A.D	X	X		X				X
Y.R	X	X	X	X				
C.S	X	X	X					
E.P	X	X	X	X				
T.L	X	X			X			
G.E		X	X		X			
FF		X	X	X				
Q.C	X	X			X		X	
V.T		X	X	X	X			
L.M		X		X	X			
T.M		X	X		X			
L.G	X	X						
C.M		X	X	X				
L.B	X	X	X					
A.J		X	X		X			
C.C.		X	X	X				X

* Dissociation automatico-volontaire.

Nous avons dans ce tableau regroupé les marqueurs de déviance ayant été mis en exergue lors des bilans orthophoniques de notre échantillon.

- **1^{ère} remarque :**

Les marqueurs de déviance retenus dans ce tableau sont ceux que les orthophonistes ont mis en avant pour justifier le diagnostic, cela ne signifie pas que les critères non cochés ne soient pas également présents.

- **2ème remarque :**

Les troubles phonologiques ne font pas partie des marqueurs de déviance retenus par C.L Gérard ou par M. Monfort. Nous étudions ici les cas de dysphasie phonologico-syntaxique, il est évident que les troubles phonologiques sont mis en avant dans l'établissement du diagnostic pour leur caractère massif et non prévisible. Les troubles phonologiques des enfants dysphasiques phonologico-syntaxique se distinguent de ceux des retards de parole ou d'articulation par leur caractère non prévisible et non simplificateur de la prononciation.

- **3ème remarque :**

Il est coutume de dire que les dysphasiques phonologico-syntaxiques ont une compréhension relativement préservée, or dans notre échantillon 14 enfants sur les 20 en ont une altérée. La compréhension est meilleure que l'expression mais elle reste sub-normale lorsque celle-ci est complexe ou aborde des notions abstraites.

- **4ème remarque :**

Ces marqueurs de déviance sont parfois mis en évidence par les orthophonistes bien avant l'établissement du diagnostic et dans la moitié des cas « une suspicion de troubles spécifiques du langage de type dysphasique » est évoqué des années avant le diagnostic.

Alors pourquoi ce diagnostic est-il si tardif ? Pourquoi les orthophonistes sont-ils si frileux à l'établir ? Deux éléments peuvent l'expliquer :

- Le refus d'étiqueter les enfants jeunes. La dysphasie est un trouble sévère et durable, les perspectives d'évolution sont faibles, son annonce est difficile. La suspicion du trouble entraîne dans tous les cas une prise en charge orthophonique intensive identique à celle d'une dysphasie, dans ces conditions, pour ces orthophonistes, ne pas écrire et communiquer le diagnostic ne nuit pas à la prise en charge de l'enfant.

- L'idée selon laquelle, le diagnostic de dysphasie doit être pluridisciplinaire, ce qui explique l'orientation des enfants vers le centre de référence. Ce principe de pluridisciplinarité se justifie essentiellement par le principe d'exclusion, les bilans complémentaires effectués ou ordonnés par le centre de référence servent à écarter des suspicions de retards mentaux, troubles psychiatriques, maladies génétiques etc....

Nous avons donc vu que si le diagnostic de dysphasie était tardif, les prises en charges orthophoniques ne l'étaient pas et que pour la plupart d'entre elles, elles prenaient en compte un éventuel trouble dysphasique. Dans ces conditions il est légitime de se demander en quoi un diagnostic plus précoce serait bénéfique à la prise en charge et au suivi de l'enfant.

Nous allons étudier ici ce qui change concrètement dans le suivi de l'enfant une fois que son trouble est diagnostiqué.

3- Répercussion du diagnostic de dysphasie sur la prise en charge de l'enfant :

Nous n'évoquons ici que les éléments que nous avons pu recueillir sur les dossiers ; nous sommes conscients que le diagnostic d'un tel trouble a des répercussions qui dépassent le nombre de séances d'orthophonie ou les aménagements scolaires qui peuvent être proposés. Il est difficile de quantifier et de repérer l'impact de cette annonce sur le comportement familial et scolaire et de juger les conséquences de la guidance familiale consécutive à cette annonce. Nous nous en tiendrons donc aux faits clairement identifiables tout en restant conscients qu'ils ne peuvent représenter que la partie émergée de l'iceberg.

3.1- Modification quantitative de la prise en charge orthophonique :

Nous n'allons nous intéresser ici qu'au nombre de séances d'orthophonie.

NOM	Date de naissance	fréquence PEC ortho avant le diag	fréquence PEC ortho après le diagnostic
J.S	01/04/2005	3 séances	3 séances
T.A	01/11/1997	1 séance	2 séances
M.G	01/03/1998	1 séance	2 séances
F.B	01/04/1998	1 séance *	3 séances
A.D	01/01/1999	1 séance	2 séances
Y.R	01/09/1999	1 séance	3 séances
C.S	01/09/1999	2 séances	3 séances
E.P	01/07/2000	1 séance	2 séances
T L	01/09/1999	2 séances	2 séances
G.E	01/04/2001	2 séances	3 séances
FF	01/05/2001	2 séances	2 séances
Q.C	01/08/2001	1 séance	2 séances
V.T	01/11/2001	2 séances	3 séances
L.M	01/08/2002	2 séances	2 séances
T.M	01/09/2002	2 séances	2 séances
L.G	01/09/2002	2 séances	3 séances
C.M	01/11/2002	2 séances	3 séances
L.B	01/12/2002	2 séances	3 séances
A.J	01/12/2002	1 séance	2 séances
C.C.	01/01/2003	2 séances	2 séances

* PEC très tardive et peu assidue

A première vue le diagnostic de dysphasie aurait un impact direct sur le nombre de séances d'orthophonie, chez 14 patients sur 20.

- **Augmentation du nombre de séances**

Le diagnostic entraîne donc quasi-systématiquement une augmentation d'une à deux séances d'orthophonie, même parmi ceux dont le trouble dysphasique était fortement suspecté. Sur les dix cas de suspicion, six ont vu leur prise en charge augmenter d'une séance.

Avant le diagnostic, 8 enfants ne bénéficiaient que d'une seule séance d'orthophonie par semaine, ce qui au vue des troubles, était très faible. Six enfants ont vu leur prise en charge passer de une à deux séances, et deux enfants de une à trois.

Onze enfants avaient deux séances d'orthophonie par semaine, six ont bénéficié d'une séance supplémentaire, cinq sont restés à deux séances

Enfin, seul un enfant avait, avant son diagnostic, trois séances d'orthophonie.

Le centre de référence conseille en général et dans la mesure du possible, trois séances d'orthophonie par semaine. Les trois séances sont systématiquement proposées mais elles sont contraignantes en termes d'organisation et parfois l'orthophoniste qui suit l'enfant n'a pas les créneaux permettant de rendre cela possible. De plus, les parents n'ont pas toujours les possibilités d'accompagnement et l'école pas toujours la tolérance nécessaire pour accepter trois absences par semaine.

Nous constatons que le diagnostic de dysphasie a un effet bénéfique sur la prise en charge orthophonique, puisqu'elle l'intensifie. Les six patients n'ayant pas vu leur nombre de rendez-vous chez l'orthophoniste augmenter, sont ceux qui bénéficiaient déjà de deux à trois séances.

Ce qui semble plus étonnant c'est de voir que trois enfants chez qui la dysphasie était fortement suspectée, ne suivaient qu'une seule séance par semaine.

Si on analyse de plus près ces trois cas, nous voyons qu'un d'entre eux est F.B qui a été diagnostiqué 10 mois après que le trouble a été suspecté, et la faible fréquence de ces séances est davantage due à un manque de motivation de l'adolescent qu'au souhait de l'orthophoniste.

Pour les deux autres, nous ne connaissons pas les motivations de la famille et de l'orthophoniste, nous notons tout de même que plus de 3 ans ont séparé la première prise en charge orthophonique du diagnostic.

Ici encore nous remarquons la particularité de la prise en charge de J.S qui, non seulement a été pris en charge de manière très précoce : 2 ans ½ mais a bénéficié dès le départ d'une prise en charge intensive de 3 séances par semaine.

Nous pouvons supposer que les antécédents familiaux de l'enfant ont aiguillé l'orthophoniste sur la piste de la dysphasie même si cette dernière ne l'évoque dans ses bilans qu'en octobre 2000, lorsque J.S avait 5 ans 6 mois.

Nous pouvons en conclure que le diagnostic a un effet sur la fréquence de la prise en charge orthophonique qui a tendance à augmenter même chez les enfants pour lesquels ce diagnostic était fortement suspecté. Nous n'avons pas assez d'informations pour analyser la nature de la prise en charge mais compte tenu de la forte suspicion de dysphasie, il est peu probable que celle-ci ait beaucoup changée à l'établissement du diagnostic.

3.2- Diagnostic et scolarité :

Poser un diagnostic de dysphasie n'est pas seulement mettre une « étiquette » sur un enfant, c'est surtout reconnaître un trouble sévère et durable. Il ne s'agit plus de parler de retard, rattrapable, mais d'un trouble invalidant. Cette différence de dénomination a des conséquences importantes au sein de la famille, mais, en a surtout à l'école, où le trouble sera reconnu et des aménagements scolaires proposés.

Rappelons que depuis la loi sur le handicap de février 2005 : « tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions concernant leur enfant. Sont mis en place les équipes de suivi de la scolarisation et les enseignants référents. La loi réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements afin que les étudiants handicapés puissent poursuivre leurs études, passer des concours, etc. »

La reconnaissance du trouble du langage en tant que dysphasie, permettra à l'enfant de bénéficier d'aides et de soutiens supplémentaires lui facilitant la vie scolaire. Le diagnostic, soutenu par le centre de référence pour notre échantillon, sera moteur de la mise en place d'un PAI . Nous allons ici nous intéresser aux aménagements scolaires consécutifs au diagnostic. Nous reviendrons plus en détail sur les différents aménagements proposés à notre échantillon dans le chapitre consacré à l'école.

Rappelons que l'âge du diagnostic est majoritairement celui de la grande section de maternelle et du CP. Les aménagements scolaires que nous imaginons conséquents au diagnostic, peuvent également avoir été mis en place en vue de l'apprentissage du langage écrit. Mais ces deux hypothèses ne sont pas opposables puisque c'est la perspective d'entrée au cours préparatoire qui motive l'établissement du diagnostic, chez des enfants pour lesquels le trouble était fortement suspecté.

NOM	Date de naissance	de âge diagnostic	du PAI
J.S	avr-95	5 ans 7 mois	sept 2000(CP)
T.A	nov-97	5 ans et 4 mois	-
M.G	mars-98	8 ans 10 mois	-
F.B	avr-98	12 ans 9 mois	-
A.D	janv-99	8 ans 7 mois	X (6ème)
Y.R	sept-99	6 ans 9 mois	X SEPT 2008 (CE2)
C.S	sept-99	6 ans 7 mois	-
E.P	juil-00	6 ans 9 mois	-
T L	sept-99	8 ans 1 mois	-
G.E	avr-01	6 ans 11 mois	x juin 2008 (2èmeCP)
FF	mai-01	6 ans	X sept 2007 (CP)
Q.C	août-01	7 ans 3 mois	-
V.T	nov-01	6 ans 6 mois	X
L.M	août-02	6 ans	X
T.M	sept-02	7 ans 3 mois	x avril 08 (2ème CP)
L.G	sept-02	5 ans 10 mois	x sept2008 (CP)
C.M	nov-02	7 ans 5 mois	-
L.B	déc-02	5 ans 4 mois	X SEPT 2008 (CP)
A.J	déc-02	5 ans 9 mois	X AVRIL 2008 (GSM)
C.C.	janv-03	4 ans 5 mois	-

Contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, le diagnostic ne débouche pas systématiquement sur un PAI, puisque seule la moitié de notre échantillon en a bénéficié et pas forcément dans les mois consécutifs au diagnostic.

Moins de la moitié des enfants suivis ont bénéficié d'une Auxiliaire de Vie Scolaire. Cependant même s'il n'a pas toujours donné lieu à des PAI, le diagnostic a permis d'informer l'école de la nature des troubles de l'enfant. Cette information a permis une meilleure compréhension des troubles, l'instauration d'un dialogue entre personnel enseignant et thérapeute et une adaptation des exigences scolaires au trouble qui ne se matérialise pas forcément par la mise en place d'un PAI.

Nous notons que, lorsque la présence d'une AVS était requise, elle se faisait principalement au cours de l'année du CP, année charnière.

Notons également qu'une fois encore, le jeune JS bénéficie d'une prise en charge idéale avec une AVS dès son entrée au CP.

Le diagnostic de dysphasie n'entraîne pas immédiatement une armada d'aides ou de soutiens scolaires, faute de moyen, l'éducation nationale ne peut répondre par la présence d'une AVS à chaque trouble. Il n'en demeure pas moins que ce diagnostic permet à l'enseignant de sortir de son isolement face à son élève et, grâce aux conseils de professionnels, d'adapter ses demandes aux capacités des enfants. Sans forcément s'officialiser sous forme d'un PAI, mettre en place un système de tutorat avec un autre élève de la classe, fournir des photocopies, réduire le nombre de questions aux évaluations, sont des aides précieuses pour l'enfant.

L'école joue un grand rôle dans la prise en charge des enfants dysphasiques, dans la détection des troubles, la sensibilisation de certains parents aux difficultés de leur enfant et naturellement dans le devenir de ces enfants.

Nous allons y consacrer un chapitre et essayer d'analyser comment les enfants de notre échantillon ont été accueillis à l'école. Comment cette institution a réagi face à ce trouble spécifique ? Combien d'enfants ont été scolarisés dans des écoles normales et jusqu'à quel âge ? Qu'en est-il du redoublement de la maternelle (fortement déconseillé pour les dysphasiques) ?

B- La scolarité

L'école joue un rôle important dans la vie et le développement d'un enfant. Même si nous ne pouvons pas considérer la scolarité comme une prise en charge au sens thérapeutique du terme, elle est essentielle dans le développement et la progression des enfants dysphasiques.

Nous avons rappelé dans le chapitre précédent que depuis la loi sur le handicap de 2005 tous les enfants peuvent être scolarisés dans l'école de leur quartier. Cette loi a soulevé bien des questions sur le véritable intérêt de l'enfant, si chaque parent d'enfant présentant un handicap est soulagé et réconforté de voir son enfant scolarisé parmi les enfants normaux, qu'en est-il de l'enfant handicapé ? L'école de quartier est-elle faite pour accueillir cet enfant et lui permettre de se développer dans les meilleures conditions ? Cette question nous nous la posons pour le dysphasique, son handicap quoi que peu visible n'en est pas moins une entrave à son insertion et réussite scolaire.

Nous allons analyser le parcours scolaire des enfants composant notre échantillon en nous intéressant aux types de structures fréquentées, aux systèmes d'aide proposés, aux redoublements et à l'année de CP, année d'entrée dans l'écrit.

1-Les structures scolaires fréquentées :

Nous nous intéressons ici au parcours scolaire des enfants, il est nécessaire préalablement de souligner que les enfants formant notre échantillon n'ont pas tous le même âge et que par conséquent la généralisation est impossible. C'est une photographie à un instant t que nous étudions, un enfant suivant un parcours scolaire normal aujourd'hui, pourra dans quelques mois ou années être réorienté.

Ce qui nous intéresse ici, au-delà de la proportion d'enfants suivant un parcours scolaire normal, c'est de savoir ce qui a motivé une réorientation vers une structure spécialisée et ce qui est mis en place pour aider à la bonne intégration de l'enfant dans la fameuse « école de quartier ».

Tous les enfants ont débuté leur parcours scolaire dans une école de quartier, certains y poursuivent leur scolarité dans un cycle normal, d'autres y sont scolarisés en CLIS, d'autres encore ont été accueillis dans des structures spécialisées dans le trouble dysphasique comme l'établissement « Les Chanterelles » à Nice ou des Ulis Dys.

La réorientation scolaire est généralement consécutive à un gros échec scolaire et à une incapacité de l'enfant à s'adapter à un milieu classique. Mais nous allons essayer d'aller plus loin que ce simple constat. Il est légitime de s'interroger sur les raisons pour lesquelles certains enfants dysphasiques pourront suivre une scolarité classique alors que d'autres, souffrant du même trouble, en seront incapables.

Est-ce que cette différence est uniquement due à la gravité du trouble dysphasique? D'autres facteurs peuvent expliquer ce décalage, des facteurs propres à l'enfant : troubles moteurs associés, problèmes de mémoire de travail, capacités cognitives plus limitées etc. Mais ces facteurs peuvent être également externes à l'enfant, environnementaux : prise en charge orthophonique, prise en charge psychologique, milieu socio-culturel, présence d'une AVS à l'école ou bien mise en place de systèmes d'aide diversifiés matérialisés sous forme de PAI...

Nous allons nous intéresser dans un premier temps à la proportion d'enfants scolarisés en structures spécialisées et à l'âge auquel cette réorientation s'est faite. Nous rappelons ici une nouvelle fois que ce qui est présenté n'est qu'une photographie à un instant donné et que cela ne présume en rien du devenir scolaire des enfants étudiés.

NOM	Scolarisation spécialisée	Etablissement choisi	Age de la réorientation	niveau scolaire atteint avant la réorientation
J.S	NON	S.O	S.O	S.O
T.A	OUI	Les Chanterelles	7 ANS	CP
M.G	OUI	Les Chanterelles	9 ANS	CE1
F.B	OUI	ULIS DYS	13 ANS	6ème
A.D	NON	S.O	S.O	S.O
Y.R	NON*	S.O	S.O	S.O
C.S	NON	S.O	S.O	S.O
E.P	NON	S.O	S.O	S.O
T.L	NON	S.O	S.O	S.O
G.E	NON	S.O	S.O	S.O
FF	NON	S.O	S.O	S.O
Q.C	NON	S.O	S.O	S.O
V.T	NON	S.O	S.O	S.O
L.M	NON	S.O	S.O	S.O
T.M	NON	S.O	S.O	S.O
L.G	NON	S.O	S.O	S.O
C.M	OUI	CLISS	7 ans	CP
L.B	OUI	Les Chanterelles	7 ANS	CP
A.J	OUI	SESSAD	8 ANS	CE1
C.C.	NON	S.O	S.O	S.O

* Une réorientation aux Chanterelles était vivement recommandée mais refusée par la mère. Une demande de SESSAD a été faite mais refusée en 2008 alors que YR était scolarisé en CE2.

La première chose que nous voyons lorsque nous regardons ce tableau, c'est la faible proportion d'enfants réorientés. Sur les 20, seuls 7 enfants n'ont pas pu suivre une scolarité classique, ce qui ne représente que 1/3 de l'effectif.

Cette réorientation se fait, exceptée pour FB, entre 7 et 9 ans, au cours du CP (généralement le second) et du CE1. C'est face aux difficultés d'apprentissage en début de primaire que la décision est prise. Ces enfants ont de grosses difficultés à apprendre à lire et à acquérir les notions mathématiques de base du CP. Cette décision n'est pas précipitée puisqu'un second CP ou un passage en CE1 est fait au préalable ; mais l'écart entre l'enfant dysphasique et les autres élèves de la classe est tel qu'une poursuite en scolarité classique serait nuisible au développement de l'enfant.

Remarque 1: Dans la littérature, il est fait mention de l'intérêt considérable que représente l'écrit dans la prise en charge de l'enfant dysphasique et nous savons que cet apprentissage est possible, malgré les troubles linguistiques considérables des dysphasiques, mais, nécessite une remédiation spécifique. Les enfants ayant été réorientés, somme toute assez jeunes, présentaient de grosses difficultés à l'acquisition de cet apprentissage. Nous nous posons la question de savoir pourquoi dans notre population, des enfants ont été réorientés sur des structures spécialisées à la suite d'un échec de l'apprentissage de la lecture. Question à laquelle nous tenterons de répondre ultérieurement

Nous reviendrons plus tard sur l'apprentissage de la lecture qui est essentiel pour la scolarité des enfants, mais aussi pour leur avenir, puisque le postulat de départ de ce mémoire, qui a évolué par la suite, était qu'un apprentissage anticipé de la lecture, basé sur des processus cognitifs bien précis, dans le cadre d'une rééducation orthophonique, était un facteur de bonne évolution des dysphasies.

Remarque 2 : Le jeune FB a été réorienté à l'âge de 13 ans, ce qui semble tard au regard des autres enfants, cependant cette réorientation a été immédiatement consécutive à son diagnostic. Nous pouvons nous demander comment un enfant en telle difficulté a réussi à entrer au collège sans que rien ne lui soit proposé, exception faite des deux redoublements autorisés.

Nous touchons ici au problème que pose le choix de la scolarité en tant que facteur de bonne évolution de la dysphasie ; si, comme nous le constatons, les éléments les plus en difficulté sont réorientés, certains comme Y.R dont les parents refusent une réorientation, ou FB diagnostiqué que tardivement peuvent poursuivre, malgré leur retard avéré, une scolarité normale. Il convient donc d'être très vigilant à ce sujet et de toujours, dans nos analyses futures, veiller à ce que le niveau de l'enfant soit en harmonie avec le niveau de la classe qu'il fréquente.

2- Les aides scolaires – AVS – PAI :

Un tiers des enfants de notre échantillon ont été orientés dans des structures spécialisées, donc deux tiers ont été (ou sont) scolarisés dans des écoles classiques. Nous allons nous intéresser ici à ce qui est mis en place pour aider ces enfants et permettre que leur scolarité se fasse dans les meilleures conditions possibles.

2.1 Les différentes aides proposées :

Face à un même trouble, les aides diffèrent, les enfants de notre échantillon n'ont pas tous eu les mêmes réponses à leurs problèmes scolaires. Les plus fréquentes sont la présence d'un Auxiliaire de vie scolaire, un 1/3 temps, des photocopies, un système de tutorat ou bien un ordinateur. Nous ferons ici un rapide rappel de ces différentes aides, en quelle proportion, elles ont été proposées aux enfants suivis et si la nature et la diversité de ces aides a une influence sur la réussite scolaire de l'enfant.

- L'auxiliaire de vie scolaire (AVS)

La présence d'une personne auprès de l'enfant pendant les heures de cours, la durée de cette présence est variable selon les besoins de l'enfant. L'AVS est chargée d'aider l'enfant, de lui reformuler les consignes, de lui servir au besoin de « secrétaire » : prise de notes, écritures sous dictée etc.

- Le tutorat :
Ce système, mis en place librement par certains enseignants, est informel et ne nécessite pas l'établissement d'un PAI. Il s'agit de placer l'enfant en difficulté à côté d'un enfant très à l'aise scolairement (voire en avance) et que ce dernier l'aide dans la réalisation de son travail scolaire
- Le tiers temps :
On appelle tiers temps le dispositif permettant à l'enfant de bénéficier de temps supplémentaire dans la réalisation d'un travail scolaire ou d'une charge de travail moins lourde que ses camarades d'école (moins de questions lors d'une évaluation par exemple).
- Les photocopies :
Mise à disposition des leçons et des cours sous forme de photocopies.
- L'ordinateur :
Autorisation d'utiliser un ordinateur en classe pour noter les cours et rendre les évaluations. Cet aménagement est plutôt réservé aux enfants ayant un trouble de la motricité fine et/ou dysgraphie associés à leur dysphasie.

Ce sont les cinq dispositifs d'aide que nous avons recensé dans notre étude, tous n'ont pas bénéficié de chacune d'entre elles.

2.2-Répartition des aides :

Intéressons nous à présent aux types d'aides dont a bénéficié notre échantillon. Les aides sont une réponse concrète à un problème reconnu, elles sont proposées pour faciliter la scolarité de l'enfant mais aussi, en cas d'aides humaines, pour faciliter le travail de l'enseignant démuni, face à un trouble qu'il ne connaît pas ou peu. Même si le dialogue existe entre l'orthophoniste et l'enseignant, il n'en demeure pas moins que face aux difficultés réelles de l'enfant, l'école aura tendance à proposer un redoublement, non pertinent dans les cas de dysphasies.

Mais ces aides sont-elles les garantes d'une meilleure intégration scolaire ? C'est du moins leur but initial, cependant dans la réalité les choses ne sont pas aussi clairement établies. Une aide comme par exemple la présence d'une AVS (ce qui est majoritairement proposé dans les cas qui nous intéressent) devrait permettre la scolarisation des enfants dans la « fameuse école de quartier ». Et à l'inverse les enfants n'ayant pu en avoir recours serait réorientés dans des établissements spécialisés. Il convient de noter que cette aide « en personne » n'est pas systématiquement proposée aux enfants dysphasiques, mais dépend de la sévérité des troubles et leurs répercussions sur le travail scolaire et aussi de l'insistance des personnes en charge de l'enfant à l'obtenir.

NOM	Scolarisation spécialisée	AVS	1/3 temps	PHOTOCOPIES	TUTORATS	ORDINATEUR	école spécialisée
J.S	NON	sept 2000(CP)	X	X	X	x 4 ^{ème}	-
T.A	OUI	-	-	-	-	-	Les chanterelles octobre 2004
M.G	OUI	2006 CE1	-	-	X	-	les chanterelles octobre 2007
F.B	OUI	-	X	X	X	-	ULIS DYS
A.D	NON	X (6ème)	-	-	X	-	
Y.R	NON*	X SEPT 2008 (CE2)	-	-	-	-	Demande Chanterelles mais refus maman
C.S	NON	-	-	-	-	-	-
E.P	NON	-	-	-	-	-	-
T.L	NON	-	x	-	-	-	-
G.E	NON	x juin 2008 (2èmeCP)	-	-	-	-	chanterelles CE1
FF	NON	X sept 2007 (CP)	-	-	-	-	-
Q.C	NON	-	-	-	-	-	-
V.T	NON	x sep 2007 CP	x	-	-	-	-
L.M	NON	x mars 2009 CP	-	-	-	-	-
T.M	NON	x avril 08 (2ème CP)	-	-	-	-	-

L.G	NON	x sept2008 (CP)	-	-	-	-	-
C.M	OUI	x 2008 CP	-	-	-	-	CLISS 2009
L.B	OUI	X SEPT 2008 (CP)	-	-	-	-	CHANTERELLES 2009
A.J	OUI	X AVRIL 2008 (GSM)	-	-	-	-	-
C.C.	NON	-	-	-	-	-	-

- **Auxiliaire de Vie Scolaire :**

C'est l'aide qui est le plus apportée aux enfants de notre échantillon, sur les 20 enfants étudiés 13 en ont bénéficiée.

- Un enfant a été accompagné dès sa Grande section de maternelle
- Neuf en cours de CP (dont un enfant lors de son deuxième CP)
- Un enfant au CE1
- Un enfant au CE2
- Un enfant pour son entrée en 6^{ème}.

Les enfants ont été majoritairement accompagnés à leur entrée au CP en prévision des difficultés à venir. L'enfant ayant été accompagné à son entrée en 6^{ème} a toujours été un bon élève et s'est toujours trouvé parmi les 10 meilleurs élèves de sa classe. La décision de l'accompagner, alors que ses résultats scolaires ne l'imposaient en rien est due au changement de rythme qu'impose le collège : multiplicité des enseignants, gestion d'un emploi du temps complexe et autonomisation des élèves qui sont autant de difficultés pour un enfant dysphasique.

- **Limites de l'aide :**

Nous constatons que cette aide n'évite pas une réorientation scolaire. Si la présence d'une AVS est une aide précieuse pour les enfants les moins en difficulté, elle ne permet pas l'intégration scolaire de tous les enfants dysphasiques étudiés. Sur les 6 enfants n'ayant pu poursuivre leur scolarité en milieu ordinaire, 4 avaient bénéficié de cette aide.

De plus si la présence d'un adulte auprès de l'enfant ne pose pas de problème aux plus jeunes d'entre eux, au collège cette aide est lourde à supporter pour l'enfant qui n'a qu'un désir : celui de se fondre dans la masse. Ces enfants souffrent d'une pathologie qui, a défaut d'être visible, est audible, depuis leur plus jeune âge ils se sont singularisés par leur façon de communiquer. Avec l'âge ils ont appris à masquer leur trouble et à le rendre quasiment indétectable, mais la présence encombrante d'un adulte le rend visible.

- **Autres aides :**

Nous regroupons ici les autres aides que nous avons recensées au cours de l'analyse des dossiers des enfants, car peu d'entre eux en ont bénéficiées (ou du moins leur dossier n'en a pas fait état).

La plus fréquemment rencontrée est le Tiers Temps, mais semble tout de même marginale : seuls 4 enfants sur 20 en ont clairement bénéficié.

4 enfants ont bénéficié de Tutorat

2 enfants ont bénéficié de photocopies

Et 1 a eu le droit d'utiliser un ordinateur au collège.

Ces données sont étonnantes et nous sommes en droit de les questionner. Il semble étonnant que si peu d'enfants aient bénéficié d'aides assez simples à mettre en place alors qu'une majorité d'entre eux ont pu avoir à leurs côtés une AVS. Est-ce que cette présence rendrait les autres aménagements inutiles ? Il est permis d'en douter d'autant plus que cet accompagnement n'est jamais à plein temps.

L'ordinateur peut sembler une aide bien singulière pour un enfant dysphasique, elle ne concerne que JS et est envisagée pour AD. L'aide d'un ordinateur portable n'est pas directement liée à la dysphasie, mais aux troubles associés de la psychomotricité fine et du graphisme.

Tout comme la présence d'une AVS, ces aides quoique plus discrètes posent un problème aux enfants les plus âgés. AD a refusé des aménagements scolaires de type tiers temps pour ne pas être singularisé, ce qui ne l'empêche pas de faire partie des meilleurs élèves de sa classe.

Cette analyse des différentes aides scolaires nous montre la volonté de l'institution pédagogique d'intégrer au mieux ces élèves singuliers. Ces aides et tout particulièrement les AVS coutent cher à l'institution. Mais si cet effort est visible pour notre échantillon, quel est son devenir en cette période sombre pour l'éducation nationale. Alors que le réseau RASED a été quasiment supprimé on peut être inquiet pour les prises en charge futures de ces enfants en difficulté. Dans les années à venir, les classes risquent d'être plus chargées qu'elles ne le sont aujourd'hui ce qui laissera moins de temps à l'enseignant pour s'occuper des enfants qui ne suivent pas le rythme imposé par l'école.

Le nombre d'institutions spécialisées ne permettra pas d'accueillir tous ces enfants, et on peut d'ailleurs se demander si ce serait une solution satisfaisante lorsqu'on voit un enfant comme JS suivre une scolarité plus que satisfaisante puisqu'il entrera en 1^{ère} S l'année prochaine.

La question de l'école est importante puisqu'elle sous-tend l'avenir et l'intégration sociale de l'enfant.

3 – Le redoublement :

Si un sujet fait l'unanimité concernant la dysphasie c'est le fait de ne pas retarder l'entrée au CP par un redoublement d'une classe maternelle. Ce redoublement n'aurait aucune utilité quant à l'évolution de l'enfant et retarderait d'autant une entrée dans l'écrit qui est on ne peut plus bénéfique pour le langage oral de l'enfant. Si cette théorie n'a peut-être pas franchi les grilles de l'école, elle est largement diffusée auprès des orthophonistes.

Comme la grande majorité de notre échantillon est suivie en orthophonie depuis l'école maternelle, nous ne devrions pas avoir beaucoup de redoublement dans ces classes d'âge.

3.1 -Redoublement de la maternelle :

NOM	âge diagnostic du	âge de la première ortho PEC	Classe maternelle redoublée
J.S	5 ans 7 mois	2 ans 6 mois	-
T.A	5 ans et 4 mois	3 ans 6 mois*	GSM
M.G	8 ans 10 mois	3 ans 6 mois	MSM
F.B	12 ans 9 mois	11 ans 11 mois	-
A.D	8 ans 7 mois	6 ans	-
Y.R	6 ans 9 mois	3 ans	GSM
C.S	6 ans 7 mois	3 ans	-
E.P	6 ans 9 mois	4 ans	-
T L	8 ans 1 mois	3 ans	-
G.E	6 ans 11 mois	4 ans 6 mois	-
FF	6 ans	3 ans 7 mois	-
Q.C	7 ans 3 mois	4 ans	MSM
V.T	6 ans 6 mois	3 ans 6 mois	-
L.M	6 ans	4 ans	-
T.M	7 ans 3 mois	4 ans	GSM
L.G	5 ans 10 mois	4 ans	-
C.M	7 ans 5 mois	3 ans 3 mois	MSM
L.B	5 ans 4 mois	3 ans 9 mois	GSM
A.J	5 ans 9 mois	3 ans 7 mois	GSM
C.C.	4 ans 5 mois	4 ans 5 mois	-

Nous sommes assez étonnés dans ces conditions de constater que 8 enfants sur les 20 étudiés ont redoublé une classe de maternelle.

5 ont redoublé la grande section de maternelle

3, la moyenne section

Et tous bénéficiaient d'une prise en charge orthophonique.

Le langage oral est souvent considéré comme une condition nécessaire à l'acquisition du langage écrit. Même si les enfants n'étaient pas diagnostiqués comme dysphasiques, la suspicion du trouble spécifique du langage était forte, ce qui aurait dû pousser les orthophonistes à déconseiller le redoublement.

Si c'est le retard massif de langage qui est la principale raison qui a motivé un redoublement, ce n'est pas la seule. Les enfants ayant redoublé une classe maternelle souffraient de troubles associés à leur dysphasie comme l'immaturation affective, troubles de l'attention, troubles moteurs, troubles spatio-temporels. Ces troubles sont des entraves aux pré-requis à l'apprentissage de la lecture.

Mais nous ne sommes pas en mesure de savoir si ces enfants auraient eu plus de difficultés au CP que leurs homologues, souffrant d'autant de troubles associés mais n'ayant pas redoublé. Comme il n'est pas certain que ce redoublement ait été utile à quoi que ce soit : le trouble du langage étant massif et durable, le maintien dans une classe n'est assurément pas une solution.

Remarque :

T.M est une petite fille dysphasique, souffrant d'un gros trouble du langage mais aussi d'une immaturité affective, de difficultés attentionnelles et d'un manque de confiance. Son orthophoniste et son enseignante bien aux faits de la dysphasie décident mutuellement le passage au CP et ce, malgré la sévérité du trouble. Cependant au bout de quelques semaines, face à l'impossibilité de l'enfant à suivre au CP, il fut décidé de renvoyer la petite fille en grande section de maternelle.

On peut aisément imaginer ce que ce retour a dû représenter pour une enfant qui manquait déjà de confiance en elle.

Nous nous sommes interrogés sur cet échec et avons constaté que cette petite fille avait été confrontée à l'écrit sans préparation préalable, qu'elle n'avait bénéficié ni d'un apprentissage précoce de la lecture, ni d'un accompagnement à cet apprentissage.

Sur les huit enfants ayant redoublé une classe de maternelle, quatre ont été réorientés, un aurait dû l'être et les 3 autres poursuivant une scolarité normale rencontrent des difficultés sérieuses entravant leurs apprentissages.

Que peut-on conclure de ces données ?

- Le langage oral reste, pour l'école, une condition indispensable au passage en CP et à l'apprentissage de la lecture.
- L'information ne circule pas entre les orthophonistes et les enseignants et/ou les orthophonistes ne sont pas assez sensibilisés aux bénéfices de l'apprentissage de la lecture sur l'évolution de l'enfant dysphasique.
- Même si ces redoublements concernent les cas les plus graves (cf. réorientations ultérieures), ils ne permettent pas à l'enfant de rattraper « son retard » et d'avoir une scolarité normale par la suite. Le redoublement ne remplit pas son rôle et donc semble dans ces cas précis inutile.
- Nous notons que les parents ne s'opposent pas à ces redoublements, convaincus qu'il permettra à leur enfant de « se normaliser ».
- Le passage au Cours Préparatoire ne peut se faire dans de bonnes conditions que s'il est préparé et accompagné par l'orthophoniste.

Il y a une confusion entre le retard de langage et la dysphasie, mais pourrait-il en être autrement puisqu'aucun des redoublants n'étaient diagnostiqués dysphasiques en maternelle ? La question du diagnostic précoce se repose ici, mais il ne permettrait d'éviter ces redoublements, autant nuisibles qu'inutiles, qu'à la seule condition qu'une meilleure information circule entre orthophonistes et enseignants.

3.3- Redoublement en primaire :

NOM	âge diagnostic du	âge de la première ortho PEC	Nombre de redoublements	Classe maternelle redoublée	Classe primaire redoublée
J.S	5 ans 7 mois	2 ans 6 mois	0	-	-
T.A	5 ans et 4 mois	3 ans 6 mois*	1	GSM	-
M.G	8 ans 10 mois	3 ans 6 mois	2	MSM	CP
F.B	12 ans 9 mois	11 ans 11 mois	1	-	CE2
A.D	8 ans 7 mois	6 ans	0	-	-
Y.R	6 ans 9 mois	3 ans	1	GSM	-
C.S	6 ans 7 mois	3 ans	0	-	-
E.P	6 ans 9 mois	4 ans	0	-	-
T L	8 ans 1 mois	3 ans	0	-	-
G.E	6 ans 11 mois	4 ans 6 mois	1	-	CP
FF	6 ans	3 ans 7 mois	0	-	-
Q.C	7 ans 3 mois	4 ans**	1	MSM	-
V.T	6 ans 6 mois	3 ans 6 mois	0	-	-
L.M	6 ans	4 ans	0	-	-
T.M	7 ans 3 mois	4 ans	2	GSM	CP
L.G	5 ans 10 mois	4 ans	0	-	-
C.M	7 ans 5 mois	3 ans 3 mois	1	MSM	-
L.B	5 ans 4 mois	3 ans 9 mois	1	GSM	-
A.J	5 ans 9 mois	3 ans 7 mois	1	GSM	-
C.C.	4 ans 5 mois	4 ans 5 mois	0	-	-

Etrangement le redoublement du primaire est plus rare, puisqu'on n'en recense que quatre et pour deux d'entre eux il représente le deuxième redoublement. Il s'agit le plus souvent du CP et la raison de ce redoublement est la non acquisition des bases de l'écrit permettant un passage en CE1.

Pourquoi les classes plus avancées ne sont pas redoublées ? Plusieurs hypothèses sont possibles :

- Les enfants les plus en difficulté à l'école sont réorientés en début de primaire : TA en CP, MG CE1, GE CE1, CM CP, LB CP, FB a intégré une ULIS en 6^{ème}, l'année de son diagnostic.
- Il est impossible de redoubler plus de deux classes au cours du primaire

- 8 enfants de notre échantillon n'ont pas encore atteint leur cours moyen, nous ne pouvons pas prédire un éventuel redoublement.
- La présence des AVSI à partir du CP ou du CE1 qui ont pu permettre un meilleur suivi scolaire.
- L'enfant est diagnostiqué dysphasique, son trouble est reconnu comme durable, le redoublement n'est plus considéré comme une solution adaptée aux problèmes de l'enfant.
- Le redoublement est soumis à l'approbation des parents.

Remarque 1:

Parmi les 4 enfants ayant redoublé une classe au primaire, deux en avaient déjà redoublé une en maternelle. Sur un aussi petit échantillon, il est impossible de conclure à l'inutilité de ce redoublement mais nous pouvons tout de même remarquer que pour ces deux enfants, ce maintien en maternelle n'a pas permis une meilleure entrée dans l'écrit.

Remarque 2 :

Même si cela ne se matérialise pas forcément par un redoublement, l'acquisition de la lecture et de l'écriture représente une difficulté plus importante chez le jeune dysphasique que chez l'enfant normal. Si l'écrit est parfois présenté comme une solution aux problèmes de l'enfant dysphasique, son apprentissage n'en demeure pas moins compliqué, de la façon dont il est enseigné à l'école. Cet apprentissage clé, à la fois garant de la bonne intégration scolaire et sociale de l'enfant, se doit d'être accompagné par une remédiation orthophonique spécifique basée sur les processus cognitifs non altérés, avant et au cours du CP pour une meilleure réussite.

NOM	Date naissance	âge de diagnostic	âge de la première ortho	âge de la PEC	Nombre de redoublements	Classe maternelle redoublée	Classe primaire redoublée	AVS	école spécialisée
J.S	avr-95	5 ans 7 mois	2 ans 6 mois	0	-	-	-	sept 2000(CP)	-
T.A	nov-97	5 ans et 4 mois	3 ans 6 mois*	1	GSM	-	-	-	Les chanterelles octobre 2004
M.G	mars-98	8 ans 10 mois	3 ans 6 mois	2	MSM	CP	2006 CE1	les chanterelles octobre 2007	
F.B	avr-98	12 ans 9 mois	11 ans 11 mois	1	-	CE2	-	ULIS DYS 2011	
A.D	janv-99	8 ans 7 mois	6 ans	0	-	-	X (6ème)		
Y.R	sept-99	6 ans 9 mois	3 ans	1	GSM	-	X SEPT 2008 (CE2)	Demande Chanterelles mais refus maman	
C.S	sept-99	6 ans 7 mois	3 ans	0	-	-	-	-	
E.P	juil-00	6 ans 9 mois	4 ans	0	-	-	-	-	
T.L	sept-99	8 ans 1 mois	3 ans	0	-	-	-	-	
G.E	avr-01	6 ans 11 mois	4 ans 6 mois	1	-	CP	x juin 2008 (2èmeCP)	chanterelles CE1	
FF	mai-01	6 ans	3 ans 7 mois	0	-	-	X sept 2007 (CP)	-	
Q.C	août-01	7 ans 3 mois	4 ans**	1	MSM	-	-	-	
V.T	nov-01	6 ans 6 mois	3 ans 6 mois	0	-	-	x sep 2007 CP	-	
L.M	août-02	6 ans	4 ans	0	-	-	x mars 2009	-	

4- Dysphasie et école - Conclusion :

L'intégration scolaire des enfants dysphasiques est difficile, les troubles du langage oral entravent leurs apprentissages scolaires. Face à ces enfants singuliers, l'école ne possède que peu de moyens :

- Le redoublement, majoritairement proposé aux enfants de maternelle, avant que le trouble ne soit clairement diagnostiqué. Il aurait pour but de permettre à l'enfant de rattraper son retard et de faciliter une l'entrée au CP. Cette solution, bien que largement dénoncée par les spécialistes de la dysphasie (et du retard de langage), est encore proposée. Il n'y a clairement aucun intérêt à faire redoubler la maternelle à un enfant dysphasique qui ne pourra pas « rattraper son retard ».
- La mise en place d'un PAI, souvent matérialisé par l'assistance d'une AVS. Cette solution, bien que lourde à mettre en place semble permettre une meilleure intégration scolaire ; l'AVS pourra pallier aux difficultés de compréhension de l'enfant en reformulant consignes et instructions. Cette aide précieuse lors des premières années scolaires est mal vécue par les enfants les plus âgés, soucieux de se fondre dans la masse. De plus, face aux baisses d'effectifs et non-renouvellements de contrats, il est fort probable que dans l'avenir cette assistance soit plus difficile à obtenir.
- La réorientation. Celle-ci est proposée aux enfants les plus en difficulté, incapables, de suivre dans une école normale. Ces structures, adaptées aux troubles, sont encore peu nombreuses et ne permettent pas à tous les enfants qui en auraient besoin, de pouvoir les intégrer.

Alors que faudrait-il faire pour améliorer la vie scolaire des enfants dysphasiques ?

- Former les enseignants à cette pathologie et encourager le dialogue orthophonistes/enseignants. Cela permettrait peut-être d'éviter ces encore trop nombreux redoublements de maternelles et d'adapter la pédagogie au trouble sans forcément avoir recours au PAI. Les recommandations faites aux enseignants lors de PAI sont parfois mal vécues par ces personnes en charge de classes souvent surchargées, et ne sont donc pas toujours appliquées. Une meilleure connaissance de la pathologie et de sa gravité encouragerait certainement l'application de ces recommandations.
- Aider les enfants à entrer dans l'écrit. L'apprentissage de la lecture est une aide précieuse à la structuration du langage oral mais cet apprentissage tel qu'il est enseigné à l'école n'est pas toujours accessible à l'enfant dysphasique. Il convient alors aux orthophonistes d'accompagner et d'aider l'enfant dans cet apprentissage en lui proposant des méthodes alternatives avant et au cours du CP.
- Parvenir à un diagnostic plus précoce ou du moins pouvoir communiquer sur les suspicions de dysphasie afin de mettre en place les aménagements le plus tôt possible.

C- La prise en charge orthophonique :

L'étude des dossiers des enfants ne nous permettra pas de connaître en détail la nature de leur rééducation orthophonique. Nous ne traiterons ici que des principes de précocité et d'intensité des séances ainsi que de la mise en place de montages de lecture avec des méthodes phonétiques et gestuelles.

1- Le principe de précocité :

Une prise en charge précoce est un des principes fondamentaux d'une rééducation réussie. Comme il est reconnu qu'il existe une période critique optimale pour l'apprentissage du langage, la rééducation doit se dérouler pendant celle-ci pour que les acquisitions soient durables et rapides.

Mais si ce principe fait l'unanimité chez les orthophonistes, encore faut-il que les enfants leur soient adressés pour que la rééducation débute.

Nous allons voir dans le tableau suivant à quel âge les enfants de notre échantillon ont débuté leur rééducation. Rappelons qu'ici, nous n'avons pas à faire à des enfants souffrant d'un retard de langage mais d'une dysphasie, ce qui signifie que la majorité d'entre eux n'avait pas de babil pendant leur petite enfance et sont entrés à l'école maternelle à trois ans sans posséder le moindre langage. Signes qui semblent anormaux pour tout parent ayant eu un enfant ou bien pour tout professionnel de la petite enfance.

NOM	Date naissance de	âge de la première PEC ortho
J.S	avr-95	2 ans 6 mois
T.A	nov-97	3 ans 6 mois*
M.G	mars-98	3 ans 6 mois
F.B	avr-98	11 ans 11 mois
A.D	janv-99	6 ans
Y.R	sept-99	3 ans
C.S	sept-99	3 ans
E.P	juil-00	4 ans
T L	sept-99	3 ans
G.E	avr-01	4 ans 6 mois
FF	mai-01	3 ans 7 mois
Q.C	août-01	4 ans**
V.T	nov-01	3 ans 6 mois
L.M	août-02	4 ans
T.M	sept-02	4 ans
L.G	sept-02	4 ans
C.M	nov-02	3 ans 3 mois
L.B	déc-02	3 ans 9 mois
A.J	déc-02	3 ans 7 mois
C.C.	janv-03	4 ans 5 mois

L'âge moyen de la première prise en charge orthophonique est de 3 ans et 11 mois avec un écart type important de 24 mois anormalement élevé mais dû au cas particulier de FB suivi très tardivement.

Si nous excluons momentanément FB nous trouvons une moyenne de 3 ans 6 mois avec un écart type de 10,6 mois.

La première prise en charge orthophonique se fait donc principalement au cours de la première année de maternelle et est concentrée autour de la troisième et quatrième année de l'enfant.

Trois éléments peuvent expliquer cette concentration :

- L'école est souvent à l'origine de l'orientation thérapeutique orthophonique, les enseignants aguerris au langage des jeunes enfants savent reconnaître un langage anormalement développé.
- Les parents confrontés à des enfants du même âge que le leur, s'inquiètent de la pauvreté du langage de leur enfant et souhaitent consulter un professionnel.
- Les familles parfois rassurées par un pédiatre affirmant que le langage viendrait avec la socialisation de l'enfant, constatent que le miracle n'a pas lieu et consultent en cours de petite section de maternelle.

Peut-on toutefois parler de précocité de la prise en charge lorsque celle-ci débute entre la troisième et la quatrième année de l'enfant ?

Entre trois et quatre ans, l'enfant a normalement acquis le système morpho-syntaxique de sa langue, il possède 2000 mots à son vocabulaire. Son langage est acquis et ses progrès sont de l'ordre de l'enrichissement et du perfectionnement des outils grammaticaux et du lexique.

C'est entre deux et trois ans que l'ordre des mots, la structure de la phrase et l'arrangement grammatical se construisent, que l'enfant commence à faire des phrases de 3 ou 4 mots avec verbes et adjectifs, et que son lexique s'accroît le plus vite. D'un point de vue linguistique, ce serait au cours de cette période qu'une intervention orthophonique serait le plus profitable. Mais seul J.S a débuté sa rééducation durant cette période clé.

Nous pouvons cependant facilement imaginer que peu d'enfants, si jeunes seraient à même de suivre, de manière bénéfique, une rééducation orthophonique, compte tenu de la ressource attentionnelle qu'elle nécessite. Il faudrait alors l'imaginer différente, constituée principalement d'enseignement thérapeutique. Enseignement thérapeutique relayé auprès des enseignants ou personnels de la petite enfance en charge de l'enfant.

Cette période de guidance serait alors une bonne préparation à une rééducation future, plus facilement ordonnable à partir de 3 ans.

L'évolution remarquable de JS (rééduqué à partir de 2ans et demi) conforte l'idée du bénéfice de cette rééducation précoce, même si celle-ci n'est pas la seule raison de cette évolution.

Mais comment faire venir des enfants si jeunes dans les cabinets d'orthophonie ? Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de la petite enfance et les parents au développement normal du langage et à ses enjeux. Cette sensibilisation a été faite et réussie auprès des enseignants de maternelle. Nous pouvons facilement imaginer qu'elle serait également possible chez les professionnels de la petite enfance puisqu'une tendance lourde de dépistage précoce apparaît avec la création de tests de dépistage pour les bébés à partir de 18 mois (EVALO bébé).

Cependant, avec une moyenne de prise en charge de 3 ans et demi, les enfants de notre échantillon ont été tout de même rééduqués tôt et surtout immédiatement après leur première visite chez l'orthophoniste. Le principe de précocité est donc respecté.

Le principe de prise en charge précoce est primordial mais il doit s'accompagner du principe d'intensité pour avoir un réel impact sur le langage de l'enfant.

2- Le principe d'intensité :

Une rééducation précoce qui se limiterait à une séance d'une ½ heure par semaine n'aurait que peu d'impact sur une pathologie aussi lourde que la dysphasie.

NOM	Date de naissance	fréquence PEC ortho avant le diagnostic	fréquence PEC ortho après le diagnostic
J.S	01/04/2005	3 séances	3 séances
T.A	01/11/1997	1 séance	2 séances
M.G	01/03/1998	1 séance	2 séances
F.B	01/04/1998	1 séance	3 séances
A.D	01/01/1999	1 séance	2 séances
Y.R	01/09/1999	1 séance	3 séances
C.S	01/09/1999	2 séances	3 séances
E.P	01/07/2000	1 séance	2 séances
T L	01/09/1999	2 séances	2 séances
G.E	01/04/2001	2 séances	3 séances
FF	01/05/2001	2 séances	2 séances
Q.C	01/08/2001	1 séance	2 séances
V.T	01/11/2001	2 séances	3 séances
L.M	01/08/2002	2 séances	2 séances
T.M	01/09/2002	2 séances	2 séances
L.G	01/09/2002	2 séances	3 séances
C.M	01/11/2002	2 séances	3 séances
L.B	01/12/2002	2 séances	3 séances
A.J	01/12/2002	1 séance	2 séances
C.C.	01/01/2003	2 séances	2 séances

Avant le diagnostic, le nombre moyen des séances est de 1,65 avec un ET de 0,57.

Après le diagnostic le nombre moyen des séances est de 2,45 avec un ET de 0,5.

Nous remarquons qu'avant le diagnostic le nombre de séances d'orthophonie est assez faible puisque seul un enfant (J.S) bénéficie de 3 séances et que 8 enfants n'ont qu'une séance d'orthophonie par semaine. C'est peu compte tenu du niveau de langage de ces enfants.

Après le diagnostic, le nombre de séances est entre 2 et 3 et semble plus adapté à la pathologie. Or, nous avons vu que ce diagnostic est tardif et donc que l'intensité de la prise en charge arrive tard, en moyenne 6 ans 11 mois !

Alors qu'une prise en charge orthophonique à l'âge de 3 ans et demi nous paraissait tardive, au regard du développement langagier de l'enfant, le nombre de séances semble bien insuffisant compte tenu de la pathologie. L'intensification de celles-ci entre la sixième et la septième année est positive, mais sa portée en est moindre puisqu'à partir de 6 ans les acquisitions dans le domaine langagier sont plus limitées.

Ces données sont assez surprenantes, elles peuvent être expliquées par le manque de disponibilité de l'orthophoniste ou bien par les difficultés d'organisation familiale. Il est peut-être nécessaire de re-sensibiliser les orthophonistes sur l'importance d'une prise en charge à la fois précoce et intensive pour les gros retards de langage. Cette prise en charge intensive est admise pour les dysphasies puisque le diagnostic de la pathologie entraîne une augmentation de la fréquence des séances. Mais comme ce diagnostic est toujours assez tardif, il est primordial de prendre en charge les retards de langage sévères, avec ou sans suspicion de troubles spécifiques, comme les dysphasies, à raison de 3 à 4 séances d'orthophonie par semaine.

Là encore, la guidance parentale et l'information sont indispensables et doivent être faites par les orthophonistes pour mobiliser les parents et les impliquer dans une rééducation lourde et contraignante.

La nature de ces séances d'orthophonie est certainement aussi importante que leur fréquence, or nous n'avons pu recueillir que trop peu d'informations pour pouvoir les analyser, la description détaillée des séances n'apparaissait pas dans les dossiers. En revanche nous avons pu connaître les enfants ayant bénéficié d'un apprentissage de la lecture anticipé, qui est un des axes de rééducation orthophonique des dysphasies, les plus communément recommandés.

3- Apprentissage anticipé de la lecture :

L'apprentissage du langage écrit est depuis longtemps considéré comme possible pour l'enfant dysphasique et ce, malgré ses lacunes dans le langage oral. C'est un but parce qu'il conditionnera la scolarité et l'insertion sociale de l'enfant mais c'est également un moyen puisque son apprentissage permet de structurer le langage oral de l'enfant dysphasique et d'éviter, comme le souligne C. Boutard, que les troubles du langage écrit ne deviennent l'une des complications majeures des dysphasies.

Dans ces conditions, il est fortement conseillé de ne pas retarder son apprentissage par le redoublement d'une classe maternelle et de l'aborder le plus précocement possible.

Si son acquisition est possible chez l'enfant dysphasique, elle n'en demeure pas moins difficile, surtout par les méthodes proposées généralement à l'école.

C. Boutard considère même cet apprentissage « comme l'un des buts principaux, voire comme l'objectif premier de la rééducation de l'enfant dysphasique. »

Cet apprentissage, même s'il a des répercussions sur l'avenir de l'enfant, n'a pas un but purement pédagogique. Les orthophonistes n'enseignent pas la lecture comme un enseignant le ferait, le considérant comme un apprentissage indispensable à un âge donné. Ici c'est pour construire ou consolider un code linguistique défaillant que l'écrit doit s'acquérir. De plus, il conditionne le devenir scolaire des enfants, qui rappelons-le ici, ont une intelligence normale et sont aptes à suivre une scolarité classique. Ne pas les aider à apprendre à lire serait ajouter un handicap à des enfants qui en souffrent d'un majeur à l'oral. « L'enjeu de cet apprentissage est très important car de lui dépendra en grande partie le pronostic de l'enfant dysphasique. » C. Boutard.

Au regard de l'importance du langage écrit dans la démarche thérapeutique de la dysphasie, examinons notre population.

NOM	âge diagnostic du	âge de la première ortho PEC	apprentissage précoce lecture	accompagnement à l'apprentissage de la lecture
J.S	5 ans 7 mois	2 ans 6 mois	oui PSM	oui
T.A	5 ans et 4 mois	3 ans 6 mois*	Non	non
M.G	8 ans 10 mois	3 ans 6 mois	Non	non
F.B	12 ans 9 mois	11 ans 11 mois	Non	non
A.D	8 ans 7 mois	6 ans	Non	non
Y.R	6 ans 9 mois	3 ans	Non	oui
C.S	6 ans 7 mois	3 ans	oui PSM	oui
E.P	6 ans 9 mois	4 ans	Non	non
T.L	8 ans 1 mois	3 ans	Non	oui
G.E	6 ans 11 mois	4 ans 6 mois	Non	non
FF	6 ans	3 ans 7 mois	oui GSM	oui
Q.C	7 ans 3 mois	4 ans**	Non	oui
V.T	6 ans 6 mois	3 ans 6 mois	oui MSM	oui
L.M	6 ans	4 ans	oui GSM	oui
T.M	7 ans 3 mois	4 ans	Non	non
L.G	5 ans 10 mois	4 ans	oui GSM	oui
C.M	7 ans 5 mois	3 ans 3 mois	Non	oui
L.B	5 ans 4 mois	3 ans 9 mois	Non	non
A.J	5 ans 9 mois	3 ans 7 mois	Oui GSM	oui
C.C.	4 ans 5 mois	4 ans 5 mois	non	non

3.1- L'apprentissage précoce :

Sur les 20 cas suivis, 7 ont bénéficié d'un apprentissage précoce de la lecture, c'est-à-dire avant leur entrée au CP, ce qui représente plus d'1/3 de la population. Ce résultat est intéressant si l'on remarque que seuls deux enfants étaient diagnostiqués dysphasiques lorsque l'orthophoniste a entrepris cet apprentissage.

L'âge de cet apprentissage est variable :

- 2 en ont bénéficié dès la Petite section de maternelle
- 1 en moyenne section de maternelle
- 4 en grande section de maternelle.

Il est singulier que, pour JS et CS, les orthophonistes aient démarré cet apprentissage si tôt, il correspond à la première consultation neuro-pédiatrique au centre référence des troubles du langage. Nous verrons plus tard quels bénéfices ils ont pu en retirer.

Notons qu'après une consultation au centre de référence, il est systématiquement conseillé un apprentissage précoce du langage écrit mais que celui-ci n'a pas toujours été suivi.

3.2- L'accompagnement à l'apprentissage :

Nous appelons accompagnement à l'apprentissage, le fait de proposer à l'enfant concomitamment à son CP, une méthode alternative de lecture de type phono-gestuelle favorisant l'apprentissage de la lecture chez l'enfant dysphasique.

Alors que seuls 1/3 des enfants ont pu bénéficier d'un apprentissage précoce de la lecture, 11, c'est-à-dire plus de la moitié d'entre eux ont été aidés dans cette « épreuve » par leur orthophoniste.

L'apprentissage précoce de la lecture ou son accompagnement n'est pas systématiquement proposé à l'enfant. Dans certains cas cela ne fait pas partie de la pratique de l'orthophoniste consulté, dans d'autres cas ce sont les difficultés de l'enfant qui sont une entrave à cette pratique. Car il serait inexact de considérer la dysphasie, uniquement, comme un trouble sévère et durable du langage oral. Cette terrible pathologie s'accompagne souvent d'une cohorte de troubles gênant et entravant les apprentissages. Ne considérer l'évolution de la pathologie qu'au regard des différents types de prise en charge proposés est une vision faussée de la réalité.

Il convient de faire l'inventaire de ces troubles qui accompagnent le handicap linguistique mais aussi d'aborder les données psychologiques des enfants étudiés. Si les troubles associés sont une entrave à la rééducation, c'est sur leurs capacités intellectuelles et cognitives, que les enfants vont s'appuyer pour pallier leur déficit langagier.

Remarque :

Il ne nous a pas été possible de connaître la nature de la rééducation orthophonique de notre échantillon et de comparer l'évolution des enfants en fonction des différentes approches thérapeutiques. En revanche nous savons que J.S a bénéficié d'une approche formelle et de multiples systèmes augmentatifs : lecture labiale, pictogrammes, dnp, gestes Borel-Maisonny... L'orthophoniste qui l'avait suivi dès son plus jeune âge, avait travaillé aux Chanterelles, à l'époque où l'établissement ne prenait en charge que les enfants sourds, et était aguerrie à tous ces systèmes augmentatifs.

D- Troubles associés et données psychométriques –Entraves et aides à la rééducation :

La rééducation quelle qu'elle soit ne saurait être un placage de procédures et de méthodes théoriques. Toute rééducation se fait autour de l'enfant et avec ce qu'il apporte.

Nous appelons apports toutes les capacités préservées de l'enfant, ce qui peut être exploité et sur quoi l'enfant va s'appuyer pour compenser son handicap langagier, ils peuvent être de toutes sortes, cognitifs : mémoire de travail, vitesse de traitement, visuels, attentionnels motrices...

Mais la dysphasie peut également s'accompagner d'importants troubles cognitifs, neuro-visuels, attentionnels, praxiques, moteurs et psychologiques. Ces troubles sont alors une entrave importante dans le déroulement de la prise en charge orthophonique et alourdissent les difficultés scolaires des enfants déjà lourdement pénalisés par leur trouble du langage. Ces troubles peuvent être associés au trouble spécifique du langage oral ou en être les conséquences.

Nous allons tenter ici de faire l'inventaire des troubles annexes dont souffre notre population pour, dans un second temps, en évaluer les conséquences sur leur prise en charge et leur évolution.

Puis nous nous intéresserons aux données psychologiques de ces enfants : quotient intellectuel verbal, quotient intellectuel performance, mémoire de travail et vitesse de traitement, en les considérant, avec la réserve due à la manipulation de telles données, comme autant d'outils ou d'aides dont l'enfant dispose pour remédier à son trouble du langage. Là encore nous tenterons d'en évaluer l'influence sur l'évolution de l'enfant.

1- Troubles associés :

NOM	Tbles BLF	tbles de la mémoire auditive	Tbles moteurs	Tbles Psy	Tbles du graphisme	PEC orthoptique Tbles Neuro Visuels	Tbles attentionnels	Tbles spatio-temporaux	Dyspraxie
J.S	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T.A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Oui	-	-
M.G	Oui	Oui	-	-	-	-	Oui	-	-
F.B	-	Oui	-	Oui	-	Oui	-	Oui	-
A.D	hypotonie	-	Oui	-	oui lenteur	-	-	Oui	-
Y.R	-	Oui	Oui	-	Oui	-	Oui	-	-
C.S	-	-	Oui	Oui	-	-	-	-	-
E.P	-	Oui	Oui	-	-	-	Oui	-	-
T.L	Oui	Oui	-	Oui	-	-	Oui	-	-
G.E	Oui	Oui	Oui	-	Oui	Oui	Oui	-	oui*
FF	-	-	Oui	-	Oui	-	-	-	-
Q.C	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V.T	Hypotonie	-	Oui	-	-	-	Oui	Oui	-
L.M	-	-	Oui	-	-	-	-	Oui	-
T.M	-	-	-	-	-	-	Oui	-	-
L.G	-	-	-	Oui	-	-	-	-	-
C.M	-	-	Oui	Oui	-	-	Oui	-	-
L.B	-	-	-	Oui	-	-	Oui	-	-
A.J	-	Oui	-	Oui	-	-	Oui	-	-
C.C.	Oui	-	-	-	-	-	-	Oui	-

*Dyspraxie visuo-spatiale, de l'habillage et idéatoire

Nous remarquons que les troubles sont nombreux et surtout fréquents puisqu'ils concernent 18 enfants sur les 20 étudiés et donc que seuls deux enfants en sont épargnés. La plupart des enfants en cumulent plusieurs.

Nous les classerons suivant leur fréquence :

- 1- Troubles attentionnels, ils concernent 11 enfants (souvent la conséquence du trouble du langage).
- 2- Troubles moteurs, ils touchent 10 enfants et sont de deux ordres : motricité fine et motricité globale.
- 3- Troubles de la mémoire auditive : 8 enfants (souvent la conséquence du trouble du langage de type lexico-syntaxique.)
- 4- Troubles psychologiques 8 enfants sont suivis pour troubles du comportement ou immaturité psycho-affective.(Souvent la conséquence du trouble du langage).
- 5- Troubles des praxies Bucco-Linguo-Faciales, 7 enfants en sont atteints. (Souvent la conséquence du trouble phonologico-syntaxique).
- 6- Troubles du graphisme, 5 enfants
- 7- Troubles spatio-temporaux, 5 enfants
- 8- Troubles visuels : 2 enfants suivent une rééducation orthoptique
- 9- Trouble praxique, seul 1 enfant en est atteint.

Ces troubles sont rarement isolés, même si deux enfants n'ont aucun troubles associés, les autres enfants cumulent en moyenne près de trois troubles différents avec sa dysphasie.

2- Les impacts de ces troubles sur la prise en charge de ces enfants :

Nous nous intéresserons ici sur les raisons pour lesquelles ces troubles représentent un frein à la bonne évolution du trouble spécifique du langage.

- **Cumul des prises en charges :**

Qui dit trouble dit prise en charge, certains troubles nécessitent une prise en charge spécifique au même titre que le trouble dysphasique nécessite une prise en charge orthophonique. Un trouble moteur entraîne une rééducation chez le psychomotricien, un trouble de la motricité fine : psychomotricien ou ergothérapeute, un trouble psychologique chez le psychologue ou le pédopsychiatre, un trouble visuel : orthoptiste, attentionnel : neuropsychologue. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'enfant ait du mal à suivre 3 ou 4 séances par semaine chez l'orthophoniste. La multiplicité de cette prise en charge est fatigante et éprouvante pour l'enfant et les parents et peut nuire à la motivation nécessaire lors des séances d'orthophonie.

- **Handicaps pour les apprentissages scolaires :**

Ces troubles altèrent des compétences requises lors des apprentissages scolaires.

Les compétences visuelles, spatio-temporelles entrent dans l'apprentissage de la lecture et des mathématiques.

Les troubles attentionnels et de mémoire auditive nuisent à tout type d'apprentissage.

Les troubles de la motricité fine et du graphisme nuiront à l'écriture de l'enfant.

- **Outils de compensation en moins :**

Chaque compétence en moins est autant de levier en moins pour la rééducation. La rééducation orthophonique s'appuie sur tout ce qui est préservé chez le patient, c'est grâce à ces compétences annexes qu'un système de compensation du trouble pourra s'installer.

Une bonne aptitude visuo-spatiale par exemple sera un outil précieux lors du passage à l'écrit. Plus les troubles annexes seront importants moins l'orthophoniste possédera « d'outils » pour mener à bien sa rééducation.

3- Les données psychologiques :

Nous abordons ici un sujet sensible, celui des résultats de QI. Tout ce qui est écrit ci-après doit donc être pris avec la plus grande prudence, n'être considéré que comme des éléments d'aide à la réflexion. Nous ne considérons pas ces résultats de tests de QI comme définitifs mais comme étant les résultats d'un test fait à un moment donné pouvant évoluer avec le temps.

Ces données ne seront pour nous qu'un indicateur de la qualité des outils de compensation dont dispose l'enfant dysphasique étudié.

NOM	QIV	QIP	QIV-QIP	Mémoire de travail	Vitesse de traitement
J.S	96	96	0	118	96
T.A	67	97	-30	-	-
M.G	61	89	-28	-	-
F.B	69	92	-23	106	96
A.D	88	96	-8	67	93
Y.R	71	75	-4	faible	69
C.S	59	92	-33	121	127
E.P	97	94	3	faible	-
T L	98	109	-11	82	116
G.E	-	-	-	-	-
FF	86	86	0	faible	-
Q.C	85	103	-18	-	-
V.T	91	91	0	très bonne	-
L.M	76	94	-18	-	-
T.M	77	99	-22	INEFFICACE	-
L.G	61	96	-35	-	86 MOYEN FAIBLE
C.M	84	94	-10	-	-
L.B	58	80	-22	efficiente	109
A.J	78	112	-34	-	-
C.C.	91	111	-20	bonne	129

Pour faciliter la lecture de ces données nous insérons ci-après l'échelle de Wechsler.

QI standards	classification	pourcentage dans la population
130 et plus	très supérieur	2,20%
120 à 129	supérieur	6,70%
110 à 119	normal fort	16,10%
90 à 109	moyen	50%
80 à 89	normal faible	16,10%
70 à 79	limite	6,70%
69 et moins	débile	2,20%

3.1- QI verbal

Dans l'échelle "verbale" les subtests (ou items) sont: "information, compréhension, mémoire des chiffres, similitudes, raisonnement arithmétique et vocabulaire". Cette échelle détermine le QIV ou "Quotient Intellectuel Verbal", l'efficience intellectuelle générale.

Les épreuves du QI verbales sont basées sur les compétences langagières de l'enfant, ce qui les rend difficiles pour le dysphasique.

Nous avons fait la moyenne du QI verbal de notre population et avons trouvé un QI verbal moyen de 78,58 et un écart-type de 13,11.

Ce qui situe notre échantillon au seuil limite de l'échelle de Wechsler.

Mais comme le montre l'écart-type, le QI verbal de notre population n'est pas homogène, nous avons classé ci-dessous notre population en fonction des résultats :

NOM	QIV
T.L	98
E.P	97
J.S	96
V.T	91
C.C.	91
A.D	88
FF	86
Q.C	85
C.M	84
A.J	78
T.M	77
L.M	76
Y.R	71
F.B	69
T.A	67
M.G	61
L.G	61
C.S	59
L.B	58

- 9 enfants ont selon l'échelle de Wechsler un QIV normal
- 4 seraient limites
- 6 seraient classés débiles.

Dans le cas des dysphasies ces valeurs ne nous permettent pas d'évaluer la déficience intellectuelle de l'enfant, nous avons choisi de présenter ce tableau, non pas pour pointer les enfants qui selon cette norme, relèveraient, à tort du champ du handicap, mais pour montrer que près de la moitié d'entre eux ont un QI verbal normal et ce, malgré leur handicap linguistique.

3.2- QI performance

Dans l'échelle "performance" les subtests (ou items) sont: "classement et complément d'images, cubes, assemblage d'objets, code". Cette échelle détermine le QIP ou "Quotient Intellectuel Performance", l'efficacité pratique, logique, spatio-temporelle.

Le QI performance de notre échantillon est de 95 avec un écart-type de 9. Ces résultats sont tout à fait dans la moyenne. Là encore nous constatons une grande disparité dans les résultats.

NOM	QIP
A.J	112
C.C.	111
T L	109
Q.C	103
T.M	99
T.A	97
J.S	96
A.D	96
L.G	96
E.P	94
C.M	94
L.M	94
F.B	92
C.S	92
V.T	91
M.G	89
FF	86
L.B	80
Y.R	75

- 2 enfants sont classés normal fort
- 13 enfants, moyen
- 3 enfants, normal faible
- 1 enfant, limite

L'écart entre le QI verbal et le QI performance est tel chez certains enfants qu'il est impossible d'analyser le QI total de ces enfants.

3.3- Ecart entre le QI verbal et QI performance :

Selon certains auteurs comme C.L Gérard, il faut un écart de 15 à 20 points entre les deux QI pour qu'il y ait dysphasie. Comme nous le montre notre échantillon, cet écart n'est pas toujours présent et il existe une grande disparité dans cette différence.

NOM	QIV	QIP	QIV-QIP
L.G	61	96	-35
A.J	78	112	-34
C.S	59	92	-33
T.A	67	97	-30
M.G	61	89	-28
F.B	69	92	-23
T.M	77	99	-22
L.B	58	80	-22
C.C.	91	111	-20
Q.C	85	103	-18
L.M	76	94	-18
T L	98	109	-11
C.M	84	94	-10
A.D	88	96	-8
Y.R	71	75	-4
J.S	96	96	0
FF	86	86	0
V.T	91	91	0
E.P	97	94	3

Seuls 9 enfants ont une différence entre leurs deux QI de 20 points et plus ; élément plus étonnant encore, 4 d'entre eux n'ont pas un QI performance plus important que le verbal et un enfant a un QI verbal supérieur à son QI performance. La différence entre le QI verbal et le QI performance ne serait être pathognomonique, seule la présence de marqueurs de déviance permet un diagnostic fiable de dysphasie.

3.4- Autres données

Pour certains enfants nous avons pu recueillir les données concernant leur mémoire de travail et vitesse de traitement qui sont de bons indicateurs de la réussite scolaire. Malheureusement, comme ces données ne concernent pas tout notre échantillon, il nous est impossible d'en faire ici, une analyse détaillée.

E- Les bénéfices d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un montage de lecture anticipée sur l'évolution des dysphasiques :

Après avoir recueilli et classé les données scolaires, orthophoniques et cognitives de notre population, nous allons essayer de mettre en évidence les influences que peuvent avoir un diagnostic précoce, une prise en charge orthophonique intensive et un montage de lecture anticipé sur notre population.

Il convient à présent de définir les critères de bonne évolution, critères choisis et donc arbitraires. Nous avons décidé, car les données que nous avons à notre disposition ne nous permettaient pas de faire autrement de considérer le parcours scolaire comme critère de bonne évolution de la dysphasie. Partant du principe que les enfants les plus en difficulté étaient réorientés et ceux qui suivaient une scolarité harmonieuse étaient les moins pénalisés par leur trouble linguistique.

1- Critères de bonne évolution :

Nous allons dans un premier temps séparer notre population en deux groupes : ceux qui suivent une scolarité normale et ceux qui ont été réorientés ou qui sont en grand échec scolaire. Cette dichotomie ne signifie pas que nous obtenons ainsi deux groupes parfaitement homogènes, il y a parmi ces groupes une disparité d'âge et de niveau.

Groupe 1 : bonne évolution :

Il est composé de 11 enfants JS/ AD/ CS/ EP/ TL/ FF/ QC / VT/ LM / LG /CC.

Groupe 2 : mauvaise évolution :

Il est composé de 9 enfants, 7 ayant été réorientés et 2 enfants TM et YR qui sont scolarisés dans le circuit normal mais dont les difficultés ne permettent pas de suivre le programme de leur niveau.

Les deux groupes sont équilibrés en nombre : 11 et 9 et serviront de base de travail pour tenter d'évaluer l'impact des divers éléments sus nommés

2- L'impact d'un diagnostic précoce sur l'évolution des enfants dysphasiques :

Groupe 1 :

L'âge moyen de diagnostic de dysphasie du premier groupe est de 78 mois soit 6 ans et 6 mois avec un écart type de 13 mois.

Groupe 2 :

L'âge moyen de diagnostic de dysphasie du deuxième groupe est de 88 mois soit 7 ans et 4 mois avec un écart type de 26 mois. L'importance de cet écart-type est due à la présence de FB qui a été diagnostiqué anormalement tard : 11 ans et 11 mois.

Nous ne pouvons pas affirmer que cette différence de 10 mois entre les âges moyens de diagnostic soit significative compte tenu des écarts types. Les âges de diagnostic de notre échantillon étant très regroupés nous n'avons que peu de chance d'y trouver un critère de bonne évolution.

De plus nous avons vu que le diagnostic se faisait toujours tard et qu'il n'était pas vraiment significatif puisque dans la plupart des cas enfants étaient, bien avant leur diagnostic, suspectés de souffrir de dysphasie.

Dans ces conditions nous allons nous intéresser à l'âge de la première prise en charge orthophonique

Groupe 1

L'âge moyen de la première prise en charge orthophonique est de 44 mois, 3 ans et 8 mois avec un écart-type de 16 mois

Groupe 2

L'âge moyen de la première prise en charge orthophonique est de 50 mois, 4 ans et 2 mois avec un écart-type de 33 mois. Là encore l'écart type est important en raison de la présence de FB dans notre population.

Les différences d'âge moyen de prise en charge orthophonique ne sont pas significatives dans notre échantillon, d'autant plus que, si on exclut FB du groupe 2, on trouve un âge moyen de prise en charge de 3 ans et 3 mois avec un ET de 8 mois, ce qui signifierait que les enfants ayant une évolution moins favorable ont été globalement pris en charge plus tôt.

Notre échantillon, certainement trop faible, ne nous permet pas de conclure que les enfants étant diagnostiqués et pris en charge les plus tôt avaient une évolution plus favorable.

3- Les bénéfices d'une prise en charge intensive sur l'évolution des enfants dysphasiques :

Nous nous intéresserons ici au nombre de séances d'orthophonie avant et après le diagnostic.

- **Avant le diagnostic**

Groupe 1 :

La fréquence moyenne avant le diagnostic est de 1,81 séances avec un écart-type de 0,5.

Groupe 2 :

La fréquence moyenne avant le diagnostic est de 1,44 séances avec un écart-type de 0,48.

- **Après le diagnostic**

Groupe 1 :

La fréquence moyenne avant le diagnostic est de 2,36 séances avec un écart-type de 0,48.

Groupe 2 :

La fréquence moyenne avant le diagnostic est de 2,55 séances avec un écart-type de 0,49.

Une fois encore nous ne parvenons pas à montrer un écart significatif entre les deux moyennes que ce soit avant ou après le diagnostic, la fréquence des séances d'orthophonie des deux groupes est sensiblement identique.

4- Bénéfices d'un apprentissage anticipé de la lecture:

Nous tacherons ici de savoir si cet apprentissage précoce a un impact bénéfique sur l'évolution des enfants.

- **Apprentissage anticipée de la lecture :**

Groupe 1 :

Sur les 11 enfants le composant, 6 ont bénéficié d'un apprentissage précoce de la lecture, soit plus de la moitié.

Groupe 2 :

En revanche dans le groupe 2, seul un enfant a débuté son apprentissage de la lecture avant le CP auprès de son orthophoniste.

- **Accompagnement à l'apprentissage de la lecture :**

Nous appelons accompagnement à l'apprentissage de la lecture, le travail orthophonique qui consiste à aborder « cet apprentissage par des techniques spécifiques. » M. Touzin (23)

Groupe 1 :

8 enfants sur 11 en ont bénéficié.

Groupe 2 :

3 enfants sur 9 en ont bénéficié.

Contrairement à l'âge du diagnostic et à la fréquence des séances d'orthophonie qui ne semblaient pas différencier les deux groupes, l'apprentissage précoce de la lecture et son accompagnement est nettement plus présent dans le groupe 1. Il semblerait donc y avoir un bénéfice certain à le pratiquer, ou du moins que cet apprentissage serait un facteur de bonne intégration scolaire. Notre échantillon est certes trop faible pour en faire une généralité, mais c'est un axe de rééducation qu'il semble intéressant d'approfondir.

On peut aussi imaginer que si les enfants du groupe 2 n'ont pas bénéficié de cet apprentissage, c'est que leur trouble était tel qu'il rendait celui-ci impossible.

Mais réduire les facteurs de bonne évolution des dysphasies à un simple apprentissage de la lecture serait naturellement caricatural et fallacieux. Puisqu'il entre en jeu dans cette pathologie des troubles non linguistiques et handicapants, nous allons essayer de voir en quelle mesure ceux-ci ont un rôle sur l'évolution de la pathologie.

5- Rôle des troubles associés dans l'évolution de la pathologie :

Nous allons recenser pour chacun des groupes les troubles les plus fréquemment rencontrés.

Groupe 1 :

- Troubles moteurs : 6 enfants sur 11
- Troubles BLF : 4 enfants sur 11
- Troubles spatio-temporaux : 4 enfants sur 11
- Troubles psychologiques : 3 enfants sur 11
- Troubles attentionnels 3 enfants sur 11
- Troubles de la mémoire auditive : 2 enfants sur 11
- Troubles du graphisme : 2 enfants sur 11

Nous avons recensé en moyenne 2 troubles associés par enfant, avec un minimum de 0 trouble pour 2 d'entre eux (JS et QC), un maximum de 4 (TL) et un écart-type de 1,3.

Groupe 2 :

- Troubles attentionnels : 8 enfants sur 9
- Troubles de la mémoire auditive : 6 enfants sur 9
- Troubles psychologiques : 5 enfants sur 9
- Troubles moteurs 4 enfants sur 9
- Troubles BLF : 3 enfants sur 9
- Troubles du graphisme : 3 enfants sur 9
- Troubles visuels 2 enfants sur 9
- Trouble de la mémoire immédiate : 1 enfant sur 9
- Troubles spatio-temporaux : 1 enfant sur 9
- Dyspraxie : 1 enfant sur 9

Nous avons recensé en moyenne 4,22 troubles associés par enfant, avec un minimum de 1, TM, un maximum de 9, GE et un écart-type de 2,32.

Là encore nous remarquons une différence significative entre les deux groupes.

- **La richesse des troubles**

Alors que dans le groupe 1 on recense 7 troubles différents, il y en a 3 de plus dans le groupe 2 : troubles visuels, dyspraxies et troubles de la mémoire immédiate.

- **La nature des troubles**

Même si on trouve les mêmes troubles dans les deux groupes, ils y sont présents en proportion différente.

- Les troubles moteurs et les troubles BLF sont présents en égale proportion dans les deux groupes et concernent près de la moitié de la population.
- Les troubles du graphisme et les troubles psychologiques sont deux fois plus présents dans le groupe 2 que dans le groupe 1. Les premiers concernent 1/3 de la population du groupe deux et les seconds plus de la moitié.
- Et enfin les troubles de la mémoire auditive et troubles attentionnels sont trois fois plus présents dans le groupe 2 que dans le groupe un. Ils touchent respectivement 2/3 et plus de 4/5 du groupe 2.
- Seuls les troubles spatio-temporaux sont plus présents dans le groupe 1 que dans le groupe 2. 1/3 des enfants appartenant au premier groupe en souffrent alors que ce trouble ne touche que 1/6 des enfants du deuxième groupe.

- **Le nombre de troubles associés par enfant.**

Alors que les enfants du groupe 1 présentent en moyenne 2 troubles associés à leur dysphasie, les enfants du groupe 2 en ont en moyenne plus de 4.

Les troubles associés à la dysphasie semblent avoir un lourd impact sur l'évolution des enfants. Cela n'est pas vraiment étonnant puisqu'ils impactent tous les apprentissages scolaires. Nous notons tout de même une très grande proportion d'enfants souffrant de troubles attentionnels dans le groupe 2 (8 enfants sur 9) et que seul un enfant est traité par ritaline dans ce trouble.

Nous allons à présent nous intéresser aux pendants des troubles associés : les données psychométriques.

6- Impact des données psychométriques :

Nous avons calculé la moyenne des QI verbaux, performance et de la différence entre ces deux QI pour chacun des groupes. Voici ce que nous avons trouvé :

Groupe 1

QI verbal moyen : 84 – Ecart type : 13

QI performance moyen : 97- Ecart-type : 7

Moyenne des différences de QI : 13- Ecart-type : 12

Groupe 2

QI verbal moyen : 74 – Ecart type : 9

QI performance moyen : 96- Ecart-type : 11

Moyenne des différences de QI : 22- Ecart-type : 8

Si la moyenne des QI performance des deux groupes est identique, nous constatons qu'en revanche le QI verbal du groupe 2 est plus faible mais si nous considérons les écarts types cette différence n'est pas significative. Il en va de même pour la différence entre le QI verbal et le QI performance.

Nous n'avons pas pu montrer grâce notre échantillon les bénéfices d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce, ni ceux d'une rééducation orthophonique intensive.

En revanche et avec toute la réserve que le nombre réduit de notre échantillon nous impose, il semble que le montage anticipé de lecture et l'accompagnement de cet apprentissage soit un facteur de bonne évolution ou du moins de bonne intégration scolaire.

Enfin, cette étude nous montre à quel point ce trouble spécifique du langage est complexe parce qu'il ne touche pas uniquement les compétences linguistiques de l'enfant mais également ses capacités motrices, cognitives et psychologiques. Ces troubles associés sont loin d'être neutres puisque si on en croit notre étude ils auraient des conséquences graves sur l'évolution des enfants dysphasiques et leur scolarité.

La dysphasie impose donc une prise en charge orthophonique intensive mais aussi parfois une prise en charge psychologique, psychomotrice, ergothérapeutique, orthoptique. Pour finir les capacités intellectuelles non verbales des enfants étudiés ne semblent pas avoir d'influence sur l'évolution de ceux-ci, elles sont relativement homogènes.

CONCLUSION

La partie théorique de ce mémoire a mis en évidence la complexité du trouble spécifique du langage qu'est la dysphasie. Cette complexité a des répercussions sur la classification et sur le diagnostic de la pathologie.

Bien qu'appelé trouble spécifique du langage, il est rare que la dysphasie ne s'accompagne pas de troubles non linguistiques. Ces troubles associés au trouble durable et structurel du langage, en rendent la rééducation orthophonique difficile.

La prise en charge orthophonique est longue, elle doit répondre aux principes d'intensité et de précocité et doit comporter des adaptations spécifiques comme l'apprentissage anticipé de la lecture.

Le respect de ces critères impose un diagnostic précoce.

Une évolution lente et erratique du langage oral, accompagnée de la présence d'au moins trois critères de déviance, permettent de poser ce diagnostic. Or celui-ci reste tardif, la moyenne d'âge pour notre échantillon est de 6 ans 11 mois. Cette moyenne n'est pourtant pas surprenante puisqu'elle correspond à celle relatée dans la littérature. Nous n'avons pas pu prouver qu'un diagnostic précoce était un facteur de bonne évolution de la dysphasie, notre population était trop faible et l'âge de leur diagnostic trop proche. Cependant nous avons constaté que ce diagnostic avait un impact direct sur l'intensité de la prise en charge orthophonique et sur la vie scolaire.

Le diagnostic de dysphasie entraîne une augmentation du nombre de séances d'orthophonie et une prise de conscience, au sein de l'école, des difficultés de l'enfant, ce qui entraîne généralement des aménagements scolaires sous forme de PAI ou PPS.

Le parcours scolaire des enfants étudiés semble conforme à ce que la littérature pouvait nous laisser supposer. La majorité des enfants sont scolarisés en milieu ordinaire et bénéficient de PAI sous forme de la présence d'une auxiliaire de vie scolaire. La mise en place de PAI ou PPS est évidemment dépendante du diagnostic de dysphasie. Le Centre de Référence des Troubles du Langage, permet une évaluation pluridisciplinaire et un ajustement constant de la remédiation et de la scolarité tout au long du suivi de l'enfant.

En revanche, le nombre encore important de redoublement de classes maternelles nous laisse penser que le dialogue entre orthophonistes et enseignants est encore à améliorer.

L'apprentissage de la lecture reste une épreuve et un objectif nécessaire pour l'enfant, d'où l'impératif que cet enseignement soit relayé dans les cabinets d'orthophonie.

Si la prise en charge orthophonique est assez précoce elle ne semble pas être aussi intensive que ce que la pathologie exigerait. En effet dans la littérature, il est conseillé de suivre ces enfants à raison de 3 à 4 séances hebdomadaires, en pratique, nous sommes plus proche de 1 à 2 avant le diagnostic et de 2 à 3 après. D'où l'intérêt d'une consultation pluridisciplinaire pour établir un diagnostic précis et donc une prise en charge adaptée.

Un autre aspect de cette prise en charge est plus étonnant : peu d'enfants dysphasiques ont bénéficié d'un apprentissage précoce de la lecture alors que ce point précis de la prise en charge fait consensus dans la littérature. Il est d'autant plus regrettable que cette pratique ne soit pas plus généralisée, qu'il semblerait, d'après notre étude, que cet apprentissage soit un facteur de bonne évolution.

Il ne nous a pas été possible de connaître et d'analyser la nature de la prise en charge orthophonique de notre échantillon. La prise en charge formelle intensive et riche du jeune J.S n'est certainement pas étrangère à l'évolution exceptionnelle de ce jeune patient.

Les troubles associés à la dysphasie, sont autant de limites et d'obstacles à la rééducation orthophonique qui est basée sur les processus cognitifs non altérés. Au regard de notre population ces troubles associés semblent nuire aux apprentissages au même titre que le trouble du langage.

Mais comment améliorer la prise en charge des enfants dysphasiques ? L'échec scolaire n'est pas une fatalité, comme le prouve certains enfants de notre échantillon, encore jeunes, mais ayant une scolarité sans heurts.

Il semble impératif de diagnostiquer les enfants plus tôt pour permettre une rééducation intensive et précise. C.Billard liste trois grandes étapes :

- dès 3-4 ans, reconnaître le trouble spécifique du langage oral et les critères de gravité, inintelligibilité, agrammatisme et troubles de la compréhension.
- A partir de 5 ans reconnaître un trouble persistant du langage oral pour préparer l'apprentissage de la lecture.
- Après 6 ans, reconnaître la persistance de déviations dans le langage oral et leurs conséquences sur la lecture et l'écriture.

Le diagnostic de dysphasie peut être posé par l'orthophoniste ou par une équipe pluridisciplinaire, un diagnostic plus précoce impose que les enfants leur soient adressés le plus tôt possible. Il semblerait qu'une information auprès des professionnels de la petite enfance, reprenant les principaux repères chronologiques du développement normal du langage chez l'enfant, pourrait permettre un dépistage précoce.

Le dialogue entre l'orthophoniste et l'enseignant doit s'améliorer, cela permettrait d'éviter les redoublements aussi inutiles que nuisibles, et améliorerait la scolarité des enfants.

Enfin, il est impératif de continuer à sensibiliser les orthophonistes aux bénéfices d'un apprentissage précoce de la lecture.

Voilà quelques pistes de réflexion qui pourront, peut-être, améliorer la rééducation de la dysphasie et permettre aux enfants dysphasiques une meilleure insertion scolaire et sociale.

Le 18 avril 2011, La HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discrimination et pour l'Egalité) a adopté des recommandations sur la scolarisation des enfants handicapés. Parmi celles-ci, trois pourraient avoir des répercussions sur la scolarisation des enfants dysphasiques :

- La mise en place effective de moyens financiers, humains et pédagogiques nécessaires pour répondre aux différentes formes de handicap : personnels éducatifs adaptés en plus des AVS (interprètes en LSF, codeur LPC...), adaptation des outils pédagogiques, formation des équipes éducatives, sensibilisation des élèves au handicap et développement de dispositifs techniques adaptés.
- Le renforcement de la coordination des différents acteurs éducatifs.
- Pour les enfants ne pouvant pas être scolarisés en milieu ordinaire, la mise en œuvre de moyens adaptés pour rendre effectif le droit à l'éducation des enfants handicapés accueillis en établissements et services médico-sociaux et en établissement de santé.

A l'heure des suppressions des RASED et des postes d'AVS, ces recommandations nous laissent espérer une meilleure intégration scolaire des enfants dysphasiques dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

OUVRAGES

CHAUVEAU G

« Comment l'enfant devient lecteur- pour une psychologie cognitive et culturelle de la lecture. », Retz 1997, 192 pages (19)

CHAUVEAU G

« Comprendre l'enfant apprenti lecteur », RETZ 2001, 190 pages

CHEVRIE-MULLER C, NARBONA J

« Le langage de l'enfant- Aspects normaux et pathologiques », Masson Paris 2006, 451 pages (8)

COQUET F

« Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent- Méthodes et techniques de rééducation », Ortho Edition 2004, 449 pages (16)

DEMONT E, METZ-LUTZ M-N

« L'acquisition du langage et ses troubles », Solal Marseille 2007, 276 pages (15)

DE WECK G, ROSAT M.C

« Troubles dysphasiques: comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire », Masson Paris 2003, 223 pages (28)

GERARD C-L

« L'enfant dysphasique », DeBoeck, Bruxelles 1989, 138 pages (1)

GERARD C-L, BRUN V

« les dysphasies, Rencontres en rééducation », Masson Paris 2003, 172 pages (11)

GREGOIRE J, PIERART B

« Evaluer les troubles de la lecture », De Boeck 1994, 272 pages

LAUNAY C

« Les troubles du langage, de la parole, et de la voix chez l'enfant », Masson Paris 1972, 408 pages (27)

MAZEAU M

« Neuropsychologie et troubles des apprentissages : Du symptôme à la rééducation », Masson Paris 2005, 286 pages (10)

MONFORT M, JUAREZ SANCHEZ A

« L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales », Ortho Edition 2001, 294 pages (2)

NADER-GROBOIS N

« Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant, du normal au pathologique », De Boeck 2006, 519 pages

PECH-GEORGEL C, GEORGE F

« Approches et remédiations des dysphasies et dyslexies », Solal 2002, 165 pages (23)

VAN HOUT A, ESTIENNE F

« Les dyslexies, décrire, évaluer, expliquer, traiter », Masson 2003, 340 pages (24)

ARTICLES- COMPTES-RENDUS DE SEMINAIRES

BACHELIER M

« L'apprentissage du français et la dysphasie » IRP St Charles Schiltigheim 2001 (22)

BERNARD M

« Dysphasie, organisation narcissique et soi-verbal » Psychiatrie de l'enfant 1999

BOUBLIL M

« Pour une neuropsychologie génétique : à propos des dysphasies du jeune enfant », Médecine et enfance, septembre 2009 (7)

BOUBLIL M, CONTEJEAN Y

« La dysphasie en question », Expansion Scientifique Française, 1994

BOUBLIL M

« Entre paroles et penser : le retard simple du langage en question », l'information psychiatrique, 2005 (29)

CHEMINAL R, ECHENNE B

« Les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant : du retard sévère aux dysphasies de développement » Service de Neuropédiatrie CHU Montpellier (9)

DIATKINE R

« Familles sans qualités : le trouble du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples », Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1984 (4) ;

DIATKINE R

« Problèmes cliniques et thérapeutiques des dysphasies graves de l'enfance », Neuropsychiatrie de l'enfance, 1984 (6)

DROUBAY E

« Trouble d'accès au lexique chez l'enfant dysphasique : effets de fréquence, de longueur et de catégorie sémantique » ANAE 2001

DUSSART TH

« Le langage en devenir de l'enfant dysphasique : entre l'oral et l'écrit », ANAE 2008 (20)

FOURNERET P

« Diagnostic différentiel des dysphasies de développement », ANAE 2001

FRANC S, GERARD C.L

« Devenir scolaire des enfants dysphasique » ANAE 2004,76-77 (12)

GARNIER LASEK D

« La lecture par imprégnation syllabique », Ortho magazine

GONZALEZ S

« Neuropsychologie et pathologies du langage » ANAE 2001

KERN S

« Le langage en émergence » ANAE 2001

LE HEUZEY M.F- GERARD C.L – DUGAS M

« Evolution des classifications des troubles du développement du langage chez l'enfant » (3)

LIVET O, DEMARD D, ESKINAZI K

« L'orthophonie en pédiatrie », L'association des pédiatres de Nice Côte d'Azur, 2000.

MAGNA A BOUCHAFA H

« L'acquisition des règles de correspondance grapho-phonologique, étude comparative entre les lecteurs de CP et de CE1 et des enfants dysphasiques »
ANAE 1998

PERRIN F, GARCIA -LARREA L

« Electrophysiologie et troubles du développement du langage chez l'enfant »
ANAE 2001

REVOL O

« L'enfant dysphasique et l'école » ANAE 2001(25)

RINGARD J.C

« A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique »,
www.education.gouv.fr, février 2000 (30)

TAILLANT A

« Troubles langagiers spécifique », Stage de dysphasie CMP Linselles 2000

UZE J

« La communication pictographique : un support de la pensée chez l'enfant dysphasique », Psychiatrie de l'enfant, 1996 (13)

VANGRUNDERBEECK N

« Les pré-requis démystifiés », Quebec Français 1980 (17)

VELZ E

« A propos des pré-requis » le bulletin de l'AFAPMS 2001 (18)

WELNIARZ B

« L'approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », ANAE n°61, fev 2001. (5)

WETZBURGER C

« Dysphasie de développement : approche neuropédiatrique » Enfance, 2004/1 Vol. 56 (26)

ZESIGER P, BRUN M, NANCHEN T

« Les relations entre l'oral et l'écrit dans l'acquisition du langage », ANAE 2004 (21)

RESUME

La dysphasie est un trouble sévère et durable du développement du langage se manifestant par une structuration déviante et dysharmonique du langage oral. Alors que cette pathologie toucherait 1% des enfants en âge scolaire, sa détection précoce est délicate ; si la suspicion du trouble a lieu tôt, son diagnostic n'est définitivement posé que vers l'âge de 6 ans.

Les troubles de la communication liés à la pathologie mettent l'enfant dysphasique, très tôt, en difficulté sur le plan familial, scolaire et social.

La prise en charge orthophonique est longue, elle doit répondre aux principes d'intensité et de précocité et doit comporter des adaptations spécifiques comme l'apprentissage anticipé de la lecture.

Notre hypothèse de travail consistait à évaluer les bénéfices d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge orthophonique intensive et d'un apprentissage anticipé de la lecture, sur l'évolution et l'intégration des enfants dysphasiques.

Pour cela nous avons étudié une population d'enfants ayant été suivis au Centre de Référence des troubles du Langage de Nice.

L'analyse des données recueillies ne nous a pas permis de conclure positivement sur les bénéfices d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge orthophonique intensive.

En revanche un apprentissage anticipé de la lecture, ou un accompagnement de cet enseignement par l'orthophoniste, semble être facteur de bonne intégration scolaire.

Cette étude nous a offert la possibilité de nous interroger sur la prise en charge de la dysphasie et comment l'améliorer pour que les enfants dysphasiques soient encore mieux intégrés socialement et scolairement.

Mots-clés : dysphasie - diagnostic – enfants – langage écrit – apprentissage de la lecture – scolarité – redoublement - prise en charge orthophonique – troubles associés - intégration