

La dysphasie/ trouble spécifique du langage oral

Le terme "dysphasie" est le plus utilisé dans la littérature française, mais actuellement on parle aussi de : « trouble spécifique du langage », « trouble spécifique du développement du langage », « trouble spécifique du langage oral », « trouble spécifique du développement du langage oral »,

- **Définition**

- Actuellement, la définition la plus utilisée est la suivante:
- Les troubles de développement du langage (dysphasie) correspondent à des formes de déviations dans l'acquisition du langage par les enfants. Ils peuvent être plus ou moins graves et durables, et s'observent en dehors de causes majeures connues et/ou de troubles associés importants. Ces troubles se manifestent en l'absence d'un déficit auditif, de malformation des organes phonatoires, de troubles neurologiques acquis, d'un déficit dans le développement intellectuel, de troubles émotionnels graves, ou encore de carence affective ou éducative majeure. (G. Deweck, P. Maro, 2011).

- Ainsi, la dysphasie, est un trouble grave et durable du développement de la structure du langage qui se manifeste par 3 types de dissociations :
- a- Dissociation entre les compétences langagières et les autres compétences intellectuelle.
- b- Dissociation entre les capacités de compréhension et les capacités de production
- c- Dissociation entre le lexique et la syntaxe

- **2- la dysphasie d'après le DSM-V (2013)**

- Dans le DSM-V, la dysphasie, comme tous les troubles du langage oral sont inclus dans la catégorie « Trouble de la communication sociale ou pragmatique ».

- **Les critères diagnostic d'après le DSM-V**

- -La dysphasie est caractérisée par des difficultés persistantes lors de la communication verbale.
- -L'acquisition du langage oral ainsi que celle du langage écrit restent souvent laborieuses.
- -Les difficultés sont présentes dès la petite enfance et sont susceptibles d'interférer dans les relations sociales et la réussite scolaire ou professionnelle.

- **Etiologie du trouble :**

- Les études et les recherches sur l'étiologie et les causes de la dysphasie restent hypothétiques, la majorité des recherches sont orientés vers les causes génétiques héréditaires.
- D'autres parlent de soubassements cognitifs : trouble de traitement auditif élémentaire, troubles de la mémoire phonologique à court terme.
- Sur le plan anatomo-fonctionnel, des études en IRF précisent l'existence d'anomalies dans l'activation des zones cérébrales responsables du langage oral.

- **La typologie et symptomatologie de la dysphasie**
- Classiquement on distingue entre 3 types de dysphasies : les dysphasies d'expression – les dysphasies réceptives – les dysphasies mixtes.
- **1- les dysphasies d'expression** : dans ce type, le trouble de la production langagière est prédominant. Ainsi, ce type de dysphasie englobe (la dysphasie phonologique syntaxique, la dysphasie phonologique et l'anomie)

- 1-a/- la dysphasie phonologique syntaxique : c'est la plus fréquente.

Elle est caractérisée par 3 signes essentiels :

- * réduction psycholinguistique : qui se manifeste par une hypo spontanéité du discours, et manque d'initiative de la parole.
- * une dys-syntaxie ; la syntaxe est très déficitaire avec absence de règles syntaxiques.
- * troubles phonologiques : ils engendrent un agrammatisme et une inintelligibilité (non-clartés) du discours.

- 1-b)- la dysphasie phonologique : elle est caractérisée par :
 - - des troubles d'encodage phonologique ou l'enfant se trouve souvent dans l'incapacité de programmer et de planifier la sériation séquentielle des phonèmes.
 - * des troubles de contrôle de la production phonologique.
 - * un défaut d'accès à l'image articulatoire induisant des anomalies dans la sélectivité des points d'articulation appropriés. Généralement, ce type de dysphasie est caractérisé par des ajouts de phonèmes, des erreurs phonologiques multiples entravant l'intelligibilité du parler de l'enfant, ainsi qu'une instabilité des productions.

- **1-c/- la dysphasie mnésique** : c'est une impossibilité répétée et ponctuelle à trouver le signifiant d'un objet ou d'un concept, pourtant connu du sujet.
- C'est un défaut d'accès au mot, pourtant acquis, inscrit dans la banque lexicale du sujet. Ce trouble est connu aussi sous le terme de « trouble d'évocation lexicale ».
- Ce trouble peut constituer un symptôme parmi les autres symptômes d'autres types de dysphasie, mais on parle de la dysphasie mnésique lorsque ce phénomène forme l'entièreté de la pathologie

- **2- les dysphasies réceptives** : elles se caractérisent par la prédominance des troubles de compréhension du langage oral, à l'origine d'un important retard de langage.
- Elles ne peuvent pas en aucun cas être évoquées sans être préalablement assuré de la qualité de l'audition.
- Elles se caractérisent soit par la construction d'un stock lexical réduit, soit par la surdité verbale qui est très rare mais très grave, entravant l'accès de l'enfant au langage orale, induisant des troubles sévères de la communication.
- **3- les dysphasies mixtes** : affectent à la fois l'expression et la compréhension du langage.

- **Le diagnostic**

- Le diagnostic doit être pluridisciplinaire, faisant intervenir plusieurs spécialistes, afin d'exclure toute cause sensorielles, lésionnelle, ou autres, pouvant être derrière les difficultés observées.
- En effet il faut exclure l'existence de :
 - - déficit auditif
 - - malformations des organes phonatoires.
 - -troubles neurologiques acquis
 - - déficit dans le développement intellectuel
 - - trouble envahissant du développement
 - - troubles psychoaffectifs sévères.
 - - carences éducatives majeures.
- Cependant, le bilan doit évoquer aussi l'existence des symptômes suivants

- Avant la scolarisation :

- - des troubles de compréhension,
- - des erreurs phonologiques,
- - des troubles morphologiques en expression,
- - des troubles praxiques.

- Après la rentrée à l'école

- - des difficultés en répétition de mots et de pseudo-mots
- - des troubles de l'informativité,
- - des difficultés dans la capacité à utiliser la morphologie en production,
- - la persistance de manque du mot

- **La prise en charge :**

- La prise en charge doit être précoce, intensive et prolongée. Elle repose tout d'abord sur une analyse préalable et exhaustive des capacités et des déficits de l'enfant et de la qualité de l'environnement, comme elle doit être aussi pluridisciplinaire.
- Comme dans le cas de tous les troubles DYS, La prise en charge de la dysphasie est fondée sur un programme et un projet individualisé et adapté aux besoins de l'enfant dysphasique, et qui peut être révisé quand les spécialistes le jugent nécessaire.
- L'orthophoniste fait partie des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le sujet dysphasique.

- Le rôle de l'orthophoniste consiste principalement à:
- -proposer à l'enfant des aides pour pallier à ses difficultés au niveau de l'expression et la compréhension du langage oral.
- - aider l'enfant dans ses apprentissages du langage écrit
- - aider l'enfant à contourner ses difficultés tout en lui permettant de pallier à ces dernières.
- - pratiquer la guidance parentale, dans le but d'orienter les parents à enchaîner, à la maison, avec ce que fait l'orthophoniste dans son bureau.
- - la collaboration avec les différents intervenants, et le maintien de lien avec le/les enseignant(s), afin de les orienter vers des aménagements qu'il juge adéquats et adaptés à l'enfant.

Le bégaiement

- **Définition :**

- Le bégaiement est une perturbation du rythme normal de la parole. Il peut être caractérisé par la répétition de phonème, de syllabes, de mots (...), par des hésitations, des prolongations, ou des interjections (sentiment violent). Ce trouble se manifeste de façon différente, selon les personnes (association canadienne des orthophonistes et audio logistique, 2005).
- Le bégaiement est défini comme un trouble de la communication, car les bégayages ne surviennent que lorsqu'il y a relation effective à autrui. Une personne ne bégaie pas lorsqu'elle est seule. Chaque bégaiement est différent, car appartenant à des sujets différents (Bourne-Maison A., 2015)
- L'OMS Définit le bégaiement comme un trouble du rythme de la parole, dans lequel l'individu sait ce qu'il veut dire mais se trouve incapable de le dire, en raison d'une répétition involontaire, d'une prolongation ou d'un arrêt de son.

- **La définition et la classification du bégaiement selon le DSM-5**
- Le DSMV (2013) classe le bégaiement dans les troubles développementaux de la communication, répondant à l'appellation de « trouble développemental de la fluence de la parole ». Il ne correspond pas à l'âge du sujet. Il interfère avec la réussite scolaire, professionnelle et avec la communication sociale.
- Cette dernière version du DSM a fait la distinction entre le bégaiement développemental chronique et le bégaiement acquis suite à une lésion neurologique.

• **Les symptômes et les manifestations**

- les répétitions
- les blocages
- les symptômes respiratoires
- les symptômes vocaux (caractère serré, rauque ou bitonale, variation mélodique...)
- altération du discours par le rajout de petits mots sans justification sémantique (« bon », « alors », « voilà »...) ou des stéréotypies involontaires.
- symptômes végétatifs : (pâleur ou rougeur du visage....).
- symptômes physiques : (clignement des yeux, mouvement des mâchoires, forcément des sourcils, gestes des pieds ou des mains....).
- conduites d'évitement par l'évitement de toutes situations provoquant le bégaiement. éviter de (répondre au téléphone, prendre la parole en public, s'adresser à des inconnus...).
- la négation de l'autre en évitant le contact visuel.
- les retentissements psychologiques, telles que les émotions négatives (peur, gêne, honte, frustration, culpabilité), la sous-estime de soi, phobie sociales....

- **Les types cliniques du bégaiement**

- **1- le bégaiement développemental**

- C'est le type le plus courant (75% des cas), il apparait entre 2 à 4 ans et guérit spontanément.

- **2- le bégaiement développemental persistant :**

- Il représente entre 20 et 25% des cas, il apparait aussi entre 2 ans et 4 ans voire plus, et il persiste à l'âge adulte. C'est ce qu'on appelle « bégaiement chronique ».

- **3- le bégaiement acquis :**

- Il apparait suite à une lésion cérébrale (AVC, tumeur...), ou à un traumatisme crânien.

• **Etiologie**

- Prédilection génétique associée à des facteurs :
- Environnementaux, car il existe des gènes du bégaiement.
- imitation par le contact avec un parent bègue.
- hypothèse neurologique expliquée par un déséquilibre dans le fonctionnement des 2 hémisphères au moment de la parole. Ils font une concurrence au lieu de travailler ensemble d'une manière homogène.
- facteurs environnementaux : parents perfectionnistes, milieu communicatif défavorable, conflits parentaux, difficultés sociales.....
- des événements psychologiques déclenchants (deuil, arrivée d'un autre enfant dans la famille, hospitalisation, divorce, traumatisme psychique,...)
- la maltraitance
- le rejet du positif

- **Prise en charge :**
- Jusqu'à aujourd'hui, aucune thérapie ou traitement ne permis la guérison totale du bégaiement. En fait, prendre en compte toutes les composants du bégaiement, c'est l'attitude la plus sensée à adopter par un thérapeute du bégaiement.
- Parmi les méthodes utilisées dans la prise en charge, on cite :

- I- les méthodes motrices :

- Ces méthodes recommandent de :

- - être attentif à ce que l'enfant dit et non à la manière dont il parle.

- - recommander un débit lent avec des pauses.

- - utiliser une voix douce.

- - aider à communiquer et être à l'écoute.

- - encourager l'enfant

- - faire baisser les pressions

- - rassurer l'enfant

- II- la méthode Lidcombe

- Elle est mise au point par le Pr. Mark Onslow et son équipe, c'est un programme impliquant l'intervention régulière d'un parent ou d'une autre personne.
- A base des informations recueillies auprès des parents, ou des enregistrements effectués par les parents, le thérapeute procède à une évaluation quantitative et qualitative du bégaiement, et informe les parents sur les informations obtenus, et leur explique leur rôle dans la mise en place du programme Lidcombe.

- III- méthodes instrumentales :

- Utilisation des instruments tels que le métronome pour rythmer artificiellement la parole
- - le masqueur d'Edinburgh
- - le speech Easy de Kalinowski 1999
- - l'appareil de George Sharmes

- IV- traitement pharmacologique :

- - traitement pour réduire les taux de la dopamine intracérébraux.