



**COURS TROUBLES DU
LANGAGE ORAL ET PRISE
EN CHARGE**

L3 ORTHOPHONIE

**UNIVERSITÉ
ABDERRAHMANE MIRA -
BEJAIA**

CHARGÉE DU COURS

- Mme MEKOUKH H.

- ANNÉE UNIVERSITAIRE

- 2020-2021

Programme du cours

- 1- Troubles D'articulation
- 2- Retard De Parole
- 3- Retard Simple Du Langage
- 4- Dysphasie
- 5- Bégaiement

COURS N° 1

LES TROUBLES D'ARTICULATION

OU

TROUBLES D'ARTICULATION D'ORDRE
PHONÉTIQUE

Définitions

- *I-* les troubles d'articulation concernent la production des phonèmes (ou sons) de la langue (Genevieve de Weck, Pascal Marro 2010).

- 2- Selon le dictionnaire d'orthophonie (Brin et Coll, P201, 1997) : un trouble d'articulation est une « erreur permanente et systématique dans l'exécution du mouvement qu'exige la production d'un phonème, cette erreur détermine un bruit faux qui se substitue au bruit de la consonne ou de la voyelle normalement émise ».

- 3- Pour J-Van Borsel (2003), un trouble d'articulation est l'incapacité de produire correctement tous les différents phonèmes de la langue maternelle. Ceux sont les troubles d'articulation tels qu'ils se manifestent chez les enfants au cours de l'acquisition des phonèmes, et qui sont d'une nature différente des troubles d'articulation acquis qui peuvent survenir chez des locuteurs pour qui l'acquisition des phonèmes est terminée, et cela suite à une lésion cérébrale.

- Il s'agit donc d'une erreur articulatoire, d'origine motrice liée au mauvais positionnement des organes phonatoires lors de l'articulation, et qui conduit à l'incapacité de prononcer correctement un phonème ou plus d'une langue parlée, lors de la période d'acquisition des phonèmes.

Les critères diagnostic des troubles d'articulation

- Selon le modèle de (Herbert, 1982) ; le trouble d'articulation doit répondre à 3 critères diagnostic :
 - La production du (des) phonème(s) incriminé(s) est impossible en Isolé.
 - L'erreur dans la production articulaire du (des) phonème(s) incriminé(s) est systématique (le phonème touché est toujours remplacé par le même son erroné, ou carrément supprimé, que ce soit en isolé ou dans tout enchainement).
 - Le trouble d'articulation peut consister en omission (le phonème n'est jamais produit), en une substitution (le phonème non produit est remplacer systématiquement par un autre phonème qui est toujours le même), ou en une distorsion (le son produit n'appartient pas au système phonologique de la langue-cible).

L'étiologie (origines et causes) des troubles d'articulation

- Les troubles d'articulation peuvent avoir une origine fonctionnelle chez la plus part des enfants en âge scolaire, ou organique, (anomalies de la sphère oro-faciale).

Les troubles organiques et fonctionnels

- Les troubles d'articulation d'ordre organique relèvent d'une cause physique identifiable qui permet de rendre compte du problème. Si cette cause est située dans les organes périphériques de la parole (la langue, les dents, le palais, la glotte, ...ect), la difficulté est appelée **dysglossie**. Si le problème provient d'une lésion ou d'un dysfonctionnement du Système Nerveux central on parlera de **dysarthrie**.

- S'il n'y a pas une explication organique ou physique pour expliquer le trouble d'articulation, celui-ci est considéré comme étant d'origine fonctionnelle, il est alors appelé **dyslalie**.
- Il n'est pas toujours facile de distinguer entre un trouble d'articulation d'origine organique ou fonctionnel.

Les types et les principaux troubles d'articulation

- Dans les troubles d'articulation, les voyelles sont rarement touchées. Ce trouble touche souvent les consonnes.
- Notez bien aussi que les consonnes constructives (s, ch, z, j, th, ذ ، ث) sont les plus touchées que les consonnes occlusives (p, b, t, d, k, g, ق).
- Ce phénomène s'explique par le fait que les constrictives nécessitent une plus grande coordination motrice que les occlusives

Les troubles d'articulations fréquents

1- altération des constrictives :

- L'altération des constrictives peut toucher le lieu (le point où se déroule l'articulation) d'articulation ou le mode (le fonctionnement) d'articulation.
- L'altération du lieu d'articulation peut être due à une postériorisation (faire avancer le lieu vers l'extérieur) ou à une intériorisation (faire avancer le lieu d'articulation vers l'intérieur).

- Elle engendre généralement une distorsion du phonème concerné, ou une substitution du phonème par un autre. Les altérations des constrictives sont souvent appelées « sigmatisme » en raison du **(s)** qui est généralement touché.
- Les stigmatismes les plus connus sont :

- a- le sigmatisme inter-dental (ou zazotement) :
- ce sigmatisme est appelé aussi (cheveu sur la langue). Il s'agit d'un avancement de la langue entre les dents aboutissant à la production d'un (θ) au lieu d'un (S) ou (Z) ou (Ch).

- ***b- le sigmatisme latéral (chuintement)*** : il est due à un mauvais positionnement de la langue qui se déplace sur la droite ou la gauche de la cavité buccale, empêchant ainsi l'écoulement de l'air par la trajectoire centrale, et engendrant la déformation des constructives : (S), (Z), (S), (CH) ou (J).

- *c- le zézaiement* : dans ce genre de l'altération, les phonèmes (ch) et (j) sont souvent remplacés par les phonèmes (s) et (z) : exemple (cacher)/ (casser) ou (jolie)/ (zolie).

- *d- le sigmatisme occlusif* : dans ce cas, le lieu d'articulation d'un ou plusieurs constrictives est avancé, ainsi il est remplacé par une ou des occlusives, exemple :
- -(ch) et (s) sont remplacés par (t). Exemple : (chien)/ (tien), ou (sac)/ (tac).
- -Aussi, (j) et (z) sont souvent remplacés par (d). Comme exemple : (jouet)/ (doué), ou (zèbre)/ (dèbre).
- - Enfin, (f) est remplacé par (p). Exemple : (four)/ (pour).

- *e- le sigmatisme nasal* : est due à la langue qui s'appuie sur le palais en position de (k) fermant ainsi le conduit buccal, et l'air s'écoule par le nez sous forme de ronflement, engendrant une distorsion des constrictives, notamment (s, z, ch, j), et parfois même (f) et (v).

- **N. B.** Il ne faut pas confondre « sigmatisme nasal » et « insuffisance » vélaire, puisque la mobilité du voile du palais n'est pas atteinte.
- -Il ne faut pas aussi confondre « sigmatisme nasal » à une « déperdition nasal », du moment que les autres phonèmes oraux ne sont pas nasalisés.

- **2- altération des occlusives** : les consonnes occlusives sont les moins touchées, et les altérations les plus fréquentes dans ce cas, sont :
 - a- l'assourdissement :
 - -(b) est remplacé par (p). Exemple : (bébé)/ (pépé).
 - -(d) est remplacé par (t). Exemple : (douche)/ (touche).
 - -(g) est remplacé par (k) exemple : (grand)/(kran).

- **b- le rhotacisme** : dans cette altération, c'est le phonème (r) qui est touché. Il est soit déformé (distorsion), soit substitué par (L), exemple : (canard)... »(canal), ou carrément absent (omission).
- **c- le lambdacisme** : c'est le phonème (l) qui est altéré. Il est soit remplacé par (r) ou omis.

Evaluation et diagnostique des trouble d'articulation :

- Les objectifs de l'évaluation des troubles d'articulation sont :
 - - Déterminer et de préciser les erreurs que l'on trouve dans le langage articulé de l'enfant, ainsi que leurs types et leur degré de sévérité.
 - - L'identification des facteurs qui sont à l'origine du trouble et ceux qui l'entretiennent.
- Enfin, l'orthophoniste doit émettre un jugement quant au pronostic du trouble plus, en plus de la mise en place d'une thérapie bien définie.

Les étapes du bilan des troubles d'articulation

- Le bilan des troubles d'articulation est composé principalement de 3 parties : l'interview diagnostic, l'examen des mécanismes de la parole et de l'audition, et l'évaluation proprement dite de l'articulation.

- a *-l'anamnèse et L'interview diagnostic :*
- Son objectif est de réunir le maximum d'informations pertinentes concernant l'enfant et son trouble.
- La principale source d'information est généralement les parents, mais aussi les membres de la famille, les enseignants, les médecins, ou l'enfant lui-même.
- Les informations recueillies doivent être en rapport avec les plaintes majeurs (de quoi souffre l'enfant), le début et le développement du problème, le développement du langage, le développement de l'enfant en général, l'audition, la dentition, l'histoire médicale, le parcours scolaire, les antécédents familiaux, les thérapies antérieures.

• ***b- Examen des mécanismes de la parole et de l'audition :***

- Il comporte l'examen de la structure et de la fonction des lèvres, des dents, de la langue, du palais dur et du Palais mou, des cavités nasales, ainsi que l'examen du mécanisme respiratoire.
- Lorsqu'un problème est observé ou en cas de doute, le patient doit être orienté vers un spécialiste (neurologue, ORL, dentiste, orthodontiste...) pour un examen complémentaire et approfondi.

- **c- Evaluation proprement dite de l'articulation :**

- Il se fait par la réalisation et la passation du bilan phonétique et phonologique pour se rendre compte de la nature du trouble (s'il s'agit d'un trouble phonétique ou phonologique).
- - pour plus de détails sur les 2 bilans, consultez les références suivantes :
- 1. ZELLAL N. (1984) « Cours de phonétique orthophonique arabe », OPU, Alger.
- 2. ZELLAL N. (1991) « Test orthophonique pour enfants en langue arabe », OPU,

le traitement des troubles d'articulation :

- Il existe plusieurs méthodes de prise en charge des troubles d'ordre phonétique, mais, La pratique thérapeutique, des troubles d'articulation isolés, est fortement influencée par les travaux de Charles Van Riper, publiés en 1939, et qui demeurent encore populaires parmi les orthophonistes logopèdes de toutes nations.

- Van Riper considère la thérapie des troubles d'articulation comme une procédure impliquant à la fois le conditionnement et le déconditionnement. Les anciens patterns, conduisant à la production erronée des phonèmes, doivent être éliminés et remplacés par de nouveaux patterns produisant des phonèmes corrects. Ainsi, l'apprentissage et la maîtrise d'un nouveau phonème passe par 4 étapes : 1- le niveau du phonème isolé, 2- le niveau de la syllabe, 3- le niveau du mot et de la phrase, 4- le niveau de l'utilisation du phonème dans des situations de communication, en exprimant ses émotions, en pensant et en se manifestant (niveau pragmatique).

1. le niveau du phonème (son) isolé : c'est une étape qui consiste à aider le patient à acquérir le concept du phonème standard à apprendre. Cette étape est basée sur 04 phases :

- a. l'isolation du phonème
- b. la stimulation et la comparaison
- c. l'identification,
- d. la discrimination.

a. **Phase de l'isolation du phonème** : l'enfant qui présente un trouble d'articulation n'a probablement jamais entendu de façon isolé le phonème à apprendre. la thérapie doit stimuler l'information d'une manière à identifier le phonème isolé, à faire attention aux caractéristiques du son, et à le discriminer des autres phonèmes. La thérapie à cette 1^{ère} phase est entièrement basée sur l'entraînement de l'oreille, et elle n'est pas encore aboutie à l'entraînement de la bouche.

b- Phase de stimulation et de comparaison :

Dans la 2^{ém} phase (phase de stimulation et de comparaison), on se centre toujours sur l'écoute, en faisant écouter au patient, par le billet de l'enregistrement de ses paroles et de l'imitation, les phonèmes touchés par le trouble, de la même façon dont il les prononce (prononciation défectueuse).

C- Phase de l'identification :

L'enfant apprend à reconnaître et à identifier les erreurs en s'écouter lui-même. Le patient a déjà acquis à cette étape (d'après les étapes précédentes) un concept clair du phonème cible à produire. Maintenant, il doit examiner attentivement ses paroles, afin que les différences entre sa propre production et le phonème standard, apparaissent clairement.

D- Phase de discrimination et de la reconnaissance : L'entraînement de sa propre écoute mène le patient vers la reconnaissance de ses erreurs, uniquement après les avoirs produits devant lui. Donc, il les reconnaît au moment où il les produit.

- Enfin, l'enfant apprend à produire le nouveau phonème.
- Van Riper décrit 5 techniques pour apprendre à l'enfant à produire le nouveau phonème : la technique de l'approximation progressive, la technique de la stimulation auditive, le placement phonétique, la modification d'autres phonèmes standards déjà maîtrisés et l'usage du mot clé.

- *1- la technique de l'approximation progressive* :
- elle est reconnue comme étant la meilleure méthode. L'orthophoniste réalise la même erreur que celle de son patient, il lui montre après les sons de transition (un après l'autre) et qui se rapproche un peu plus au phonème standard, jusqu'à ce que celui-ci soit finalement produit. Le patient imite alors derrière, les productions du thérapeute. Chaque modification qui se rapproche du phonème standard est récompensée, et les modifications s'éloignant du phonème standard sont ignorées.

- 2- la technique de la stimulation auditive :
- elle est considérée comme étant une continuation de l'entraînement auditif (de l'écoute), puisque l'enfant à identifier son erreur, il connaît la différence entre sa propre production et le phonème standard, il devrait être capable d'imiter la production correct de l'orthophoniste. Cela abouti et passe le billet de la répétition et la stimulation.

- *3- la technique du placement phonétique* :

- c'est la technique la plus ancienne utilisée, elle est basée sur l'utilisation des instruments (guide de langue, abaisse-langue, ou spatule) pour aider le patient à bien positionner sa langue, ses lèvres...ect sur le lieu d'articulation adéquat à la prononciation du phonème standard, comme elle se repose aussi sur l'utilisation des diagrammes pour la description des modes d'articulations des différents phonèmes.

- 4- la technique de la modification d'autres phonèmes standard déjà maîtrisés :

- l'orthophoniste demande à son patient de produire un son ou un mouvement qu'il connaît et qui est proche du phonème cible pendant un moment. Puis, on lui demande de répéter le phonème ou le mouvement tout en bougeant sa langue, ses lèvres ou ses mâchoires d'une certaine manière, l'orthophoniste doit varier les sons et les mouvements connus proches du phonème standard.

- 5- la méthode des mots clés :

- l'orthophoniste peut utiliser les mots clés (cheut) (sss), (fff), (qaqqa), (baw)....comme guide pour travailler le son cible. Le mot clé doit être articulé tout d'abord par l'orthophoniste d'une manière accentuée avec toutes ces caractéristiques auditives et motrices, dans un cadre ludique et plusieurs fois, puis demander à l'enfant de le produire à son tour, plusieurs fois. Après, essayer de produire le phonème cible du mot clé d'une manière isolée, commençant par la production du mot clé sans le phonème cible, puis le contraire le phonème cible sans le mot clé.

- Une fois que l'enfant connaît comment produire le phonème standard, il faut renforcer le nouveau phonème avant que l'enfant perd sa mécanique. Les techniques de renforcement dont : la répétition, la prolongation, l'augmentation et diminution de l'intensité, la production du phonème à un certain signale ou geste (taper des mains ou des pieds, contracter décontracter les doigts, écrivez ou dessiner un tracé en produisant le son), sont les meilleurs moyen, pour que l'enfant ne perd pas la mécanique d'articulation du phonème cible.

2-le niveau de la syllabe

- Quand le patient maîtrise bien la production du son isolé, l'orthophoniste passe à la thérapie au niveau de la syllabe. Commençant par l'entraînement auditive du phonème standard dans la syllabe, à ce niveau le patient devrait être capable de produire correctement les syllabes isolées, il passe à toutes les combinaisons possibles du phonème standard avec les autres phonèmes.

- Notez bien que les syllabes dépourvues de sens, fournissent un bon moyen pour bien travailler le phonème cible.
- **3-le niveau du mot**
- Lorsque le phonème cible a suffisamment été travaillé et renforcé dans le stade de l'entraînement syllabique, il doit être inclus dans le mot, 02 techniques utilisées :

- *a- la technique de reconfiguration :*
- l'enfant substitut progressivement les erreurs dans quelques mots : il substituera (remplacera) l'erreur par un autre son, puis il produira le mot en omettant (supprimant) le son erroné et enfin il le remplacera par le son cible.

- *b- la technique d'avertissement par signaux* :
- à base des séries de mots déjà préparées, le patient d'abord se préparer par la répétition et la prolongation du phonème cible isolé, puis l'orthophoniste lui propose une série de mots avec une syllabe manquante ou plus, lorsqu'il donne un signal, le patient répond immédiatement en produisant le reste du mot.

- **4-le niveau de la phrase**

- Quand le patient est capable de produire le phonème cible dans un mot en position initiale, médiane et finale, et qu'il est capable de s'autocorriger, l'orthophoniste passe à la phase de la thérapie au niveau de la phrase. Il s'agit de découvrir des phrases avec des sons altérés à émettre correctement. Alors, l'orthophoniste avec le patient construisent ensemble les phrases clés. Le travail consiste à prononcer les phrases au ralenti, ensemble le patient et l'orthophoniste à tour de rôle, puis par un langage écho, où l'enfant répète immédiatement et automatiquement ce que l'orthophoniste dit mot à mot, et phrase par phrase.

- Après, toujours ensemble, le thérapeute et l'enfant prononcent des phrases avec le même rythme, la même hauteur et la même intensité. Par des jeux de rôle, l'enfant corrige l'orthophoniste, et l'orthophoniste corrige l'enfant.

- **5-le niveau pragmatique**

- Avant de clôturer la thérapie, le nouveau phonème doit être automatisé :

1. par l'élargissement de la situation thérapeutique

2. par l'utilisation du nouveau son dans tout type de discours

3. Enfin, par l'accentuation et le renforcement du langage proprioceptif.

Cours retard de parole/ trouble d'articulation d'ordre phonologique

- **Définition**

- Le dictionnaire d'orthophonie (Brin et Cal,1997, P168) définit le retard de parole comme le trouble qui « recouvre toute altération de la chaîne parlée (la parole) constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de 4 ans (âge vers lequel la plupart des structures phonologiques doivent être mise en place dans l'expression orale) ».

- Donc, on comprend que Le retard de parole, ou trouble de parole, ou trouble phonologique, est une difficulté au niveau de la production des enchainements de la parole nécessaire pour produire des mots, (des énoncés et des phrases).

- On parle de retard de parole, car la parole de l'enfant souffrant de ce trouble est semblable à celle d'un enfant qui commence à parler (environ 2 ans), alors qu'on parle de retard de parole à partir de 4 ans.
- On parle de trouble de parole, parce que c'est la parole qui est touché par le trouble.
- Enfin, on parle de trouble phonologique car c'est le système phonologique (l'agencement des phonèmes entre eux) qui est touché.
- L'altération phonologique est considérable lorsqu'il s'agit de mots longs et/ou difficiles.
- Le sujet atteint de ce trouble préserve bien le rythme de la parole.

- **Le retard de parole d'après le DSM-5**
- Dans le DSM-5, le retard de parole (comme les troubles d'articulation) est inclus dans la catégorie des **troubles de la communication**. Il est appelé **trouble de la phonation/ trouble de la production des phonèmes**

- **L'étiologie du trouble**

- le trouble d'articulation phonologique /retard de parole est due à l'inadéquation ou à la déviance du système phonologique.
- Ça signifie la non-acquisition adéquate du système phonologique, due à la non-acquisition des traits distinctifs qui caractérisent les phonèmes d'une langue. Exemple (voisé / non voisé, nasal / non nasal, vocal /non vocal...etc.).
- Ainsi, on comprend que le retard de parole est causé par la non-acquisition du système de règles phonologiques de langue parlée par l'enfant. Donc, il n'y a pas de facteurs bien définis, et ces manifestations sont d'ordre fonctionnel.

Les symptômes ou les manifestations

- Comme dans les troubles d'articulation d'ordre phonétique, les troubles d'articulation d'ordre phonologique touchent aussi surtout les consonnes que les voyelles.
- Une manifestation ou plus parmi les manifestations suivantes peuvent apparaître chez l'enfant:

- 1/- les omissions de consonnes de syllabes en initial, médiane ou finale
- 2/- adjonction de phonème ou de syllabe en initial, médiane ou finale
- 3/- Un phonème est substitué par un autre phonème qui a les mêmes caractéristiques ou traits phonologique que celui d'origine, on peut observer
- 4/- changement phonétique dans le but de créer une différence entre 2 phonèmes contigus (proches).C'est une modification contraire à l'assimilation.
- 5/- la modification de l'ordre des phonèmes sans aucune substitution

Traitement et prise en charge

- L'introduction de la théorie phonologique dans la clinique du langage a influencé les pratiques thérapeutiques, alors que les approches de traitement traditionnelles sont essentiellement motrices. Les approches basées sur les théories phonologiques sont plutôt de nature conceptuelle.

- La théorie phonologique la plus utilisée dans la thérapie des troubles d'articulation phonologiques est l'approche de traitement des processus phonologique de STAMP, appelée la phonologie naturelle.
- Il est important de savoir que l'analyse en traits distinctifs chez un patient atteint de ce trouble, dans le but de repérer les traits distinctifs altérés, demande assez de temps.

- Dans l'approche en traits distinctifs, on ne se base pas sur les phonèmes erronés, mais sur les traits distinctifs erronés, puisqu'ils n'apparaissent pas de manière isolé.
- Ils sont appris en contexte avec les autres phonèmes, généralement en contrastant 2 phonèmes : l'un contenant le trait à apprendre et l'autre ne contenant pas ce trait.
- Pour apprendre le trait « voisé » à un enfant chez qui ce trait est absent, on peut comme exemple utiliser les phonèmes /k/ et /g/. Ces 2 phonèmes ont les mêmes traits, sauf le trait à apprendre.
- On suppose que l'entraînement du trait dans un phonème (le /g/ dans l'exemple) permettra la généralisation de l'apprentissage à d'autres phonèmes qui n'ont pas été entraînés.

- Comme exemple de programme de traitement des processus phonologiques, le programme qui utilise des paires minimales.
- La paire minimale est composée de 2 mots qui deviennent des homophones lorsqu'on utilise un processus phonologique particulier.
- Exemple : pour éliminer le processus d'antériorisation, on peut utiliser des paires de mots telles que (car/tard).
- Pour éliminer la suppression de la consonne finale on peut utiliser des paires minimales comme : (foie/foire).
- Pour éliminer le phonème de réduction des groupes consonantiques, on peut utiliser des paires comme (bras/bracelet), (bon/charbon).

- Un autre exemple en rapport à l'élimination ou la suppression de la consonne finale.
- Le thérapeute montre à l'enfant 2 cartes représentant les mots (« care » et « carte »).
- L'enfant lui demande une carte parmi les 2, et le clinicien réagit en fonction de sa prononciation. Si l'enfant a dit « care » alors qu'il demande réellement une « carte », il recevra la carte correspondant à sa prononciation, indépendamment de la signification voulue.

- C'est à travers la confrontation de l'enfant à telle situation d'erreurs, qu'on augmente sa conscience quant à l'impact de la production contrastive, et ceci devrait avoir pour conséquence de supprimer le processus ciblé.
- La stratégie de base pour la prise en charge des troubles phonologiques est alors de confronter l'enfant avec le fait que sa production des 2 éléments de la paire est semblable, et de lui montrer que ses mauvaises articulations provoquent des difficultés de communication.
- Il est convenable de signaler que ses exercices thérapeutiques doivent être pratiqués avec l'enfant sous forme de jeux dans des situations ludiques.

- d'autres approches sont utilisées dans la thérapie des troubles d'articulation d'ordre phonologique (retard de parole, trouble de parole) tel que l'approche par l'usage des paires maximales de (Gierut 1989) et Williams (1993), l'approche cyclique de (Hodson et Paden, 1983)

LE RETARD SIMPLE DU LANGAGE

Trouble du langage retard langagier transitoire

- **Définition**

- Le trouble de langage est « défini par son évolution comme un retard maturatif correspondant aux variations individuelles les plus extrêmes d'un développement normal » (Coquet, 2004).
- « On parle de retard « simple » quand on se trouve en présence d'un enfant normalement constitué chez qui il existe un décalage dans l'élaboration du langage par rapport à la chronologie habituelle des acquisitions » (J. A. Rondal, X. Seron, 1983).
- Le diagnostic de retard simple du langage s'effectue entre 2 et 6 ans quand l'enfant ne parle pas, parle très peu, ou très mal, c'est-à-dire pendant la période du développement rapide du langage (J. A. Rondal, X. Seron, 1983).

- On déduit d'après les définitions présentées en haut, que le retard simple du langage est un retard chronologique du développement du langage de l'enfant. ce retard est fonctionnel mais pas structural.
- L'enfant qui présente un retard simple de langage, communique verbalement avec son entourage mais son expression et sa compréhension sont réduites par rapport à la norme.
- On désigne les enfants présentant des troubles du langage selon différents termes. Comme enfants ayant un trouble du langage (c'est ce qu'on remarque dans la définition de coquet 2004), enfants ayant un déficit du langage, enfants ayant un trouble transitoire du langage oral.
- **Remarque :** le retard de langage est souvent accompagné d'un **retard de parole**, et parfois d'un **trouble d'articulation**.

- **Les classification du retard simple du langage**
- **II- classification de la CIM-10 (1992)**
- Le retard de langage est classé dans le chapitre de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80), dans la catégorie des troubles de l'acquisition du langage de type expressif (F80.1).
- La CIM 10 évoque deux grandes catégories de TSLO : les troubles de type expressif et de type réceptif. Les définitions de ce manuel nous informent sur les seuils considérés comme pathologiques aux tests standardisés, à savoir un résultat inférieur à -2 écart-type par rapport à la moyenne des enfants du même âge. De même, les critères d'exclusion y sont mentionnés. Cependant, ce manuel n'indique pas le degré de sévérité et ne classe pas les différents troubles langagiers. Il ne constitue donc pas un support assez fiable pour le diagnostic (George, 2007).

- **Pour le DSM-V (2013) :** on peut comprendre que le retard simple du langage et classé dans la catégorie des troubles de la communication, englobant tous les troubles du langage oral. Cependant, il ne désigne pas la différence entre le trouble spécifique du langage oral (dysphasie), est le retard transitoire de ce dernier (retard simple du langage). D'ailleurs, cette dernière appellation n'existe pas dans cette dernière version du DSM.

- **Remarque :**
- le retard de langage est souvent accompagné d'un retard de parole, et parfois d'un trouble d'articulation.
- -le développement du langage d'un enfant atteint d'un retard du langage se fait tardivement et lentement mais en respectant les étapes du développement.
- - le retard du langage répond à la rééducation orthophonique

- **Etiologie du trouble :**

- - facteurs héréditaires et génétiques
- - insuffisance lingui-spéculative d'après (launay et Borel – maisonny 1972) qui signifie une inaptitude congénitale et un manque de don pour le langage.
- - antécédents périnataux (prématurité)
- - niveau socioculturel défavorable
- - bilinguisme
- - facteurs affectifs et relationnels.

- **Signes et symptômes du trouble**
- a/- dans la production langagière

Les aptitudes	Développement normal	Retard du langage
- les 1 ^{ers} mots	- entre 10-18 mois	- pas avant 2 ans
- mots – phrase	- entre 12-15 mois	- vers 3 ans
- l'utilisation des pronoms	- vers 3 ans	- vers 4 ans
- langage télégraphique	- entre 15-18 mois	- vers 4 ans et plus

- Dans la compréhension du langage
- La compréhension des enfants ayant un retard simple du langage est meilleure que l'expression, mais il semble qu'il trouve des difficultés relatives aux notions: de temps, de l'espace, et de la couleur
- Dans la répétition
- Il réussit mal les tests de répétition de mots et de phrases. La phrase se réduit en quelques éléments, ou uniquement en dernier mot, ou à une partie de se dernier.

- Les signes accompagnant le trouble
- Un retard moteur avec maladresse dans la précision et la coordination des mouvements
- Troubles de la latéralité et du schéma corporel
- Troubles affectifs

La prise en charge

- Dans la thérapie d'un retard simple du langage, on distingue entre **3 méthodes thérapeutiques**: méthode à orientation symptomatique, méthode à orientation psychothérapeutique, et approche naturelle.
- **La méthode à orientation symptomatique**

C'est une approche rééducative structurée, qui va d'exercices simples aux complexes, et qui vise la rééducation des prérequis.

L'orthophoniste établit d'abord un programme de rééducation du langage proprement dit, se portant sur le vocabulaire, l'articulation, la phrase simple et complexe, en fonction des altérations relevées d'après le bilan réalisé.

- L'orthophoniste propose des exercices pour améliorer la coordination motrice, le schéma corporel, la structuration temporelle et spatiale, l'attention et la mémoire visuelle et auditive, le rythme..etc. Tout ça sous forme de jeux. Il s'agit d'exercices centrés sur les déficits linguistiques observés chez l'enfant ainsi que les troubles associés.

- 2/- la méthode à orientation psychothérapeutique :
- C'est une méthode basé sur la relation entre l'enfant et le thérapeute. Ce dernier ne demande rien à l'enfant ni de parler, ni de répéter. Le thérapeute écoute l'enfant et encourage ses manifestations expressives (geste, parole, dessin...etc), le but de cette thérapie est de libérer l'enfant entravé dans sa relation avec son entourage.

- 3/- l'approche naturelle :

- Elle vise à mettre l'enfant dans des conditions naturelles et favorables, proches de la vie courante. C'est une approche basée sur la guidance parentale, centrée sur les parents notamment la maman pour réduire le retard de parole dont souffre l'enfant.
- L'approche consiste à fournir à l'enfant un modèle linguistique adéquat notamment par la maman, et dans une relation affective. Dans ce cas, la mère doit former un très bon modèle verbal. Elle doit articuler clairement en utilisant des phrases courtes et simples, conformément à l'âge et au développement linguistique de l'enfant, tout en partageant ses expériences avec lui.
- Elle lui raconte ce qu'il y a et ce qui se passe. Elle lui montre du doigt, lui fait goûter, lui fait sentir, lui fait regarder, toucher et écouter tout ce qui l'entoure. Si l'enfant se trompe, elle lui redit correctement sans lui demander de répéter la correction.
- Le rôle de l'orthophoniste dans cette approche est d'orienter la mère vers la manière et la façon adéquate à adopter avec son enfant pour lui faire acquérir l'usage de la langue.

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)

- **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-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.