

Monique Touzin
Marie-Noëlle Leroux

100 IDÉES
POUR VENIR EN AIDE
AUX ENFANTS DYSPHASIQUES



© Alta communication, 2011
Éditions Tom Pousse
34-38, rue Blomet
75015 Paris

PRÉFACE	11
----------------------	-----------

I^{ère} partie

➤ COMPRENDRE LA DYSPHASIE *par Monique Touzin*

LA DYSPHASIE

1	QU'EST-CE QUE LA DYSPHASIE ?	15
2	LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE.....	17
3	LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	19
4	UNE OU DES DYSPHASIES ?	21
5	LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE	23
6	QUAND S'INQUIÉTER ?.....	25
7	LES ORIGINES DE LA DYSPHASIE	27
8	LES CONSÉQUENCES DE LA DYSPHASIE	28
9	PARTICULARITÉS DU LANGAGE DE L'ENFANT DYSPHASIQUE...	30
10	DYSPHASIE ET RETARD DANS L'ACQUISITION DU LANGAGE..	32
11	LES TROUBLES INSTRUMENTAUX ASSOCIÉS	34
12	DYSPHASIE ET BILINGUISME	35

L'ENFANT, SA FAMILLE ET LES AUTRES

13	LES PARENTS DES ENFANTS DYSPHASIQUES.....	37
14	LA FRATRIE DES ENFANTS DYSPHASIQUES.....	39
15	L'INTELLIGENCE DE L'ENFANT DYSPHASIQUE.....	40
16	LANGAGE ET PENSÉE	41
17	LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT DYSPHASIQUE.....	43
18	L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS	44
19	LE REGARD DES AUTRES.....	46
20	L'ADOLESCENT DYSPHASIQUE	47

LA COMMUNICATION

21	LES SITUATIONS DE LANGAGE.....	49
22	LES TROUBLES DE L'EXPRESSION	50
23	QUE FAIRE POUR LE COMPRENDRE ?	53
24	COMMENT L'ENCOURAGER ?	55
25	PARLER AVEC UN ENFANT DYSPHASIQUE	57
26	L'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION	59
27	FAUT-IL LUI FAIRE RÉPÉTER LES MOTS ?	61
28	JOUER ET PARLER.....	62
29	FAUT-IL LUI LIRE DES HISTOIRES ?	64

30	LES COMPTINES	66
31	LES MOYENS AUGMENTATIFS	68
32	LA COMPRÉHENSION	70

L'ÉCOLE ET LES APPRENTISSAGES

33	LA SCOLARISATION	72
34	LA SOCIALISATION	74
35	LES ENSEIGNANTS	76
36	LES APPRENTISSAGES	78
37	PLACER L'ENFANT EN SITUATION DE RÉUSSIR	80
38	INTÉRÊT DE L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE	81
39	L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE	83
40	LES ADAPTATIONS	86
41	LES CLASSES SPÉCIALISÉES POUR LES ÉLÈVES DE PRIMAIRE	87
42	LES CLASSES SPÉCIALISÉES POUR LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE	89
43	LES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES	91

LES SOINS

44	LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE	92
45	LE SUIVI PSYCHOTHÉRAPIQUE	94
46	LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES	95
47	LE PARTENARIAT	97
48	DES PRISES EN CHARGE COORDONNÉES	99
49	DYSPHASIE ET HANDICAP	100
50	LA MDPH	102

2^e partie

➤ SUR LE CHEMIN DE L'ÉCOLE

par Marie-Noëlle Leroux

METTRE EN ŒUVRE UN ENVIRONNEMENT ADAPTÉ

GÉNÉRALITÉS

51	ÉCOLE ORDINAIRE OU SPÉCIALISÉE	104
52	LA CLASSE SPÉCIALISÉE	106
53	L'INTÉGRATION DANS L'ÉCOLE SPÉCIALISÉE	108
54	L'ÉCOLE ORDINAIRE	109
55	CONSEILS AUX ENSEIGNANTS NON SPÉCIALISÉS	110
56	L'AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE (AVS)	111

UN CADRE STRUCTURANT

57	UN ACCUEIL ADAPTÉ DANS LA CLASSE	113
58	MATÉRIEL INDIVIDUEL	115
59	L'AFFICHAGE DANS LA CLASSE	117

60	LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE.....	119
61	LES RYTHMES SCOLAIRES	120
62	DONNER PLUS DE TEMPS AUX APPRENTISSAGES.....	122

UN CADRE MOTIVANT

63	LE DÉSIR D'APPRENDRE.....	123
64	LA MOTIVATION	124
65	LES RÉCOMPENSES	125
66	LE « COVOITURAGE »	126

ÉMOTIONS ET APPRENTISSAGES

67	L'IMPORTANCE DES ÉMOTIONS POUR APPRENDRE.....	128
68	IDENTIFIER DES ÉMOTIONS	130
69	GÉRER SES ÉMOTIONS.....	132
70	CONNAÎTRE SON HANDICAP ET LE SÉPARER DE SOI.....	133
71	LES BÉNÉFICES DE CETTE MÉTACOGNITION.....	134

LES REPRÉSENTATIONS MENTALES

72	LA MODALITÉ HAPTIQUE : DÉFINITION	135
73	LA MODALITÉ HAPTIQUE : UNE TECHNIQUE D'APPRENTISSAGE.....	136
74	REPRÉSENTATIONS MENTALES ET LANGAGE ORAL.....	137
75	EXERCICES D'ENTRAÎNEMENT AUX REPRÉSENTATIONS MENTALES.....	138

METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS SPÉCIFIQUES

LES ADAPTATIONS PÉDAGOGIQUES

76	REPÉRER LES STRATÉGIES COGNITIVES DE L'ÉLÈVE.....	140
77	DIFFÉRENCIER LES NIVEAUX DE COMPÉTENCE DANS UNE MÊME MATIÈRE	141
78	UN ENSEIGNEMENT EFFICACE.....	142
79	« COMMENT ? » ET « POURQUOI ? ».....	144
80	AIDER L'ENFANT À REPÉRER CE QU'IL SAIT ET CE QU'IL NE SAIT PAS ENCORE	146
81	SAVOIR PERDRE DU TEMPS.....	147
82	LES AMÉNAGEMENTS SCOLAIRES : PAI, PPRE ET PPS	149

LE LANGAGE ORAL : VERBALISER ET COMMUNIQUER

83	INSTAURER UN CLIMAT DE CONFIANCE.....	151
84	LES RÈGLES D'UNE COMMUNICATION RESPECTUEUSE.....	153
85	VÉRIFIER L'ADHÉSION DE L'ÉLÈVE AUX ÉCHANGES ORAUX.....	155
86	ÉTAYER ET SOUTENIR L'EXPRESSION ORALE DIRIGÉE.....	156

LE LANGAGE ÉCRIT : LA LECTURE

87	LES DÉMARCHES MISES EN ŒUVRE POUR APPRENDRE À LIRE	157
88	QUELLE MÉTHODE CHOISIR.....	159
89	LES SUPPORTS DE LECTURE.....	161
90	RÉALISER UN LIVRE DE LECTURE ADAPTÉ.....	163

LE LANGAGE ÉCRIT : LA TRANSCRIPTION

91	APPRENDRE À ÉCRIRE.....	165
92	LE GESTE GRAPHIQUE ET LES SUPPORTS.....	166
93	LA PRODUCTION D'ÉCRITS	168
94	OBSERVATION RÉFLÉCHIE DE LA LANGUE (ORL).....	170
95	LA SYNTAXE	171
96	LA GRAMMAIRE	172

LES MATHÉMATIQUES

97	EXEMPLE DE PRODUCTION D'ÉCRITS.....	174
98	GÉNÉRALITÉS.....	176
99	LA COMPTINE NUMÉRIQUE.....	178
100	DÉNOMBRER ET TRANSCRIRE	179
101	LA RELATION D'ORDRE.....	180
102	RÉSOLUTION DE PROBLÈMES ET CALCULS.....	181

ANNEXES

PAR L'ASSOCIATION AAD FRANCE	185
------------------------------------	-----

Il convient de constater et de reconnaître qu'au quotidien de l'école, qu'au quotidien de la vie familiale et sociale, des jeunes sont confrontés à un défi majeur dans l'acquisition de la lecture, de l'écriture ou du calcul et dans la compréhension et/ou la production de la langue orale. Ce défi, quand il n'est pas relevé, génère très souvent des retards cumulés et des déficits constatés qui vont bien au-delà des apprentissages scolaires. **On doit parler de souffrance et de culpabilisation de ces enfants et de leurs familles. On doit parler aussi d'impuissance et de perplexité des enseignants.** Ne pas (ou peu) savoir lire et écrire, ne pas (ou peu) savoir parler, c'est nécessairement être en échec scolaire et social mais aussi vivre et faire vivre un échec.

Aussi, depuis la parution du rapport « A propos de l'enfant dysphasique » et de l'enfant « dyslexique » que j'ai eu le plaisir d'écrire en février 2000 et qui a notamment alimenté un plan national d'actions pour les jeunes porteurs de troubles spécifiques du langage oral et écrit entre le Ministère de la Santé et celui de l'Éducation nationale en janvier 2001, beaucoup d'initiatives et d'engagements ont été pris qui marquent des évolutions sensibles concernant au moins trois domaines qui concernent évidemment l'enfant dysphasique :

- une évolution du cadre législatif,
- des recherches et des outils pour agir,
- une modification du regard sur ce « handicap invisible ».

D'abord, le cadre législatif

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a fait évoluer sensiblement les principes de l'action publique en direction des personnes en situation de handicap. De cette évolution découle la reconnaissance des droits de ces personnes, avec en particulier deux corollaires, l'accessibilité pour tous et la compensation pour tous.

L'accessibilité, c'est rendre possible « l'accès à tout pour tous », et bien sûr dans le domaine de l'Éducation, l'accessibilité au savoir et à la connaissance ;

La compensation, c'est le droit pour une personne en situation de handicap de bénéficier de toute mesure individuelle susceptible de lui garantir, autant qu'il est humainement et techniquement possible, l'égalité des droits.

Sur le plan strictement éducatif, la loi stipule que tout enfant en situation de handicap est de droit un élève comme les autres, auteur de ses apprentissages. Sa scolarisation ne saurait donc se concevoir sans y intégrer les objectifs d'apprentissage qui sont les fondements du socle commun de connaissances et de compétences. Ceci vaut évidemment pour les élèves « DYS ».

Elle induit par ailleurs le passage d'une logique de filière (séparation) à une logique de parcours (inclusion) dans laquelle l'école raisonne à partir des capacités de l'enfant et prépare des réponses pédagogiques adaptées. Ceci a notamment conduit à faire évoluer les dispositifs de scolarisation (CLIS circulaire du 17 juillet 2009 et ULIS circulaire du 18 juin 2010) ainsi que les conditions d'autorisation des établissements privés (annexes XXIV) financées par la sécurité sociale et recevant des enfants et des adolescents.

Par ce cadre, il est certain que le paysage scolaire a beaucoup évolué. Ainsi, par exemple,

Si 133 000 élèves handicapés étaient scolarisés en 2005, ils sont 201 406 en 2006. Les maisons départementales des personnes handicapées sous compétence des Conseils généraux se sont emparées avec dévouement et détermination de leurs responsabilités.

Les conditions de prise en charge des jeunes porteurs d'un trouble spécifique du langage se sont améliorées, à partir de diagnostic mieux construit et mieux coordonné notamment autour de centres de référence du langage.

Ensuite, les recherches, notamment pluridisciplinaires, en particulier centrées sur l'étiologie et sur l'efficacité des outils et techniques de prise en charge ou de remédiation cognitive se sont grandement développées.

La communauté scientifique dont fait partie l'un des auteurs du livre Monique Touzin, s'accorde de manière plutôt consensuelle sur le fait que les dyslexies, les dysorthographies, les dysphasies et les dyspraxies sont des troubles spécifiques des apprentissages, la dysphasie se définissant comme un trouble spécifique du langage oral. Leur origine est identifiée comme neuro-développementale, ne provenant ni d'une déficience avérée, sensorielle, motrice ou mentale, ni d'un traumatisme, ni d'un trouble envahissant du développement et enfin ni de conditions éducatives.

Elle s'accorde aussi sur la nature de ces troubles qui provoquent des incapacités d'entrer dans les apprentissages pour les enfants qui en sont atteints. De nombreux outils (livres, revues, DVD, sites...) ont été créés, dont j'observe avec intérêt que les plus sérieux se fondent autour d'une même conception tout au long de la scolarité des jeunes, de la maternelle à l'université, conception ainsi définie.

Partir des besoins effectifs, identifiés à partir des dispositifs de repérage, de dépistage et de diagnostic pour mettre en œuvre une prise en charge pédagogique, éducative et thérapeutique efficiente le plus précocement possible. Ces dispositifs sont évidemment de nature à éclairer les décisions de MDPH. Promouvoir des aménagements et des adaptations pédagogiques (ex : entraînement pédagogique spécifique) nécessaire pour prévenir d'autres difficultés d'apprentissages et pour compenser ou contourner les effets du trouble spécifique lui-même. Recourir à des groupes de besoins adaptés aux jeunes présentant un trouble spécifique des apprentissages, dans le cadre d'un projet pédagogique élaboré par les enseignants en partenariat avec les professionnels de santé. Ce projet doit se situer à la convergence des projets individuels de chaque jeune.

Enfin, une évolution du regard d'une manière générale sur les personnes en situation de handicap et d'une manière particulière sur les personnes porteuses d'un trouble « dys » s'est, je crois, opérée : « de l'invisible au compréhensible », « de l'ignorance à la reconnaissance ».

Le regard que « je porte » sur un enfant présentant un trouble dysphasique me conduit plus qu'hier à le considérer comme une personne présentant une déficience qui peut, selon la gravité de son trouble plus ou moins l'handicaper. Ce handicap reconnu ne peut plus être de nature à générer préjugé, stéréotype ou discrimination.

Ces trois évolutions constituent, et il faut le reconnaître, des avancées. Cependant, elles ne doivent pas laisser à penser ou à croire que « tout » est réglé.

En effet, par exemple,

Il reste étonnant, et sans rentrer dans aucune polémique, qu'un sénateur, chargé d'une mission sur la scolarisation des enfants handicapés par le Président de la République puisse déclarer, je cite : « Tout ce qui est des dys, dysphasie, dysphonie etc... incontestablement

ce n'est pas un véritable handicap puisque ça se guérit avec un traitement... ».

Il est dommageable que les conditions de scolarisation des élèves « DYS » soient disparates et relèvent parfois de l'iniquité. Les MDPH ont des fonctionnements et des moyens qui peuvent entraîner pour les familles des réponses bien différentes d'un département à l'autre.

Il est regrettable que la formation des enseignants initiale et continue ne soit pas aujourd'hui à la hauteur des enjeux de professionnalisation de leurs métiers.

En d'autres termes, la réalité est contrastée. Les promesses politiques se heurtent aux contraintes des moyens. Les intentions d'un jour se renouvellent au gré de quelques pressions opportunes. La perplexité gangrène la motivation des plus engagés.

Faut-il se laisser gagner par le désarroi ou l'inquiétude ? Certainement pas, bien au contraire ! Que vous soyez parents d'enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral, professionnels de santé, formateurs ou éducateurs, soyez convaincus que la qualité des évolutions engagées vaut plus et mieux que certaines vicissitudes de mise en œuvre. Cette qualité des évolutions se trouve parfaitement rassemblée, j'oserais écrire, parfaitement résumée dans ce livre rédigé par Madame Touzin et Madame Leroux.

Toutes les questions que l'on se pose, les 100 questions que l'on se pose, trouvent réponses argumentées et éclairées, éclairées par la recherche et par la pratique de ces deux professionnelles notoirement connues et reconnues.

Mais au-delà de la pertinence des réponses et de leur fondement, ces « 100 idées » vous invitent et nous invitent à « venir en aide » à chaque enfant parce qu'il existe de multiples combinaisons des atteintes phonologiques lexicales ou syntaxiques en compréhension ou en production, constituant un tableau propre à chaque enfant et conduisant à des solutions thérapeutiques, rééducatives et pédagogiques spécifiques.

Venir en aide à un peu plus d'un million de personnes en France mérite le détour d'une lecture attentive de ces « 100 idées » pour comprendre et... agir.

Jean-Charles RINGARD
Inspecteur d'Académie
Président du Comité scientifique de la FFDYS

QU'EST-CE QUE LA DYSPHASIE ?



La dysphasie (étymologiquement « parole difficile ») est le terme par lequel on désigne ce que les auteurs internationaux nomment un « trouble spécifique du langage oral ». Ce trouble se manifeste chez les enfants dès le début de l'acquisition du langage, et les difficultés qu'il occasionne vont être durables et sévères. Il se rencontre chez des enfants qui ont envie de communiquer et qui tentent de le faire sur le plan non verbal (en utilisant des gestes par exemple).

Ce sont donc des enfants qui ne souffrent pas de troubles de la communication en elle-même, mais qui souffrent de troubles de son support oral. Ces enfants ne présentent pas non plus de lésions neurologiques ni de troubles sensoriels qui pourraient expliquer leurs difficultés dans le développement du langage. Il n'y a donc pas de pathologie primitive causale au trouble du langage.

Les études neuroanatomiques montrent des atypies dans le développement de certains réseaux neuronaux ou dans les sous-systèmes impliqués dans le traitement de l'information linguistique. Par ailleurs, on note souvent une composante familiale dans l'apparition des troubles du langage.

Ce trouble, qui peut apparaître dans tous les milieux socio-culturels et touche les enfants de langues différentes, a des conséquences lourdes sur la vie quotidienne de l'enfant.

Il est parfois difficile de porter le diagnostic au tout début de l'émergence du langage, car il n'est pas alors possible de savoir si l'enfant présente uniquement un simple retard dans le développement ou un véritable trouble. En effet, le développement du langage ne se fait pas toujours dans les mêmes temps chez tous les enfants. Les parents observent souvent des différences entre leurs enfants : tel frère a parlé tôt, tel autre a marché tard, celle-ci a été un peu plus lente à parler, sans que cela soit aucunement pathologique ou prédictif de difficultés futures car il est naturel que les rythmes d'apprentissages diffèrent d'un enfant à l'autre. Il faut égale-

ment tenir compte du fait que le développement d'une fonction chez l'enfant se fait le plus souvent par alternances de phases de croissance et de paliers. Quand il y a un « retard » dans le développement de telle ou telle fonction, la plupart des enfants le rattrapent sans conséquences.

Il en est de même pour le langage. Certains enfants maîtrisent plus tardivement que d'autres les aspects phonologiques, syntaxiques, lexicaux de la langue, sans que cela présente un caractère de gravité et sans que cela ne soit le signe d'une quelconque pathologie. Dans tous ces cas, l'enfant progresse, il suit simplement son rythme et il faut le respecter.

Ce qui doit alerter les parents est l'apparition de particularités dans le langage de leur enfant, de déviations ou l'absence de progrès significatifs sur une certaine période. Certains de ces troubles peuvent être le signe d'une autre pathologie qu'il convient de rechercher. Des examens médicaux sont alors nécessaires, en tout premier lieu pour rechercher des troubles auditifs, qui peuvent être la conséquence d'otites, très fréquentes chez le jeune enfant.

LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

IDÉE 2

Face à un enfant présentant des difficultés de langage, la question du diagnostic est une préoccupation essentielle pour les parents. Ils sont souvent les premiers à se rendre compte que l'enfant a un développement du langage différent de celui des autres, mais ne savent pas vers qui se tourner, ni qui consulter pour mieux comprendre ses difficultés.

Il ne faut pas suivre les bons conseils prodigués par l'entourage comme : « attendez et ça viendra » ou « laissez-lui du temps, c'est normal qu'il ne parle pas ». Si les parents sont inquiets, il faut qu'ils en parlent à quelqu'un et qu'ils prennent l'avis de professionnels. Ils seront rassurés si effectivement il n'y a pas de trouble ; dans le cas contraire, la précocité de la prise en charge sera un atout pour l'enfant.

En cas d'inquiétude, les parents doivent consulter le médecin de l'enfant, médecin généraliste, pédiatre, ou médecin de PMI. Après un entretien avec les parents et un examen de l'enfant, le médecin fera les examens et observations qui lui permettront d'éliminer toute autre cause évidente au trouble du langage : en tout premier lieu, le déficit de l'audition. Ensuite, il faut penser au retard global de développement, trouble de la relation ou autres troubles du développement, ainsi que le manque de stimulation langagière par l'environnement.

Selon l'âge de l'enfant et à la suite de ces premières constatations, le médecin pourra demander d'autres évaluations à faire réaliser par des spécialistes : ORL, orthophoniste, psychologue...

L'examen psychologique aura pour but de faire l'évaluation des fonctions cognitives de l'enfant, mais aussi d'évaluer ses aptitudes relationnelles, toutes pouvant interférer avec le développement du langage.

L'orthophoniste évaluera les compétences langagières de l'enfant au niveau expressif et au niveau de la compréhension, ainsi que la qualité de sa communication.

Ensuite, seulement, la décision sera peut-être d'attendre et de refaire le point quelques mois plus tard, mais des conseils seront prodigués aux parents pour favoriser entre temps le développement du langage de leur enfant.

On peut donner quelques repères pour l'acquisition du langage (voir l'Idée 4) ; à 2 ans, l'enfant dit une cinquantaine de mots ; à 3 ans, il fait des phrases et comprend l'essentiel du langage, il est compréhensible par quelqu'un d'extérieur à la famille. Si ces critères ne sont pas atteints, l'enfant présente peut être un simple retard dans ses acquisitions, mais cela peut aussi être le signe d'un trouble du développement du langage ou d'un autre trouble. C'est pourquoi une consultation est toujours nécessaire. Quand l'enfant est très jeune, cela permettra de vérifier qu'il n'y a pas d'obstacle au développement du langage et les parents pourront alors encourager sereinement leur enfant dans son acquisition langagière. S'il y a une difficulté particulière, alors il sera préférable de s'en occuper le plus tôt possible afin de donner à l'enfant les meilleures chances d'acquérir le langage.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

↙ IDÉE 3

Apprendre à parler facilement fait appel à un certain nombre de compétences différentes : tout d'abord, il est indispensable de bien entendre. C'est pourquoi, dès la maternité, on procède maintenant à des tests auditifs pour repérer les éventuelles surdités chez le nourrisson. Mais au cours de la petite enfance, notamment en cas d'otites à répétition, l'audition peut diminuer. Il convient donc de bien vérifier comment l'enfant entend, car cela est déterminant pour l'acquisition du langage. Les ORL peuvent réaliser ces tests chez le tout jeune enfant.

D'autres pathologies peuvent également être à l'origine de troubles dans le développement du langage, par exemple des malformations de la sphère oro-faciale qui ne permettraient pas à l'enfant d'articuler correctement (fentes palatines, malformations de la langue ou du palais...).

Ce sont parfois des difficultés intellectuelles qui sont responsables des difficultés de langage, tant sur le plan expressif que sur celui de la compréhension. Les aspects neurologiques sont également très importants puisque c'est le cerveau qui est le chef d'orchestre de la pensée et du langage. Les malformations cérébrales ou les lésions auront pour conséquences des troubles du langage et du développement.

Le langage est un outil de communication. Or, certains enfants ne parviennent pas spontanément à mettre en place les outils nécessaires à la socialisation, notamment dans le cadre de troubles envahissants du développement, dont l'autisme, ce qui s'accompagne souvent de troubles dans le développement et dans l'utilisation du langage. Dans ce cas, le trouble de la communication est au premier plan et l'enfant peut s'exprimer dans un langage particulier (néologismes par exemple).

Enfin, pour un traitement différent et plus ciblé, il est important de vérifier rapidement si le trouble du langage est isolé ou si d'autres difficultés peuvent orienter vers un autre diagnostic que celui de la dysphasie.

Dans le cas de dysphasie avérée, on considère que le trouble est spécifique, c'est-à-dire qu'il touche uniquement le développement du langage sans qu'aucune cause n'ait été dépitée. Parfois, toutefois, les enfants présentent un trouble dysphasique et une autre pathologie (dyspraxie par exemple) : on parle alors de troubles associés (voir l'Idée 11).

UNE OU DES DYSPHASIES ?

IDÉE 4

Tous les enfants dysphasiques ne se ressemblent pas. D'abord parce qu'avant d'être des dysphasiques, ce sont des enfants. Ils se développent donc tous de façon différente, selon leur tempérament, leur personnalité, leur milieu, leurs compétences et leurs difficultés. De plus, tous les enfants dysphasiques ne présentent pas une même atteinte du langage. Le langage est en effet une activité complexe, qui fait appel à des compétences multiples et qui comporte divers domaines.

On peut tout d'abord distinguer le versant expressif (la façon dont l'enfant parle) et le versant réceptif (ce que l'enfant comprend lorsqu'on lui parle).

Dans chaque versant, sont impliquées des modalités différentes de la langue : la phonologie (la forme sonore du langage), le lexique (les mots et leur sens), la syntaxe (la construction des phrases), la pragmatique (les règles de communication).

Les atteintes dont souffrent les enfants dysphasiques peuvent porter sur une seule ou plusieurs de ces différentes modalités du langage, ce qui va déterminer des difficultés différentes : l'enfant peut être inintelligible (on ne comprend pas les mots qu'il prononce) et/ou avoir un trouble de la syntaxe, et/ou avoir des difficultés à utiliser le bon mot au bon moment. De même, il peut avoir des difficultés uniquement sur le versant expressif ou avoir également des difficultés de compréhension quand on lui parle.

Les auteurs ont essayé de classer ces différents troubles dans des catégories distinctes, définissant ainsi un certain nombre de dysphasies, se différenciant par la nature des déficits linguistiques.

Dans la classification américaine, on distingue les troubles de type expressif, les troubles de type mixte

(réceptif-expressif) et les troubles phonologiques ; dans la classification de l'OMS, on distingue les troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation, les troubles d'acquisition du langage de type expressif, et des troubles d'acquisition du langage de type réceptif.

Ce qui est important, au-delà des différences de classification, c'est de bien analyser les difficultés de l'enfant, de tenir compte des conséquences de son trouble pour lui apporter la meilleure aide possible par la prise en charge la plus adaptée.

LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE

↙ IDÉE 5

L'enfant naît, l'enfant gazouille, babille puis, un jour, l'enfant parle. Tout paraît très simple, mais en fait, c'est l'aboutissement d'un long processus, invisible pour autrui : ce processus débute dès la fin de la vie fœtale, quand l'enfant, dans le ventre de sa mère, perçoit des bruits, des sons, des paroles.

Dès la naissance, il développe des capacités perceptives : le petit enfant possède des capacités étonnantes de discrimination entre deux sons. Après 8 mois, cette capacité décline assez rapidement de sorte qu'à la fin de sa première année de vie, l'enfant, essentiellement, n'est plus sensible qu'aux seuls contrastes phonétiques de la langue qu'il aura entendu parler autour de lui. Cette diminution des capacités de discrimination du jeune enfant est liée de manière intime à l'élaboration du système phonologique de sa langue.

Le nourrisson possède de façon innée la capacité de catégoriser les sons du langage selon des règles bien précises. Dès les premiers moments, il est capable de classer un son dans une catégorie, ce qui signifie que son système acoustique est programmé pour une telle catégorisation, qu'il possède des prototypes pour chaque son de sa langue.

Dans les premières semaines de vie, le nourrisson ne s'exprime que par pleurs et cris, sans réelle activité articulatoire, mais les interactions verbales avec le bébé commencent dès sa naissance.

À la fin du deuxième mois, apparaissent des vocalisations qui lui permettront par la suite de produire des phonèmes, c'est-à-dire les sons de la langue.

Vers six mois, la langue imprime son influence sur l'activité vocale de l'enfant. Peu à peu, l'enfant va acquérir l'agilité motrice nécessaire à la parole. Le babil va s'installer aux alentours de 6 mois. C'est une étape charnière importante entre les périodes pré-linguistique et linguistique. L'enfant ne va plus produire que des syllabes qui appartiennent effectivement à sa langue. Alors qu'il avait au départ une prédisposition à acqué-

rir n'importe quelle langue, il se « spécialise » maintenant dans les sons de sa langue maternelle et abandonne ceux qui ne lui appartiennent pas. Ainsi, à un an, il ne lui restera que 10 % de ses capacités initiales de discrimination. La différenciation progressive des phonèmes spécifiques de la langue est extrêmement rapide entre 9 et 18 mois, mais elle comporte encore beaucoup d'erreurs et de lacunes. L'acquisition des phonèmes répond à une logique intrinsèque en rapport avec les difficultés spécifiques articulatoires et acoustiques de la langue.

Vers 10 mois, l'enfant développe ses compétences de compréhension, avant celles de production, puis apparaissent les premiers mots concrets vers 12 mois, avec des mots mono- ou bisyllabiques. Généralement, les premiers mots de l'enfant se rapportent aux personnes et aux objets avec lesquels il est le plus souvent en contact, les objets et les personnes qui font partie de son univers, les membres de sa famille, les animaux, la nourriture, les boissons et les jouets. Les premières phrases sont énoncées vers 2 ans. Le répertoire lexical atteint une vingtaine de mots au milieu de la deuxième année et environ mille à trois ans.

Le langage consiste d'abord en un mot/phrased, puis comporte des combinaisons de deux mots vers la fin de la deuxième année.

L'enfant n'apprend pas uniquement par imitation, mais aussi par la déduction de principes de fonctionnement de sa langue et par leur application à des situations nouvelles.

Dès 3 ans et demi, l'enfant parvient à maîtriser la structure fondamentale de sa langue maternelle et peut parler de façon intelligible, sans trop de fautes syntaxiques ou morphologiques. Il va ensuite affiner son langage par l'extension de son vocabulaire et l'amélioration de la compréhension du sens des mots.

Entre 4 et 8 ans, l'enfant est capable d'adapter certains aspects de son discours en fonction du niveau linguistique de son interlocuteur.

QUAND S'INQUIÉTER ?

↳ IDÉE 6

Chez l'enfant, le langage se met en place progressivement, et chaque enfant a son propre rythme d'acquisition, si bien qu'il est parfois difficile de savoir si la progression de l'apprentissage du langage se fait de façon satisfaisante ou non.

Toutefois, certains signes doivent attirer l'attention de l'entourage. Il est important de repérer toutes les particularités dans le développement du langage : elles ne sont pas toutes des signes prédictifs d'une dysphasie mais elles peuvent indiquer un autre trouble qu'il convient également de prendre en charge précocement.

Il s'agit tout d'abord de l'absence de babillage chez le nourrisson. Le babillage ou babil, premières vocalisations des enfants, se manifeste par la production de sons, bien avant que l'enfant ne s'exprime à l'aide de mots. Or, pour prendre plaisir à produire ces sons, et donc à les reproduire, il faut les entendre et d'ailleurs le premier signe d'alerte d'un défaut de l'audition est la pauvreté voire l'absence du babil. C'est pourquoi on constate une absence ou une pauvreté du babillage non seulement chez les enfants sourds, mais aussi chez ceux qui ont du mal à mettre en place leur langage.

Les autres signes qui doivent être repérés témoignent de l'absence de communication et de relation avec l'entourage : pas d'accroche du regard, pas de posture de communication avec l'autre, peu de mimiques de communication, pas de désignation des objets par le doigt (pointage). En fait ces éléments de communication doivent apparaître bien avant le langage, et leur absence peut être significative de difficultés de l'enfant à entrer en relation avec les autres, ce qui se traduira ensuite par des difficultés dans la mise en place du langage verbal.