

Communauté française de Belgique

*Ministère de la Communauté française
Administration générale de l'Enseignement et de la Recherche scientifique*

LES BESOINS EDUCATIFS DES ELEVES DYSPHASIQUES

**H. Szliwowski, M. Klees, N. Poznanski, E. Grammaticos,
M. Rotsaert, C. Wetzburger
Université Libre de Bruxelles
Service de Neurologie Pédiatrique**

Article publié dans
Le Point sur la Recherche en Education
N° 23
avril 2002

et diffusé sur
<http://www.agers.cfwb.be/pedag/recheduc/point.asp>

Service général des Affaires générales, de la Recherche en éducation et du Pilotage interréseaux
9-13, rue Belliard 1040 Bruxelles
Tél. +32 (2) 213 59 11
Fax +32 (2) 213 59 91

LES BESOINS EDUCATIFS DES ELEVES DYSPHASIQUES

H. Szliwowski, M. Klees, N. Poznanski, E. Grammaticos, M. Rotsaert, C. Wetzburger
Université Libre de Bruxelles
Service de Neurologie Pédiatrique
Hôpital Erasme
Route de Lennik 808
1070 BRUXELLES

1. INTRODUCTION

La recherche sur « Les besoins éducatifs des élèves dysphasiques », menée depuis 1996, a comporté plusieurs étapes successives. Nous avons d'abord évalué les troubles spécifiques du langage oral, les troubles cognitifs, instrumentaux, affectifs et pédagogiques des élèves dysphasiques. Nous avons constaté que ces enfants présentaient en outre une souffrance psychique face à leurs difficultés à s'exprimer et à échanger avec leurs pairs d'une part et des échecs dans la communication et dans les apprentissages scolaires d'autre part. L'orientation des enfants dans une classe de langage, ayant une méthodologie plus adaptée à leurs difficultés spécifiques, a encouragé les parents à poursuivre leurs efforts.

Nous avons bénéficié de la participation des enseignants et des paramédicaux, afin de mieux cerner les difficultés qu'ils rencontrent. Nous avons observé les enfants en classe, particulièrement dans l'école du Merlo à Uccle et l'école Nicolas Spiroux à Grivegnée, afin de déterminer leurs aptitudes scolaires.

Confrontés à la présence de troubles spécifiques d'apprentissage entraînant un retard pédagogique important, nous nous sommes focalisés sur les techniques renforçant l'apprentissage du langage écrit, qui devraient permettre le développement du langage oral, et sur l'analyse d'erreurs de la lecture. Une hypothèse modélisée du processus de lecture et d'accès au sens a été émise et a permis de mieux comprendre le déroulement des étapes dans le processus de lecture et de préciser quels niveaux de ce processus l'élève ne pouvait franchir. Différentes recommandations d'aides complémentaires ont été faites.

Au cours de l'année 2000-2001, nous avons poursuivi, en accord avec le Comité d'Accompagnement, l'exploration des trois voies principales de recherche en donnant la priorité au travail de réflexion et d'analyse :

1. Mieux définir le diagnostic de dysphasie à partir de critères, à notre sens, discriminatifs et pouvant être utilisés par les enseignants, les logopèdes et les agents des Centres PMS.
2. Poursuivre le travail sur le terrain par une prise de contact avec les établissements scolaires et les Centres PMS au moyen d'un questionnaire, dans le but d'analyser les demandes et d'organiser des rencontres avec le personnel qui le souhaite. Les réponses à ces questionnaires sont présentées et analysées; des contacts directs ont pu être réalisés.

3. Assumer le suivi pédagogique des enfants dysphasiques des niveaux primaire et secondaire au travers des tâches que nous avons élaborées. Nous avons pu constater que la plupart des enfants avaient progressé sans pouvoir démontrer, à ce jour, que les aides complémentaires proposées ont joué, ou non, un rôle déterminant. Une telle étude serait souhaitable à long terme.

Ce rapport confirme les difficultés à réaliser un diagnostic précoce et différentiel; aussi avons-nous émis des critères de diagnostic.

2. LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

L'établissement d'un diagnostic, aussi précis que possible, repose sur la connaissance et la prise en compte de nombreux éléments, souvent de natures différentes, obtenus au cours du temps, ce qui nécessite donc une observation longitudinale, parfois longue, pour confirmer ou infirmer certains points de l'observation.

Les antécédents familiaux et personnels de l'enfant, les symptômes (à intégrer dans l'ensemble du développement de l'enfant, tant physique que psychologique, et de son évolution au cours du temps), les caractéristiques de l'environnement (familial et social) et les examens médicaux (neurologique, génétique, de la vision et de l'audition) constituent un ensemble d'éléments indispensables lors de l'établissement du diagnostic.

Un approfondissement très précis est nécessaire dans le domaine des appétences et des compétences de communication de l'enfant, de l'intelligence et des processus cognitifs supérieurs d'intégration et des caractéristiques du langage et de la parole.

2.1 Le diagnostic psychologique.

Le niveau intellectuel de l'enfant sera un critère important dans le processus du diagnostic différentiel. En effet, si l'enfant obtient un quotient intellectuel inférieur à 85 lors d'un test d'intelligence verbal (par exemple WISC-R), il est utile d'également réaliser un test non-verbal qui reflètera plus précisément les compétences de l'enfant en ne se souciant pas du biais constitué par le langage déficitaire. Cependant, il est important d'utiliser, dans un premier temps, un test verbal de type WISC-R afin de vérifier d'emblée un plus grand nombre de compétences.

Les troubles du langage oral sont parfois d'une telle ampleur qu'ils entraînent des symptômes secondaires pouvant être confondus avec un autisme infantile, une (pré)psychose ou une déficience intellectuelle. (Cependant, lorsqu'un enfant présente un quotient verbal inférieur au quotient performance en plus d'un quotient intellectuel non-verbal inférieur à 70, il est fort probable que l'enfant présente effectivement une dysphasie qui est secondaire ou associée à une déficience intellectuelle)

Par ailleurs, il est d'autant plus difficile d'établir un diagnostic que l'enfant est jeune. Il semble en effet que le diagnostic de dysphasie ne puisse être posé avec une bonne probabilité que vers l'âge de 5 ans, lorsque l'enfant est scolarisé en maternelle. Avant cela, les symptômes présentés par l'enfant peuvent évoquer des troubles d'ordre plus affectif (mutisme, retrait), psychiatrique (psychoses, ...), neurologique (surdité, autisme). Ce qui différencie cependant ces enfants d'enfants autistes ou (pré)psychotiques, est une appétence certaine à la communication.

2.2 Le diagnostic logopédique.

L'aspect de développement explique qu'un diagnostic de dysphasie ne peut être que *suspecté* à partir de l'âge de 3 ans. En effet, avant 3 ans, il est difficile d'établir un diagnostic de dysphasie, même si l'enfant n'a encore acquis aucun langage, et que, par ailleurs, il extériorise son angoisse sous forme de comportements caractériels réactionnels, susceptibles de donner lieu à des interprétations psychoaffectives abusives ou à une confusion avec une déficience intellectuelle.

L'objectif des distinctions cliniques est moins d'être « diagnostique » que thérapeutique, le diagnostic de dysphasie ne pouvant être que très rarement posé avec certitude avant l'âge de 5-6 ans. Le diagnostic devra donc toujours être prudent, reconsidéré en cours d'évolution, analysé de façon répétée et régulière, en même temps que seront évaluées par la suite les compétences d'accès au langage écrit, dont les troubles sont étroitement liés à ceux du langage parlé.

2.2.1 Le retard de langage versus les dysphasies.

Le retard de langage est compris surtout comme un retard *chronologique* dans les acquisitions langagières. Le langage évolue suivant le schéma de développement dit « normal », avec toutes ses variations individuelles, mais les productions de l'enfant correspondent à celles d'un enfant plus jeune. Le retard du langage équivaut à une perturbation d'ordre quantitatif.

D'un point de vue pronostic, le retard de langage est considéré, en principe, d'évolution favorable, le plus souvent résorbé avant l'âge de 6 ans, pour peu que l'enfant bénéficie de stimulations adéquates.

D'un point de vue thérapeutique, l'intervention dans le cadre du retard chronologique se situera dans la logique d'une progression « développementale », en aidant l'enfant à accéder peu à peu à l'échelon suivant, selon les étapes normales d'acquisition du langage.

Par contre, dans le cas d'une dysphasie, on parle non seulement d'un retard chronologique, mais aussi d'une *déviance* dans les mécanismes d'acquisition du langage. Le langage n'évolue donc pas, ou en partie seulement, suivant les étapes habituelles du développement, et se présente aussi d'une manière particulière. L'image de ce développement est non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement différente.

Dans le cadre d'une dysphasie, le langage n'est ni simplifié, ni appauvri, ni régressif. Les enfants font preuve d'un niveau verbal bas ; le langage témoigne d'une forme particulière d'organisation déficitaire.

D'un point de vue pronostic, les dysphasies représentent un déficit durable. Outre la précocité, l'intensité et le caractère ciblé de la prise en charge, il faut insister sur la qualité de l'enseignement scolaire et culturel, et du soutien familial.

Des capacités cognitives non-verbales au-dessus de la moyenne offrent à l'enfant des possibilités de suppléance efficaces; la présence de troubles associés plus ou moins importants peut, au contraire, afficher un pronostic, en règle générale, peu favorable.

D'un point de vue thérapeutique, lorsqu'on est en présence de mécanismes d'acquisition différents, il faut tenter de produire des programmes adaptés aux caractéristiques de l'enfant. Il faut trouver des stratégies de compensation par un sur-développement des systèmes préservés. La rééducation logopédique ne peut être qu'adaptative.

2.3 L'évaluation psychologique.

Il est généralement admis que l'enfant dysphasique présente une intelligence moyenne (mesurée au moyen d'un test intellectuel verbal ou non-verbal) égale ou supérieure à 85. Un groupe limite se situant entre 70 et 85 est accepté. On note qu'avec l'âge et en fonction de l'importance du trouble, l'enfant dysphasique a tendance à s'éloigner de cette moyenne avec une diminution parfois importante du quotient intellectuel.

L'évaluation intellectuelle au moyen d'un test d'intelligence générale (WISC-R, WISC III, McCarthy, WPPSI, ...) permet de décider si l'enfant présente des troubles du langage oral avec ou sans troubles associés. Ces tests d'intelligence devront ensuite être augmentés d'une évaluation instrumentale, affective et du raisonnement afin de pouvoir compléter le profil de l'enfant. Cette évaluation servira à établir un diagnostic précis ainsi qu'à mettre en place un soutien et des aides complémentaires pour l'enfant. Si le test de WISC-R montre un quotient au-delà de 85, le test de Leiter ne doit pas être réalisé car il ne pourrait apporter plus d'informations quant au fonctionnement intellectuel de l'enfant.

L'évaluation psychologique de l'enfant dysphasique révèle souvent l'existence de troubles instrumentaux, de troubles moteurs et de troubles des fonctions cognitives associés. Ainsi, les mémoires auditivo-verbale (à court et à long terme) et visuelle (à court et à long terme), le rythme, l'attention-concentration, le temps, la motricité fine (maladresse, dysgraphie, graphomotricité), les sériations et les classifications sont souvent pauvres. Plus les troubles instrumentaux associés sont nombreux et importants, plus les compétences intellectuelles de l'enfant dysphasique en seront affectées. Les tests intellectuels refléteront une intelligence plus ou moins normale en fonction du test utilisé (test verbal ou non-verbal).

On note une grande hétérogénéité du profil de l'enfant dysphasique (capacités verbales et non-verbales, fonctions instrumentales, ...) ainsi qu'au sein même du groupe des enfants dysphasiques. Ainsi, il est particulièrement difficile d'émettre un profil type de l'enfant dysphasique.

2.4 L'évaluation logopédique.

Lorsqu'on envisage une évaluation du langage, il convient de toujours garder à l'esprit l'existence des capacités de communication: comment l'enfant interagit-il avec l'interlocuteur, comment s'adapte-t-il au contexte social? Cela permet de recueillir des informations sur son comportement de communication et des aspects formels.

Les composantes « clinique » et « psychométrique » de l'évaluation linguistique serviront à affirmer ou infirmer la réalité d'un trouble, de confronter le niveau des capacités de l'enfant, qu'on est amené à examiner, avec celui qui caractérise en moyenne les enfants de sa tranche d'âge. Les résultats observés permettront d'affirmer un déficit et de préciser son degré de sévérité.

L'évaluation psychométrique portera sur les axes pratique, phonologique, sémantique et syntaxique. Le bilan des compétences linguistiques veillera à explorer la réalisation et la compréhension du message verbal en termes de ces différents axes. Le contenu d'un discours, sa fluidité, le débit, la longueur des propositions, la quantité d'information, la qualité et la variété du vocabulaire, l'élaboration syntaxique, le manque du mot, les persévérations, ... sont des éléments qui doivent être pris en compte, de même que les troubles moteurs des organes phonateurs, l'apraxie et les dyspraxies, les troubles de la parole.

L'observation clinique, quant à elle, visera à recueillir des informations sur l'axe pragmatique et le comportement de communication. Le bilan *quantitatif*, constitué de tests étalonnés, permettra de situer l'enfant par rapport à sa classe d'âge dans les secteurs préservés, d'affirmer la pathologie dans les secteurs suspects, de comparer entre elles les performances de l'enfant dans les différents secteurs cognitifs, et donc d'objectiver d'éventuelles dissociations, dont la valeur diagnostique est centrale. Le bilan *qualitatif*, très clinique, cherche à analyser comment l'enfant construit son langage et comment il utilise son langage fragmentaire dans ses efforts de communication; il spécifie le type de déviations, leur nature et leur intensité.

3. LES ANALYSES STATISTIQUES

Dans l'échantillon observé, seuls les enfants âgés de plus de 6 ans ont été retenus pour l'analyse statistique étant donné que les évaluations linguistique et psychologique n'étaient pas complètes pour les enfants de moins de 6 ans (plusieurs tests n'ayant pu être réalisés). Nous avons donc retenu 29 enfants sur 32, âgés de 7 ans 2 mois à 17 ans 5 mois (moyenne d'âge de 11 ans 5 mois).

3.1 Analyses statistiques des données psychologiques.

Au moyen d'analyses statistiques nous avons cherché à comprendre pourquoi une grande partie des enfants dysphasiques de notre échantillon présentait une chute des compétences intellectuelles ainsi que des difficultés scolaires importantes, persistantes et rétives. Cette démarche statistique nous a permis de mieux définir les circonstances dans lesquelles les troubles associés apparaissent. Cela nous a également donné l'occasion de comprendre comment l'enfant fait face à la dysphasie en fonction du nombre et de la nature des troubles associés qu'il présente, ainsi que de ses compétences propres. Dans cette optique, nous avons créé des groupes en fonction du critère d'intelligence. C'est le quotient intellectuel non-verbal du test de Leiter qui a été utilisé comme critère, plutôt que le quotient intellectuel du test de WISC-R, qui, de par sa nature verbale, ne reflète pas toujours le potentiel réel de ces enfants. Trois groupes se dégagent, suite à l'intégration du critère d'intelligence :

1. Le premier groupe, composé de 14 enfants, est défini par un QI égal ou supérieur à 85 au test d'intelligence non-verbal de Leiter. Ce groupe, dont les troubles associés sont peu nombreux, présente une dysphasie « limitée ».
2. Le deuxième groupe, composé de 7 enfants, est défini par un QI entre 70 et 85 au test d'intelligence non-verbal de Leiter. Ce groupe, dont les troubles associés sont nombreux et handicapants, présente une dysphasie « associée ».
3. Le troisième groupe, composé de 8 enfants, est défini par un QI en dessous de 70 au test d'intelligence non-verbal de Leiter. Ce groupe, dont les capacités intellectuelles sont très faibles, présente une dysphasie « secondaire ».

L'étude statistique comparative entre ces trois groupes permet de cerner les spécificités de chacun d'eux et, en fonction de celles-ci, de retenir les tests à utiliser en priorité lors de l'évaluation d'un enfant chez lequel l'on soupçonne une dysphasie. Le fait de mettre en évidence les spécificités de chacun des groupes permettra aussi la mise en place d'aides complémentaires plus adaptées et d'interventions pédagogiques plus à propos.

L'analyse statistique indique dans quel ordre réaliser les tests et comment les mettre en rapport les uns avec les autres pour déterminer le(s) problème(s) prioritaire(s). Tous les groupes

présentent des troubles instrumentaux associés. Or, certains en présentent plus que d'autres. Chacune des dysphasies décrites plus haut peut servir de modèle et faciliter ainsi les pistes de diagnostic. Les trois groupes se distinguent en fonction de résultats différents obtenus aux tests instrumentaux, de raisonnement et psychoaffectifs.

Si l'enfant obtient un quotient intellectuel à l'échelle d'intelligence de Wechsler égal ou supérieur à 85, on est face à un sujet normalement doué dont les troubles du langage forment un handicap plus ou moins important, mais qui ne sont pas alourdis par des troubles cognitifs et instrumentaux connexes. Chez un enfant qui obtient un quotient intellectuel verbal inférieur à 85, par contre, il sera nécessaire de vérifier le degré potentiel d'intelligence au moyen d'un test non-verbal (Leiter). Cette deuxième approche permettra une analyse plus fine.

Un quotient intellectuel égal ou supérieur à 85 à un test d'intelligence non-verbal (Leiter) indique que le sujet a une intelligence normale avec, toutefois, des troubles associés importants et envahissants. On pourrait dire que le Wechsler témoigne du rendement intellectuel, alors que le Leiter rend compte du potentiel intellectuel. Les tests d'intelligence devront être augmentés d'une évaluation instrumentale, affective et du raisonnement afin de pouvoir compléter le profil de l'enfant. Cette évaluation servira à établir un diagnostic précis ainsi qu'à mettre en place un soutien et des aides complémentaires spécifiques.

Le diagnostic sera plus difficile à poser chez un enfant qui obtient un quotient intellectuel non-verbal entre 70 et 85, car il pourrait, à tort, être assimilé à un enfant à intelligence déficitaire. Les marqueurs de déviance prennent ici toute leur importance. On notera que ce qui différencie essentiellement les enfants du deuxième groupe de ceux du troisième groupe au niveau instrumental, est leur connaissance des notions temporelles.

Un quotient intellectuel non-verbal inférieur à 70, avec, parfois, un profil dysharmonique à l'avantage du quotient verbal, permet de conclure à un trouble du langage oral secondaire à une déficience intellectuelle.

Bien que les trois groupes se différencient par des quotients intellectuels significativement différents, il n'y a pas d'éléments au niveau des tests d'intelligence qui permettent de conclure définitivement à la présence ou à l'absence d'une dysphasie.

Les sujets du premier groupe se démarquent des deux autres groupes par de meilleures performances pour un nombre de fonctions instrumentales: la mémoire visuelle à court terme, l'analyse visuo-perceptive, l'organisation grapho-spatiale, les connaissances de la latéralité, les connaissances temporelles, le rythme de travail. Grâce au bon fonctionnement de ces instruments, ces enfants ont des possibilités de compensation (principalement par le canal visuel). Par contre, ils présentent, eux aussi, des déficits d'autres fonctions instrumentales: la mémoire visuelle à long terme, la mémoire auditive à court et à long terme, la reproduction de rythmes, l'attention-concentration.

La mémoire visuelle à court terme (évaluée au moyen d'un test de reconnaissance visuelle immédiate à choix multiple) et la dysphasie ne semblent pas liées. Il s'agit d'un facteur instrumental indépendant qui devrait être évalué dans une optique d'aide individualisée adaptée aux besoins de l'enfant : si l'enfant a de bonnes aptitudes mnésiques visuelles à court terme, on peut envisager d'utiliser ce canal dans les apprentissages.

Pour le deuxième et le troisième groupes, les fonctions instrumentales de mémoire visuelle à long terme, de mémoire auditive à court terme, de perception visuelle, d'organisation grapho-spatiale, des connaissances de la latéralité et du rythme, ne révèlent pas de différences significatives. Ainsi, les enfants du deuxième groupe pourraient être assimilés, à tort, aux enfants du troisième groupe. Par exemple, d'un point de vue qualitatif, les difficultés pratiques que présentent les enfants du deuxième groupe les rapprochent des enfants du troisième groupe car ils ne disposent pas des outils qui leur permettraient de détailler leur imagination. Leurs limitations graphique et constructivo-praxique appauvrissent leurs élans imaginatifs. Dès lors, il convient de mettre les résultats des fonctions instrumentales en rapport avec les résultats obtenus aux tests d'intelligence (verbal et non-verbal), aux tests psychoaffectifs, aux tests de raisonnement et aux tests de langage.

Il existe une corrélation entre les tests d'intelligence et les tâches de classification, de sériation et d'encastrement qui mesurent le raisonnement opératoire des enfants. Il semblerait que, lorsqu'un enfant obtient des résultats inférieurs à la moyenne à chacune de ces tâches, on puisse éliminer l'hypothèse du diagnostic de dysphasie. Effectivement, les sujets du troisième groupe ont de mauvaises compétences de sériation et d'encastrement. Les sujets du deuxième groupe, par contre, réussissent assez bien les encastrements car la mise en séquence et la relation d'ordre sont des opérations que ces sujets ont intégrées.

Au niveau des pathologies neurologiques, les enfants du troisième groupe présentent des pathologies importantes que les enfants des deux autres groupes ne présentent pas. Les problèmes organiques des enfants du premier groupe, par exemple, se limitent, en général, à des troubles périphériques et à des dysfonctionnements neurologiques de type fonctionnel.

Les tests psychoaffectifs permettent le mieux de différencier les trois groupes. Ainsi, les sujets du premier et du deuxième groupes présentent des résultats similaires au niveau de la productivité de leur imagination ainsi que de l'aspect dynamique (c'est-à-dire les liens entre les personnages, les commentaires, les dialogues, ...) et s'éloignent des résultats obtenus par les enfants du troisième groupe.

En conclusion, la présence de troubles du langage oral associés à un quotient intellectuel au-dessus de 85 au test de Leiter et une série de troubles instrumentaux, suggère la présence éventuelle d'un trouble de type dysphasique. Par contre, tout autre cas de figure nécessite la référence à des tests supplémentaires car les tests intellectuels et instrumentaux seuls ne suffisent pas pour conclure à la présence ou à l'absence d'une dysphasie. Le raisonnement à tenir pour le diagnostic différentiel est séquentiel et impose donc la passation de nombreux tests dont les résultats devront être combinés et comparés entre eux. Seuls quelques cas permettent de poser un diagnostic immédiat.

3.2 Analyses statistiques des données logopédiques.

Pour réaliser notre analyse statistique, nous avons observé les résultats dans les axes pratique, phonologique, sémantique, et syntaxique. Pour chacun de ces axes, plusieurs critères ont été évalués.

3.2.1 Les tests praxiques.

L'analyse des différents éléments praxiques repris dans l'évaluation met en évidence qu'il existe des liens significatifs pour tous les types de dysphasies (voir Rapin et Allen, 1988). En effet, on a pu constater que la majorité des enfants présente une dyspraxie orale, associée le plus souvent à une hypotonie orale ainsi qu'à une dissociation automatico-volontaire. Par conséquent, lorsqu'on suspecte une dysphasie, il faut faire passer des épreuves praxiques et observer la sphère orale de l'enfant afin de déterminer le tonus et la possibilité d'effectuer des mouvements volontaires.

3.2.2 Les tests phonologiques.

La majorité des enfants de notre échantillon présente des troubles phonologiques importants qui entravent l'intelligibilité du discours.

Ces « distorsions » phonologiques se retrouvent tant aux épreuves de dénomination de mots qu'aux épreuves de répétition de mots. Ceci indique qu'un support oral fourni au préalable à l'enfant ne l'aide pas à corriger sa phonologie. Les difficultés phonologiques se retrouvent donc aussi bien en contexte induit qu'en contexte de répétition. On observe que les difficultés phonologiques retrouvées en situation de dénomination et de répétition sont d'autant plus importantes que les mots à reproduire sont longs. Des tests phonologiques en situation de dénomination et de répétition doivent donc être administrés, d'une part, afin de déterminer si l'enfant présente bien des troubles phonologiques, et, d'autre part, afin d'en juger les déformations.

3.2.3 Les tests sémantiques.

La majorité des enfants de l'échantillon présente un manque du mot ainsi qu'une lenteur d'évocation. Ce manque du mot a tendance à diminuer la quantité d'information contenue dans un énoncé. Lorsque l'axe sémantique est évalué, il faut donc savoir que les difficultés les plus présentes chez les enfants dysphasiques sont mises en évidence grâce aux tests de vocabulaire (dénomination, désignation) et de fluence verbale (afin de mettre en évidence un éventuel manque du mot ou une éventuelle lenteur ou un trouble de l'évocation). Il faut également administrer des épreuves de métalangage (par exemple: une tâche de définitions verbales) afin de juger de la capacité de l'enfant à « utiliser » le langage. Par ce biais, l'examineur pourra juger de la quantité d'information contenue dans l'énoncé et des moyens de compensation éventuels mis en place par l'enfant.

3.2.4 Les tests syntaxiques.

On a pu constater que les enfants dysphasiques qui éprouvent des difficultés de compréhension orale éprouvent également des difficultés à exprimer leurs pensées. Il est nécessaire pour ces enfants de répéter les consignes : ceci améliore leur habilité à répondre correctement et à comprendre adéquatement le sens de la consigne.

Les difficultés d'expression orale entraînent l'utilisation de phrases courtes et simples sur le plan syntaxique.

On note la présence d'un long délai avant de répondre chez des enfants dysphasiques ayant des difficultés à exprimer leurs pensées et ne comprenant pas d'emblée les consignes orales données. Pour tous les enfants ayant des troubles de la compréhension orale, un support imagé permet d'améliorer considérablement leur compréhension.

Tous les enfants dysphasiques de l'échantillon, notamment ceux qui s'expriment avec des phrases courtes, éprouvent des difficultés à utiliser la voix passive. On retrouve également des difficultés significatives à l'utilisation des déterminants, des formes verbales, des prépositions, et des pronoms personnels. Cela après l'âge de 6 ans.

Pour juger des performances syntaxiques d'un enfant, il faudra donc veiller à évaluer les compétences syntaxiques en situation d'expression et de compréhension orale. L'évaluation se fera oralement mais aussi sur base d'images ; ceci afin de déterminer la qualité de la compréhension. Chaque item donné oralement à l'enfant devra être émis lentement.

3.3 Conclusions des analyses statistiques psychologiques et logopédiques.

Les analyses statistiques indiquent qu'un diagnostic de dysphasie doit toujours être posé avec une extrême prudence, car ce diagnostic aura des répercussions, non seulement sur la prise en charge à donner à l'enfant, mais également sur son orientation scolaire. L'étude montre qu'une orientation scolaire doit se faire sur base de plusieurs critères : la nature et le degré de sévérité du trouble du langage, l'intelligence, l'importance des troubles associés. L'orientation demande un examen minutieux qui se fera au cas par cas. Il faudra considérer chaque critère (intellectuel, instrumental, linguistique) afin que l'orientation et la prise en charge puissent être réalisées dans des conditions optimales.

On constate que pour les enfants qui présentent des tableaux « lourds », avec une dysphasie sévère, un quotient intellectuel faible et des troubles instrumentaux importants, on a tendance à émettre un pronostic réservé.

4. LES MARQUEURS DE DEVIANCE

4.1 Les marqueurs de déviance psychologiques.

Les marqueurs de déviance de la dysphasie sont un ensemble de troubles associés qui ne sont toutefois pas toujours spécifiques et uniques à la dysphasie et varieront en fonction de la dysphasie présentée par l'enfant ainsi que de ses ressources personnelles.

Ainsi, on retrouve :

- des troubles de la mémoire auditivo-verbale à court et à long terme,
- des troubles de l'analyse visuo-perceptive,
- des troubles de la reproduction de rythmes proposés auditivement,
- des troubles de l'attention-concentration,
- une pensée de niveau opératoire concret pour la plupart des sujets; ils ont donc besoin de réaliser de nombreuses manipulations,
- de l'hyperactivité,
- un fonctionnement psychoaffectif adéquat mais appauvri à cause des aspects formels (difficultés de représentation et troubles constructivo-praxiques),
- des difficultés à initier des relations, principalement avec des pairs,
- des relations de dépendance,
- une immaturité affective,
- une angoisse de séparation, angoisse de mort, ...,
- des phobies,
- une pensée rigide.

4.2 Les marqueurs de déviance linguistiques.

Les marqueurs de déviance linguistiques sont prépondérants par rapport aux marqueurs psychologiques, car spécifiques à la dysphasie.

- Manifestations cliniques praxiques : dyspraxie des mouvements bucco-linguo-faciaux, hypotonie bucco-linguo-faciale.
- Manifestations cliniques phonologiques : le manque d'intelligibilité de l'enfant, l'influence de la longueur des mots, la présence de dyslalies.
- Manifestations cliniques sémantiques : le manque du mot, les troubles de l'évocation, l'utilisation de paraphrasies sémantiques, le manque d'informativité, l'utilisation de « mots fourre-tout », l'utilisation de gestes, la supériorité du lexique passif sur le vocabulaire actif.
- Manifestations cliniques syntaxiques : la compréhension reste meilleure que l'expression, la présence d'un langage télégraphique, les difficultés à exprimer ses pensées, la nécessité d'un support imagé, la nécessité de la répétition, l'utilisation de phrases minimales, les difficultés à accéder aux règles morpho-syntaxiques, l'incompétence à manier les flexions verbales, les difficultés avec les déterminants, les difficultés avec les pronoms personnels, les difficultés avec la voix passive.

5. LA PEDAGOGIE DE L'ENFANT DYSPHASIQUE

5.1 Les classes de langage.

Etant donné que l'enfant dysphasique ne peut se fier à sa perception du langage oral pour transférer ses connaissances implicites au langage écrit, ce dernier nécessite un apprentissage explicite. Dès lors, en classe de langage, contrairement aux classes d'enseignement spécial du type 8, les moyens utilisés pour accéder aux apprentissages ne s'appuient pas sur le langage oral et tentent de le contourner. On propose aux enfants dysphasiques une approche visuo-graphique où la trace mnésique visuelle du mot et sa sémantique leur permettent d'éviter de faire des erreurs. Les représentations auditives sont remplacées par des représentations visuelles et kinesthésiques : chaque lettre (ou son) a son correspondant kinesthésique. Par exemple, dans la méthode de Borel-Maisonny, le phonème « oi » est représenté par le chien qui aboie, alors que dans l'approche visuo-graphique le « oi » est représenté par le geste du graphème « o » suivi du geste du graphème « i » : la représentation est donc visuelle alors que le phonème « oi » est auditif.

Les classes de langage tentent d'offrir un enseignement individuel et personnalisé à chacun des enfants car le rythme d'apprentissage est très différent pour chacun d'entre eux.

5.2 Progression de la lecture chez sept enfants dysphasiques.

Nous avons suivi pendant deux années scolaires (Le Point sur la Recherche en Education n° 18, décembre 2000) un échantillon d'enfants dysphasiques fréquentant les classes primaires de langage de l'école du Merlo (Uccle) et les classes secondaires de langage de l'école Edmond Peeters (Ixelles) dans le but de les faire progresser en lecture.

A partir de leurs niveaux d'acquisition respectifs, des tâches leur ont été proposées afin de les motiver à utiliser d'autres stratégies. Ces tâches répondaient à trois critères :

1. la prise de conscience des mécanismes de lecture à utiliser,
2. la prise de conscience des erreurs commises,
3. l'utilisation de stratégies facilitatrices.

Les tâches efficaces ont ensuite servi à proposer des aides complémentaires personnalisées.

L'évolution des enfants nous a permis de cibler les stratégies d'aide à mettre en œuvre pour chaque cas. Certaines de ces tâches pourront toutefois être utilisées avec une partie plus importante de la population des enfants dysphasiques, l'acquisition de la lecture exigeant le passage par certaines étapes communes.

Au terme de ces deux années, la plupart des enfants ont progressé au niveau de la lecture. Ainsi, la réussite de certains enfants vient appuyer l'utilité d'une pédagogie adaptée. La progression plus lente de certains d'entre eux indique la nécessité de pouvoir prolonger d'un à deux ans l'apprentissage de la lecture dans le cycle primaire. Un enfant, par contre, a échoué car, après 7 années d'enseignement primaire en classe de langage, il ne lit toujours pas.

5.3 Aides complémentaires pour l'apprentissage de la lecture.

Afin d'aider l'accès à la lecture, différentes stratégies ont été imaginées. Dans le cadre de notre recherche, les aides complémentaires proposées ne s'intéressent qu'à la lecture. L'apprentissage de la lecture est fondamental pour les enfants dysphasiques car il permet l'amélioration du langage oral et de la compréhension : la représentation écrite des mots est le seul moyen efficace pour maintenir en mémoire un nombre de mots et, ainsi, accroître le vocabulaire et la compréhension. De plus, comme la mémoire phonologique est souvent atteinte, la forme écrite aide à « fixer » le mot dans le lexique.

5.3.1 Les aides complémentaires pour la phonologie.

L'axe phonologique est toujours atteint chez les enfants dysphasiques, particulièrement au niveau de la production. Les erreurs commises rendent l'enfant dysphasique parfois incompréhensible. Les enfants décrits éprouvent également des difficultés de réception et de traitement de l'information phonologique. Ces difficultés de réception et de traitement rendent leur compréhension de messages verbaux et l'apprentissage de la lecture parfois très difficiles. Pour aider l'enfant dysphasique dans le traitement phonologique, il faut accompagner la phonologie d'autres outils, dont les gestes. Un code gestuel qui « traduit » le système phonologique doit donc être proposé.

Par exemple, l'utilisation de gestes différenciant clairement les phonèmes proches (par exemple : p/b, t/d, ...) permettrait une meilleure prise de conscience des différences et des nuances et éviterait ainsi les confusions phonologiques. En utilisant les gestes, l'enfant tente d'adapter son articulation et sa prononciation aux gestes ; cela lui permet d'améliorer sa prononciation ou du moins de la rendre plus différenciée.

L'entraînement doit commencer par des mots courts et, si possible, qui ont du sens pour les enfants. Il ne faut pas hésiter à introduire précocement des mots qui prêtent à confusion (exemple bébé-pépé), à condition que ceux-ci soient familiers et introduits selon une logique progressive. Les gestes amplifient les contrastes.

Il est conseillé de partir de l'erreur phonologique de l'enfant et d'accentuer avec les gestes ce qu'il devrait faire. Il est recommandé de toujours corriger l'enfant au moyen de gestes ou par écrit, plutôt qu'en prononçant uniquement le mot correctement.

Dans les cas de confusions (les plus fréquentes étant « b-p », « t-d », « c -g », « ch-g »), l'utilisation des gestes va accentuer la différence, renforcer la bonne représentation orthographique dans le lexique, éviter des confusions de sens et faciliter l'évocation du mot. Parfois, le simple fait de réaliser le geste du phonème qui prête à confusion en présence du mot écrit, permet d'éviter

l'erreur de sens et parfois même de prononciation. Dans le sens inverse, en présence de l'image ou d'un texte qui demande l'évocation du mot, le fait de marquer le phonème problématique par le geste évite les erreurs d'orthographe. L'évitement des fautes d'orthographe est fondamental chez ces enfants qui ont un lexique orthographique fragile dans lequel l'erreur pourrait rester mémorisée et être traitée comme un mot existant.

La méthode d'apprentissage de la lecture doit être une méthode progressive/constructive. Comme ces enfants ont des difficultés de mémorisation, l'utilisation d'une telle méthode présente des avantages. A l'occasion de l'utilisation de mots courts, qui deviendront graduellement de plus en plus longs, l'empan visuel va s'accroître progressivement. Un avantage supplémentaire d'une telle méthode est l'extension progressive qui est proposée à partir de morphèmes déjà connus et fréquemment utilisés. Pour ces enfants, l'utilisation fréquente de mêmes morphèmes constitue un exercice de répétition qui améliore la prononciation. Une telle méthode préfère le déchiffrement par syllabes.

Pour certains enfants, on peut débloquent une situation de confusion phonologique en ayant recours à un contexte sémantique. Ces enfants sont conscients de leur trouble phonologique. Dès lors ils court-circuitent la récupération du mot par l'accès phonologique et créent un lien direct entre la sémantique (sens) et la représentation orthographique du mot. Certains de ces enfants dysphasiques remplacent des mots à lire par des synonymes pour éviter de commettre des erreurs phonologiques : le sens est respecté, mais il ne correspond pas à la représentation orthographique du mot proposé.

5.3.2 Priorité du lexique orthographique.

Les enfants dysphasiques ont une phonologie si perturbée qu'ils ne peuvent uniquement se baser sur leur phonologie pour constituer un lexique. L'apprentissage des mots doit donc toujours se faire par écrit. En présentant les mots sous leur forme écrite et en répétant fréquemment ces mots appris, la mémoire orthographique est sollicitée et le lexique orthographique se construit. Il semble que ce ne sont pas tant les modalités d'apprentissage qui importent, mais bien la fréquence des répétitions (ou des reproductions) et le laps de temps écoulé entre la première rencontre avec le mot et ses reproductions ultérieures. Les reproductions faites de mémoire à court terme sont généralement meilleures que les reproductions de mémoire à long terme. Ces exercices visent à permettre à l'enfant de voir le mot « écrit dans sa tête » lorsqu'il doit l'évoquer.

5.3.3 L'importance de la compréhension de phrases.

Pour aborder la compréhension de phrases chez de mauvais lecteurs, une stratégie utile consiste à se baser sur des scènes visuelles motivantes : par exemple des photos qui se rapportent à des expériences vécues par le sujet, un livre imagé ou un film que le sujet a aimé.

On propose au sujet, à partir d'un choix multiple, de choisir une image. Ensuite, on lui demande de commenter l'image. L'adulte écrit, dans un style simple, les propos de l'enfant. On fait usage de techniques d'association d'indices visuels pour la rédaction de ce texte ; on crée des liens de ressemblance entre les images et les mots écrits. De cette façon, on « déguise » en quelque sorte le mot pour qu'il fasse penser à l'image (par exemple : ressemblance de couleurs, ressemblance quantitative). Ceci permet aux mauvais lecteurs de reconnaître des mots qu'ils ne savent pas lire, tout en évitant qu'ils les devinent en introduisant des erreurs. L'étape suivante consiste à écrire de mémoire quelques mots et à les relire plusieurs fois.

Pour les enfants qui ont une lecture plus performante, on pose des questions sur le texte rédigé à partir de leur production orale. Une étape supplémentaire consiste à proposer des tâches de jugement sémantique, des tâches dans lesquelles des parties de phrases sont à remplacer (avec des indices grammaticaux) et des tâches d'imitation de phrases modèles ; cela se fera toujours en présence des images.

5.3.4 L'apprentissage de la grammaire et de la syntaxe.

On propose le même type d'exercices que ceux utilisés pour l'apprentissage de la compréhension. D'autres exercices, plus spécifiques, sont à introduire afin de cibler davantage les acquisitions grammaticales.

L'objectif est double : exercer la compréhension pour permettre le transfert et la généralisation des règles grammaticales, et mettre l'enfant en situation réelle afin que ces règles soient appliquées.

L'apprentissage de la grammaire et de la syntaxe doit se faire graduellement : au début les exemples sont simples et courts, constitués de mots connus par l'enfant, ce qui évite les difficultés de compréhension. Il est important de documenter les phrases d'images, de mimes et de dialogues.

5.3.5 Le passage à l'écrit.

Le passage à l'écrit spontané, mis à part la copie, ne doit être proposé que tardivement aux enfants dysphasiques. La production verbale ne pourra être sollicitée qu'après la compréhension de phrases et l'acquisition de certaines règles de grammaire et de syntaxe. D'eux-mêmes, les enfants dysphasiques ne génèrent pas de phrases; il faut donc leur apporter cette faculté par un passage obligatoire de reproduction de phrases, basée sur des modèles, appris en classe. Les exercices de reproduction les forcent à utiliser la syntaxe et la grammaire des modèles. Même s'ils ne font pas appel à un réflexe linguistique, ils utilisent, de mémoire, la grammaire et la syntaxe. Pour éviter une dysorthographe, on limite la production écrite spontanée, en amorçant le passage à l'écrit par un contexte donné. On peut laisser les mots de la phrase à la disposition de l'enfant soit en les disposant dans l'ordre ou le désordre, soit en changeant les indices grammaticaux (de façon invariable, conjuguée, accordée etc.). Ultérieurement, à la suite de la lecture d'un texte, on peut inviter l'enfant à écrire des phrases en répondant aux questions au sujet d'un texte.

5.3.6 Pour faciliter l'acquisition de la fusion.

Le mécanisme de fusion ne s'acquiert pas automatiquement et il faut le démontrer par divers moyens, tels les tableaux à double entrée, des jeux qui mettent en scène deux membres d'une famille qui se réunissent, etc.

5.3.7 Pour faciliter le décodage.

Pour faciliter la lecture il faut privilégier le décodage syllabique. La lecture syllabique implique à la fois la maîtrise du mécanisme de fusion et celle du mécanisme de segmentation. Par un jeu de fusion d'éléments en unités linguistiques plus grandes et de segmentation d'unités trop vastes en unités linguistiques analysables, l'accès au décodage, à la lecture et au sens, est rendu possible. Ce n'est que par ce jeu de fusion et de segmentation que la lecture pourra être fluide. Ainsi, on propose des tableaux à double entrée, dans lesquelles l'enfant doit compléter une liste de mots, en y ajoutant soit les préfixes, soit les suffixes.

Afin d'intégrer ce jeu alterné de mécanismes de fusion et de syllabation, il faut que les gestes réalisés par l'enseignant, surtout quand il s'agit d'un nouveau mot, soient effectués dans un rythme et selon une disposition spatiale qui mime la graphie du mot. La disposition spatiale est linéaire et divisée en trois. La partie médiane, qui correspond à la coupure syllabique, est représentée par l'axe central du corps ; la partie gauche de l'axe central du corps et les gestes effectués avec la main gauche représentent -en fonction de la longueur du mot- le début du mot ; la partie droite de l'axe central du corps et les gestes effectués avec la main droite représentent -en fonction de la longueur du mot- la fin du mot. Le rythme est plus rapide entre les lettres *au sein de la même syllabe* et moins rapide *entre les syllabes*. Par exemple, pour le mot « ami », il faut faire les gestes de la façon suivante : on fait le geste du « a » de la main gauche (à gauche de l'axe central du corps), on fait le geste du « m » de la main droite (dans l'axe médian) et le geste du « i » avec la main droite (à droite de l'axe central du corps). Le temps entre les gestes du « m » et du « i » est plus court qu'entre le « a » et « m » pour indiquer la syllabation « a-mi ». Le fait de faire les lettres « m » et « i » de la même main renforce encore la syllabation. Commencer par la main gauche et faire les gestes en allant de gauche à droite rappelle aux enfants le sens de l'écriture et de la lecture. Demander aux enfants d'écrire les mots en les segmentant en syllabes est une précaution utile pour éviter des erreurs de régularisation : par exemple, « a-na-nas », qui pourrait facilement être segmenté en « an-an-as », si l'on utilise que les gestes sans tenir compte de la syllabation.

L'introduction des activités de chant et de danse en classe serait très bénéfique pour appréhender le rythme des mots et des phrases et aiderait à acquérir les mécanismes de syllabation et de fusion.

5.3.8 Pour faciliter la compréhension par l'enfant.

L'enfant dysphasique qui éprouve des difficultés d'expression orale, présente également des troubles de la compréhension, même si ceux-ci apparaissent dans une moindre mesure. Il est, dès lors, recommandé d'adapter son discours afin de permettre à l'enfant de saisir au mieux un message verbal. Voici quelques recommandations d'attitude à adopter avec ces enfants :

Les stratégies verbales :

- ralentir le débit,
- augmenter la redondance : paraphrases, synonymes, exemples, répétitions, ...,
- parler de ce qui se trouve dans l'entourage immédiat,

- contrôler l'intonation,
- formuler des phrases courtes, en mimant simultanément,
- introduire les phrases plus compliquées au fur et à mesure que l'enfant devient plus compétent.

Les stratégies non-verbales :

- développer et utiliser la gestualité et le langage du corps,
- enrichir le message verbal avec des dessins, des films, des images, des mimes...,
- ne pas vouloir contrarier le langage lorsqu'il devient un outil de communication,
- préférer l'humour visuel.

A éviter :

- bombarder l'enfant d'explications,
- les jeux de mots.

Les stratégies de contrôle de la compréhension :

- laisser le temps à l'enfant de comprendre la question et de formuler une réponse,
- répéter ce que l'enfant a dit en structurant la réponse.

5.4 Questionnaire adressé aux écoles et Centres PMS.

Des questionnaires ont été adressés aux écoles et Centres PMS prenant en charge les enfants dysphasiques. L'objectif des questionnaires était multiple : recenser les écoles et les centres PMS qui ont une activité spécialisée pour les enfants dysphasiques,

- voir s'il existe des points communs de prise en charge entre les différentes institutions,
- proposer une mise en commun de l'organisation, des stratégies et des interventions,
- relever les points flous et les manquements pour mieux répondre aux besoins des enfants.

5.4.1 Réponses des écoles.

La définition retenue par le personnel des écoles est celle d'un trouble spécifique du langage plus ou moins sévère touchant l'expression et/ou la compréhension. Le langage se développe tard et s'élabore mal. Pour certains, il s'agit d'un trouble affectant principalement le langage oral, pour d'autres de difficultés de communication verbale, pour d'autres encore d'une incapacité à maîtriser leur langue maternelle.

Les enfants dysphasiques sont décrits comme ne parlant pas ou peu. Ils n'ont pas de troubles de l'audition, pas de troubles émotionnels importants ou primaires, pas de déficience mentale sévère. Une grande importance est accordée aux troubles associés que l'on trouve systématiquement.

Les difficultés pédagogiques rapportées sont les compétences et les niveaux de lecture très variés (et souvent problématiques pendant une longue période de leur scolarité), l'apprentissage du code gestuel parfois pénible, le calcul qui reste difficile malgré l'utilisation de supports concrets, un nonaccès à une pensée abstraite et hypothético-déductive, des difficultés de transfert.

L'utilisation de la mimogestualité et de moyens visuels est, pour la majorité des enseignants et paramédicaux, un des aménagements pédagogiques indispensables et efficaces. L'enseignant doit utiliser des phrases courtes, simples et concrètes, il doit en permanence s'assurer de la compréhension de chacun. L'enseignement doit être individualisé, adapté au niveau, aux compétences et aux canaux préférentiels de l'élève, avec la possibilité de voir l'élève seul. Ces aménagements rassurent et valorisent l'enfant dysphasique. Il apparaît également que les enfants dysphasiques expriment une préférence pour se retrouver entre eux.

De telles exigences scolaires ralentissent l'enseignement et rendent l'élève souvent dépendant de son enseignant ou de l'adulte qui l'aide.

En primaire, ces élèves ont une attirance pour des travaux manuels structurés. Ceux-ci devraient être davantage proposés aux enfants afin de leur éviter trop de peine aux ateliers de l'enseignement professionnel secondaire.

6. CONCLUSIONS

A la lumière des données recueillies antérieurement ainsi que de l'évolution des enfants et des évaluations actuelles, nous avons recensé et précisé les critères du diagnostic de la dysphasie d'un point de vue linguistique et psychologique.

Poser un diagnostic est essentiel pour la tâche complexe qu'est l'établissement du profil type de l'enfant dysphasique et la prise en charge thérapeutique qui doit être proposée. Etape finale d'un long processus de recueil d'informations, le diagnostic doit faire l'objet d'évaluations continues et répétées car il est au départ de décisions importantes pour l'encadrement futur et la prise en charge thérapeutique de l'enfant qui présente un trouble de langage.

La demande accrue faite par les professionnels de posséder des outils qui leur permettent de poser le diagnostic le plus précocement possible a été confirmée au travers de questionnaires qui leur ont été adressés, ainsi qu'au travers de nos rencontres.

Les difficultés rencontrées lors d'un diagnostic précoce exigent que le langage soit replacé dans un contexte plus global et que soit analysé l'ensemble des émergences de l'enfant : motricité globale et motricité fine, interactions affectives, comportement social, développement cognitif, symbolisme.

De plus, la complexité de la réalité linguistique impose une évaluation comportant nécessairement deux volets complémentaires : un volet « clinique » et un volet « psychométrique ».

Pour établir un diagnostic différentiel, il est essentiel de pouvoir se référer à un nombre suffisamment important de critères, tant positifs que négatifs. Dans le cas de la dysphasie, les critères d'exclusion, trop peu nombreux, se sont vus augmentés de critères positifs d'inclusion.

Au travers d'analyses statistiques, nous avons précisé des marqueurs de déviance qui constituent l'ensemble des anomalies langagières et cognitives caractéristiques de l'enfant dysphasique. La mise en évidence de ces marqueurs de déviance, ou leur absence, constitue une démarche indispensable à l'établissement du diagnostic.

En outre, notre analyse statistique indique l'ordre dans lequel réaliser les tests et comment les mettre en rapport les uns avec les autres pour déterminer le(s) problème(s) prioritaire(s). Il apparaît que tous les enfants de l'échantillon présentent des troubles instrumentaux associés qui ont des répercussions sur leur rythme d'apprentissage : ils ont tendance à les ralentir et à augmenter leur fatigabilité. Certains présentent plus de troubles instrumentaux que d'autres. C'est pour cette raison qu'il nous a semblé utile de proposer la nomenclature suivante : dysphasie « limitée », dysphasie « associée » et dysphasie « secondaire ». Ces trois groupes se distinguent en fonction de l'obtention de résultats différents aux tests instrumentaux, psychoaffectifs et de raisonnement. Ils peuvent servir de modèle et, ainsi, faciliter les pistes de diagnostic et de prise en charge.

Des troubles du langage oral associés à un quotient intellectuel au-dessus de 85 au test de Leiter (test d'intelligence non-verbal) et à des troubles instrumentaux, suggèrent la présence éventuelle d'un trouble de type dysphasique. Par contre, tout autre cas de figure nécessite la référence à des tests supplémentaires plus spécifiques, car les tests intellectuels et instrumentaux seuls ne suffisent pas pour conclure à la présence ou à l'absence d'une dysphasie.

Les analyses statistiques indiquent qu'un diagnostic de dysphasie doit toujours être posé avec une extrême prudence car ce diagnostic aura non seulement des répercussions sur la prise en charge à donner à l'enfant, mais également sur son orientation scolaire. L'étude montre qu'une orientation scolaire doit se faire sur base de plusieurs critères, tels la nature et le degré de sévérité du trouble du langage, l'intelligence, et l'importance des troubles associés.

De même pour l'évaluation du langage, il faut vérifier les axes pragmatique, praxique, phonologique, sémantique et syntaxique, tant du point de vue quantitatif que qualitatif et, surtout, répéter les évaluations au delà de 6 ans, afin d'observer le langage oral et écrit, pour confirmer ou infirmer le diagnostic de dysphasie qui répond à la présence de déviances linguistiques spécifiques.

Le suivi pendant deux années scolaires (1999-2001) d'enfants dysphasiques fréquentant des classes de langage a permis de mettre en exergue les difficultés rencontrées par ces enfants en lecture et certains moyens efficaces pour les contourner. Ainsi, les moyens utilisés pour accéder aux apprentissages dans ces classes ne s'appuient pas sur le langage oral mais tentent d'utiliser d'autres moyens. On propose aux enfants dysphasiques une approche visuo-graphique où la trace mnésique visuelle du mot et sa sémantique leur permettent d'éviter de faire des erreurs.

A partir des niveaux d'acquisition individuels, des exercices de lecture leur ont été proposés afin de motiver les enfants à utiliser différentes stratégies. Les exercices reconnus efficaces par l'équipe de recherche ont ensuite servi à proposer des aides complémentaires personnalisées. Les classes de langage tentent d'offrir un enseignement individuel et personnalisé à chacun des enfants car, en fonction du nombre et de l'importance des troubles instrumentaux, le rythme d'apprentissage est différent pour chacun d'entre eux.

L'analyse de l'évolution des enfants suivis à ce jour nous permet de cibler les stratégies d'aide à mettre en œuvre pour chaque situation. Elle suggère également d'appliquer de telles stratégies à un nombre plus important d'enfants dysphasiques, car l'acquisition d'une maîtrise de la lecture exige pour tous le passage par certaines étapes communes.

A noter que quasi tous les enfants ont amélioré leur niveau de lecture. Cependant, certains d'entre eux ont progressé trop lentement pour le temps imparti dans les classes de langage et bénéficieraient d'un à deux ans de plus. En revanche, la réussite de plusieurs d'entre eux vient appuyer l'utilité d'une pédagogie adaptée.

7. BIBLIOGRAPHIE

Beitchman J.H., Young A.R., *Learning Disorders with a Special Emphasis on Reading Disorders: A Review of the Past Ten Years*, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1997; 36: 1020-1032.

Benton A.L., *Test de rétention visuelle*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1965.

Billard C., Duvelleroy-Hommet C., de Beque B., Gillet P., *Les Dysphasies de Développement*, Arch. Pédiatr., 1996; 3 : 580-587.

Bishop D., *Uncommon Understanding: Development and Disorders of Language Comprehension in Children*, Psychology Press, Cambridge, 1998.

Bishop, V.M., Laurence B.L., *Speech and language impairments in children*, Psychology Press, Sussex, 2000.

Chevrie-Muller C., *Epreuves pour l'Examen du Langage*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1980.

Chevrie-Muller C., Simon A.M., Fournier F., *Batterie Langage Oral, Langage écrit, Mémoire, Attention « L2MA » 8 ans ½ - 10 ans ½ CE2 – CM1 – CM2*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1997.

Chevrie-Muller C., Narbona J., *Le langage de l'enfant – Développement normal et pathologique*, Paris, Masson, 1996.

D'Albo A., *Dysphasies: définition du concept et techniques de remédiation*, A.N.A.E., 2001; 61: 21-25.

Deltour J.J., *Test de Vocabulaire Actif – Passif « T.V.A.P. »*, Ed. Scientifiques et Psychologiques, Issy-les-Moulineaux, 1980.

Deltour J.J., *Test de dosures grammaticales*, Ed. Scientifiques et Psychologiques 92130 Issy-les-moulineaux.

Droz R., Rahmy M., *Lire Piaget*, Psychologie et Sciences Humaines, Pierre Mardaga Ed., Bruxelles, 1987.

Dunn Lloyd M., Therriault – Whalen, Dunn Leota M., *Echelle de vocabulaire en images Peabody « EVIP » - adaptation française Forme A – Forme B*, Ed. de Psycan, Toronto (Ontario).

Engel R., *Instrument for Locating Students with Suspected Learning Disabilities: a quantitative approach*, International Journal of Rehabilitation Research, 1997; 20: 169-181.

Fourneret P., *Diagnostic différentiel des dysphasies de développement*, A.N.A.E., 2001; 61: 37-40.

Frostig M., *Test de développement de la perception visuelle*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1973.

Gauger L.M., Lombardino L.J., Leonard C.M., *Brain Morphology in Children with Specific Language Impairment*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 1997; 40: 1272-1284.

Gonzalez S., *Neuropsychologie et pathologies du langage: quels modèles actuels de référence de l'adulte à l'enfant pour l'organisation fonctionnelle cérébrale pour le langage?*, A.N.A.E., 2001; 61: 13-17.

Isnard H., Badinand-Hubert N., *Epileptologie et troubles du langage oral*, A.N.A.E., 2001; 61: 41-43.

Kern S., *Le langage en émergence*, A.N.A.E., 2001;61: 8-12.

Khomsi, *Epreuve d'Evaluation des Stratégies de Compréhension en Situation Orale « O-52 »*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1987.

Leiter R.G., *Leiter International Performance Scale*, Stoelting Co., Illinois, 1980.

Locke J.L., *A Theory of Neurolinguistic Development*, Brain and Language, 1997; 58: 265-326.

McCarthy D., *Echelles d'aptitudes pour enfants de McCarthy*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1976.

Pichot P., Freson V., Danjon S., *Test de Frustration de Rosenzweig forme pour enfants, forme pour adultes*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1964.

Purvis K.L., Tannock R., *Language Abilities in Children with Attention Deficit Disorder, Reading Disabilities, and Normal Controls*, Journal of Abnormal Child Psychology, 1997; Vol. 25, n° 2: 133-144.

Rapin I., *Understanding Childhood Language Disorders*, Current Opinion in Pediatrics, 1998; 10: 561-566

Rey A., *L'examen clinique en psychologie*, PUF, Paris, 1970.

Rey A., *Test de copie d'une figure complexe*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1959.

Rey A., *Les troubles de la mémoire et leur examen psychométrique*, Dessart, Bruxelles, 1966.

Sandson T.A., Bachna K.J., Morin M.D., *Right Hemisphere Dysfunction in ADHD: Visual Hemispatial Inattention and Clinical Subtype*, Journal of Learning Disabilities, 2000; 33: 83-90.

Snijders T.J., Snijders-Oomen N., *Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Scale (2 ½- 7)*, H.D. Tjeenk Willink, Groningen, 1976.

Stambak M., *Le rythme de Stambak*, cité par Limbosch N., Luminet-Jasinski A., Dierkens-Dopchie N., *La dyslexie à l'école primaire*, ULB, Bruxelles, 1968; Vol. 1: 209.

Szliwowski H., Klees M., Poznanski N., Grammaticos E., *Les Besoins Educatifs des Elèves Dysphasiques*, Recherche en Education 1997, n°272/97.

Szliwowski H., Klees M., Poznanski N., Grammaticos E., *Les Besoins Educatifs des Elèves Dysphasiques, recherche en collaboration avec les enseignants du niveau primaire et secondaire*, Recherche en Education 1998/1999, n°272/98.

Szliwowski H., Klees M., Poznanski N., Grammaticos E., *Les Besoins Educatifs des Elèves Dysphasiques*, Le Point sur la Recherche en Education, n°10, février 1999, 37-46.

Szliwowski H., Klees M., Poznanski N., Grammaticos E., *Les Besoins Educatifs des Elèves Dysphasiques, recherche en collaboration avec les enseignants du niveau primaire et secondaire*, Le Point sur la Recherche en Education, n°14, février 2000, 1-13.

Szliwowski H., Klees M., Poznanski N., Grammaticos E., Rotsaert M., Wetzburger C., *Les Besoins Educatifs des Elèves Dysphasiques, recherche en collaboration avec les enseignants du niveau primaire et secondaire (deuxième partie)*, Le Point sur la Recherche en Education, n°18, décembre 2000, 59-68.

Tallal P., *Children with Language Impairment can be accurately identified using temporal processing measures: A response to Zhang and Tomblin*, Brain and Language, 1999; 69: 222-229.

Tallal P., Miller S., Jenkins B., Merzenich M., *The Role of Temporal Processing in Developmental Language-Based Learning Disorders: Research and Clinical Implications*, in Foundations of Reading Acquisition, Benita Blachman, Ed., Lawrence Erlbaum Assoc., Inc. Publishers.

Vos P.G., *Bourdon-Vos Test : handleiding* Swets & Zeitlinger, Lisse, 1988.

Wechsler D., *Echelle d'Intelligence de Wechsler pour les Enfants, forme révisée*, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1981.

Welniarz B., *Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant*, A.N.A.E., 2001; 61: 44-49.