



Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Spécialité : Pathologies du Langage et de la Communication

Thème

L'impact de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental

Etude de quatre (4) cas au Centre Psychopédagogique pour Enfants et Adolescents Iheddaden de Bejaia

Réalisé par

Bennai Sabrina
Bensadi Meriem

Dirigé par :

Dr. Houari Amina

2020-2021

Remerciements

Tout d'abord on remercie Dieu tout puissant qui nous a procuré le courage et la volonté afin de réaliser ce modeste travail.

Ainsi que on tient a remercié très sincèrement notre promotrice Dr HOUARI AMINA d'avoir accepté de nous encadrer et pour ces conseils précieux et sa disponibilité tout au long de notre travail.

Nous tenons également a remerciés infiniment l'ensemble du personnel du centre d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia de nous avoir accueillir et pour leur aide durant notre stage pratique.

Un grand merci particulier à tous les enfants handicapés qui ont participé à la réalisation de cette recherche.

À nos chers parents, pour leur soutien constant et leurs encouragement et conseils durant notre étude.

Enfin nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué du loin ou de près a la réalisation de ce modeste travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chères parents qui sont la source de mon inspiration, qui m'ont toujours accompagné durant mon parcours je leurs dits MERCI pour votre soutien encouragement, conseil et amour que vous m'avez offert que dieu vous garde.

À mes chères sœurs : Kami, Yasmine et Nina

A mes chères frère : Chabane Gasmi, et Ahmed et Islam

Mes chères amies et sœurs : Nadine, Meriem, Naima, Melissa et Sara

Mes camarades d'orthophonie

Et à toi ma binôme Meriem je te souhaite la réussite dans ta vie professionnel.

Sabrina

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chers parents qui sont la source de mon inspiration, qui m'ont toujours accompagné durant mon parcours je leurs dits MERCI pour votre soutien encouragement, conseil et amour que vous m'avez offert que dieu vous garde.

A ma grand-mère

À mes chers frères : Juba et Micipsa

A ma sœur adorable Assia et son marie fares

A ma nièce et mes deux neveux : Ilyas, Kyliane.

A mon future marie Khaled qui a été à mes coté et qui m'a vraiment soutenu tout au long de mon travail

Mes chères amies et sœurs : Sara, Sinya, Nina, Lola, wissem

Mes camarades d'orthophonie ;

Et à toi ma binome Sabrina je te souhaite la réussite dans ta vie professionnelle.

Meriem

Abréviations

- CIH : Classification Internationale du Handicap
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CPPEHM Centre-Psycho Pédagogique Pour Enfant Handicape Mentaux de Bejaia
- DI : Déficience Intellectuel
- IMC : Infériorité Motrice Cérébrale
- OMS : Organisation Mondial de la Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- QI : Quotient Intellectuel
- QI : Le Quotient Intellectuel

Listes des figures :

Numéros	Titre	Pages
N° 1	Le syndrome de l'x fragile	30
N °2	Le syndrome de Prader-Willi	30
N°3	Syndrome d'Angelman	31
N°4	trisomie 21	31

Liste des tableaux

Numéros	Titres	Page
Tableau N° 1	Classification des niveaux de gravité de la DI	26
Tableau N°2	Degré de gravité selon le DSM5	26
Tableau N° 3	Epreuve de dénomination d'image cas N°01	64
Tableau N°4	Epreuve de répétition de mot facile cas N° 01	66
Tableau N°5	Epreuve d'articulation cas N°01	67
Tableau N°6	Epreuve de compréhension pareil cas N°01	68
Tableau N°7	Analyse qualitatif du cas N° 01	68
Tableau N°8	Epreuve de dénomination d'image cas N°02	68
Tableau N°9	Epreuve de répétition de mot facile cas N° 02	68
Tableau N°10	Epreuve d'articulation cas N°02	69
Tableau N°11	Epreuve de compréhension pareil cas N° 02	70
Tableau N°12	Analyse qualitative du cas N°02	72
Tableau N°13	Epreuve de dénomination d'image cas N°03	72
Tableau N°14	Epreuve de répétition de mot facile cas N°03	74
Tableau N°15	Epreuve d'articulation cas N° 03	75
Tableau N°16	Epreuve de compréhension pareil cas N°03	77
Tableau N°17	Analyse qualitative du cas N°03	77
Tableau N°18	Epreuve de dénomination d'image cas N°04	81
Tableau N°19	Epreuve de répétition de mot facile cas N°04	81
Tableau N°20	Epreuve d'articulation cas N° 04	81
Tableau N°21	Epreuve de compréhension pareil cas N°04	82
Tableau N°22	Analyse qualitative du cas N°04	82
Tableau N°23	Récapitulatif des scores du test N-EEL des enfants bénéficiant d'une éducation précoce et ce qu'ils n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce	85

Table des matières

Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction	1

Partie théorique

Chapitre I : L'éducation précoce et l'éducation précoce orthophonique

Axe I : Education précoce

1 aperçu historique sur l'éducation précoce	5
2- La définition de l'éducation précoce	5
3- Modalités de la prise en charge précoce	6
4- Les méthodes utilisées dans l'éducation précoce	8
5- Technique de prise en charge	9
6- Les objectifs de l'éducation précoce	10
7- les intérêts de la prise en charge précoce	11
7-1 Effet sur le Quotient intellectuelle	11
7-2 Effet sur le langage et la communication	11
7-3 Effet sur le syndrome oro-facial	12
7-4 Effet sur le lien parents-enfant	12

Axe II : L'éducation orthophonique précoce

1- Définition de la prise en charge orthophonique précoce	13
2- Les étapes de la prise en charge orthophonique précoce	13
2-1 Le travail auprès des parents	14
2-2 Le travail auprès de l'enfant	16
2-2-1 La prise en charge oro-faciale	16
2-2-2 L'éducation pré-langagière	16
2-2-3 Les stimulations perceptives	17
2-2-4 La stimulation visuelle	17

Table des matières

2-2-5 La stimulation auditive -----	17
2-2-6 La stimulation du touché -----	18
2-2-7 La stimulation du gout -----	18
2-2-8 L'espace, le temps, le rythme -----	18
2-2-9 Le pointage -----	18
2-2-10 L'imitation -----	19
2-2-11 L'altération des tours de rôle -----	19

Chapitre II : le handicap mental

1- La définition du handicap-----	21
2- Les types d'handicaps -----	22
2.1- Handicap moteur -----	22
- Handicap moteur d'origine cérébral (IMC) -----	22
- Handicap moteur d'origine non cérébral -----	22
2.2- Handicap sensorielle -----	22
- Handicap auditive -----	22
- Handicap visuel-----	23
2.3- Handicap psychique-----	23
3- Handicap cognitif -----	23
4- La définition de la déficience intellectuelle selon des différentes classifications -----	24
4.1- La définition Selon (OMS) l'Organisation mondiale de la santé dans sa classification internationale des maladies CIM10/CIM11 -----	24
4.2- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la CIM-11 -----	25
4.3- Définition (APA) l'American psychiatric Association avec le DSM-5(2013) ----	25
4.4- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la DSM-5 sont les suivants	25
5- Les classifications-----	29
6- Les étiologies -----	29
7- Les maladies associées à la déficience mentale -----	29

Table des matières

7.1-	Le syndrome de l'x fragile -----	30
7.2-	Le syndrome de Prader-Willi -----	30
7.3-	Syndrome d'Angelman -----	30
7.4-	La trisomie 21 -----	31

Chapitre III : le développement du langage oral

1	Définition de langage -----	34
•	Le langage oral -----	35
2	principales étapes de développement du langage oral chez l'enfant normal	35
2.1	La période pré linguistique -----	35
2.1.1.	L'apprentissage des phonèmes -----	35
2.1.2	L'apprentissage des mots -----	36
2.2	La période linguistique -----	39
3	Les principales étapes de Développement du langage chez l'enfant porteur de trisomie 21	40
3.1	Le développement non verbal -----	41
3.2	Le développement de la communication verbale -----	41
3.3	Capacités réceptives -----	42
3.4	Capacités expressives -----	42
3.5	Capacités pragmatiques et sociales -----	43
4	Trouble du cognitif et du langage et prises en charge -----	44
	Discussion des hypothèses -----	50

Partie pratique

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

1	La pré-enquête -----	55
2	L'enquête -----	56
2.1	La méthode de recherche -----	56
2.1.1	La méthode descriptive -----	56

Table des matières

2.1.2	La méthode comparative	56
2.2	Présentation de lieu de stage	56
2.3	La population de la recherche	57
2.3.1	Critères pertinents	57
2.3.2	Critères non pertinent	57
2.4	Les outils utilisés	58
3	Le déroulement de la recherche	62
3.1	La partie théorique	62
3.2	La partie pratique	62
Chapitre V : présentation et interprétation		
1-	Présentation et analyse des cas	
1.1-	Présentation et analyse des résultats du cas « N°01	64
1.2-	Présentation et analyse des résultats du cas « N°02 »	68
1.3-	Présentation et analyse des résultats du cas « N°03 »	73
1.4-	Présentation et analyse des résultats du cas « N°04 »	78
2-	Discussion des hypothèses	84
Conclusion		85
Bibliographie		
Annexes		
Résumé		

Introduction

Introduction

Pendant longtemps, l'orthophonie a été considérée d'une manière réductrice et signifiait : rééducation du langage oral. Cela supposait que l'enfant savait déjà parler, ou qu'il devait déjà savoir parler (KRICHEL D-N., 2000, P78). On s'est depuis rendu compte de l'importance d'agir avant même l'apparition du langage, le plus précocement possible, et ce en particulier auprès des enfants déficitaires.

Le développement des personnes atteintes de handicap mental est différent par rapport à celui des enfants normaux, ou on constate un retard dont l'acquisition dans tous les aspects du développement.

Les enfants handicapés mental rencontrent plusieurs difficultés durant le développement tels que le développement psychomoteur (un retard de tonus musculaire, la marche.), aussi le développement du langage suivi d'un écart entre la compréhension et l'expression verbale, et des difficultés psychoaffectives. Pour ces raisons, l'éducation précoce des enfants présentant du handicap mental est indispensable pour tendre vers la communication et un langage plus harmonieux possible, et grâce à cela, vers une meilleure intégration sociale.

Une intervention précoce peut faire vraiment une grande différence dans la qualité de vie des enfants ayant un handicap mental.

Les enfants handicapés mentaux ont besoin d'aide thérapeutique (orthophonie, psychologue) à accompagner le développement du langage oral, articulation ainsi que le langage écrit.

Notre thème s'intitule « l'impact de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mentale », nous avons choisi comme terrain le centre du handicap mental A.I.M.B qui se situe à citer les 1000 Bejaïa qui répondent au besoin de notre recherche.

Notre objectif est de :

Cette étude a pour objet d'observer le langage oral et de comparer entre les enfants effectués d'une éducation précoce et ceux qui n'ont pas effectué.

- D'observer le langage oral des enfants ayant un handicap mental.

- De comparer le langage oral entre les enfants bénéficient d'une éducation précoce et ceux qui n'ont pas effectué d'une éducation précoce.

Il nous a semblé important d'effectuer une évaluation du langage oral chez ces enfants afin de voir les différences entre le langage oral des enfants ayant bénéficié d'une éducation précoce et ce qui n'ont bénéficié d'une éducation précoce.

Nous avons voulu relever et comprendre l'influence de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental.

Nous avons élaboré un plan de travail méthodique réparti en deux parties et quatre chapitres :

Une première partie théorique, qui comprend trois chapitres :

Introduction

Chapitre 01 intitulé : « L'éducation précoce et l'éducation précoce orthophonique. »

Dans le quel nous allons d'abord d'un premier Axe : « l'éducation précoce », on commencer par un aperçu historique sur l'éducation précoce, la définition de l'éducation précoce ensuite les modalités de la prise en charge en orthophonie, les méthodes utilisées dans l'éducation précoce puis les objectifs de l'éducation précoce, les intérêts de la prise en charge précoce. Ensuite, on passe au deuxième axe « l'éducation précoce en orthophonie » dans lequel nous allons aborder en premier lieu la définition de la prise en charge orthophonique précoce puis les étapes de la prise en charge orthophonique précoce.

Chapitre 02 intitulés : « Le handicap mental. »

Nous allons aborder tout au long de ce chapitre : la définition du handicap mental, les types d'handicaps. Puis on trouve la définition du handicap selon les classifications, ensuite les étiologies et en finale les maladies associées au handicap mental.

Chapitre 03 intitulés : « Le développement du langage oral. »

Dans ce chapitre nous, abordons la définition du langage, définition de langage oral puis les principales étapes du développement de langage chez l'enfant normal, ensuite les étapes de développement de langage chez l'enfant trisomique et l'évaluation du langage chez les enfants trisomie 21 en finale les troubles cognitifs du langage chez l'enfant trisomique.

Une première partie qui évoque la problématique et la formulation des hypothèses. Puis une seconde partie pratique, qui se compose de deux chapitres :

Chapitre 04 intitulés : cadre méthodologique de la recherche dans lequel on a abordé la phase de la pré-enquête et enquête : la méthode de recherche (méthode descriptive et méthode comparative), la population de recherche ainsi que la présentation du lieu de stage et l'outil utilisé (La batterie du langage oral de Chevrie Muller N-EEL), le déroulement de la recherche et les obstacles rencontrés.

Chapitre 05 intitulés : présentation et interprétation des résultats (analyse du test N-EEL, présentation des cas, l'analyse des données de la batterie N-EEL, synthèse des cas discussion de l'hypothèse, conclusion).

Nous avons clôturé notre recherche par une conclusion, dans laquelle nous soulevons d'autres perceptives et questions concernant le langage oral chez les enfants ayant bénéficié d'une éducation précoce qui permettent d'ouvrir le champ à d'autres travaux et recherche.

Partie théorique

Chapitre I L'éducation précoce et l'éducation précoce orthophonique

Axe I : Education précoce

Préambule

1 aperçu historique sur l'éducation précoce

2- La définition de l'éducation précoce

3- Modalités de la prise en charge précoce

4- Les méthodes utilisées dans l'éducation précoce

5- Technique de prise en charge

6- Les objectifs de l'éducation précoce

7- les intérêts de la prise en charge précoce

7-1 Effet sur le Quotient intellectuelle

7-2 Effet sur le langage et la communication

7-3 Effet sur le syndrome oro-facial

7-4 Effet sur le lien parents-enfant

Axe II : L'éducation orthophonique précoce

1- Définition de la prise en charge orthophonique précoce

2- Les étapes de la prise en charge orthophonique précoce

2-1 Le travail auprès des parents

2-2 Le travail auprès de l'enfant

2-2-1 La prise en charge oro-faciale

2-2-2 L'éducation pré-langagière

2-2-3 Les stimulations perceptives

2-2-4 La stimulation visuelle

2-2-5 La stimulation auditive

2-2-6 La stimulation du touché

2-2-7 La stimulation du goût

2-2-8 L'espace, le temps, le rythme

2-2-9 Le pointage

2-2-10 L'imitation

2-2-11 L'altération des tours de rôle

2-2-12 Le développement cognitif

2-2-13 L'oralisation

Synthèse

Axe I : L'éducation précoce

Préambule :

Dans ce chapitre nous abordant en premier lieu par un aperçu historique sur l'éducation précoce, la définition de l'éducation précoce ensuite les modalités de la prise en charge en orthophonie, les méthodes utilisées dans l'éducation précoce puis les objectifs de l'éducation précoce, les intérêts de la prise en charge précoce. Ensuite, on passe au deuxième axe « l'éducation précoce en orthophonie » dans lequel nous allons aborder en premier lieu la définition de la prise en charge orthophonique précoce puis les étapes de la prise en charge orthophonique précoce.

1- Aperçu historique sur l'éducation précoce :

Le terme éducation précoce été définis par la World Mondial Réhabilitation Psychosocial Association, filiale de l'Organisation Mondial de la Santé(OMS), chargé de s'occuper entre autre des maladies mentales et handicaps mentaux. Comme la prise en charge de l'enfant, de la naissance à son entrée à l'école maternelle. (CUIILLERTE M., 2007, p. 87).

L'éducation précoce a été progressivement introduite depuis 1998. Depuis 2009, toutes les communes sont obligées d'offrir des classes de l'éducation précoce à Luxembourg. Depuis la réforme de 2009, l'éducation précoce fait partie intégrante du 1er cycle d'apprentissage de l'enseignement fondamental. À cette date, les apprentissages à l'éducation précoce, auparavant décrits dans le Plan-cadre pour l'éducation précoce au Grand-Duché de Luxembourg, ont été intégrés dans le Plan d'études de l'enseignement fondamental. Une éducation de qualité dès le plus jeune âge est aujourd'hui largement reconnue pour favoriser le développement et la réussite des enfants. Le Luxembourg a fait figure de pionnier en créant, dès 1998, une offre scolaire facultative destinée aux enfants de trois ans. À l'époque comme aujourd'hui, l'éducation précoce ambitionne d'offrir aux jeunes enfants des expériences enrichissantes de jeu et d'apprentissage, pour stimuler leurs potentialités et favoriser leur développement cognitif, moteur, socio-émotionnel et langagier. (KANNER M et KANNER F., 2015, p. 02-04).

2- La définition de l'éducation précoce :

Dans l'alittérature de vulgarisation scientifique, le terme « intervention précoce » fait souvent écho aux différents types de programme de stimulation précoce développé par plusieurs pays pionnier pour tenter de pallier les situation d'handicap et augmenter les compétences d'enfant en difficultés développementale. Le programme néonatalogie NIDCAP (Newborn Individualized Développement Care and Assessment Program), programme de soins de développement précoce, en exemple connu et reconnu sur le plan international. La notion intervention précoce est néanmoins plus large.

Ainsi Lanners et Lambert (2002, p14) l'indique, il est de plus en plus entendu que l'intervention précoce regroupe l'ensemble des méthodes éducatives et thérapeutique désignées aux déficits

du jeune enfant, à optimiser les interactions parents-enfants et à assurer l'intégration de la famille dans ses milieux de vie.

L'éducation précoce est l'ensemble des pratiques éducatives devant être mise en place dès la confirmation du diagnostic et se prolongeant jusqu'à l'entrée à l'école. Généralement, cette intervention couvre les trois ou les quatre premières années de la vie. Si on accepte que l'éducation précoce englobe toutes les activités destinées à aide un individu à se développer, il en découle que l'éducation commence à la naissance et que les parents doivent être au cœur du processus éducatif.

La notion d'éducation précoce est réalité très large. Selon les pathologies, elle peut aller du simple dépistage à la prise en charge régulière de l'enfant. Dans le domaine de la trisomie 21, les enfants sont généralement suivies dès l'annonce du diagnostic. L'objectif est de les accompagner dans leur développement et les aider à acquérir des nouvelles compétences.

L'éducation précoce en orthophonie n'a pas forcément de visée normative mais cherche à aider un jeune enfant à exprimer, à son rythme, l'ensemble de potentialités. (CAMILLE G., MARIE P., 2014, p.16-17).

On parle d'intervention précoce pour l'accompagnement de jeunes enfants, âgée de 0 à 6 ans et rencontrant des difficultés dans leur développement moteur, intellectuel ou social. Souvent, elle se met en place pour des enfants présentant une pathologie spécifique, un handicap prénatal, par le biais des services d'aide précoce. Les programmes de stimulation ou d'intervention précoce ont été initialement développés pour trois types de population : les prématurés ou à faible poids à la naissance et les enfants atteints d'une pathologie connu entraînant un retard de développement comme par exemple, la trisomie 21, l'autisme ou d'autre troubles envahissant du développement, le syndrome x-fragile, etc.(MIGNOT J., 2011,p.272-273).

3- Modalités de la prise en charge précoce :

Le travail avec l'enfant et le travail parental s'accomplissent en parallèle. Les raisons en sont évidentes :

- Les parents ont besoin d'être entendus et aidés après l'annonce du diagnostic.
- L'enfant a besoin d'aides immédiates au plan sensoriel, au plan cognitif et au plan comportemental

L'Age de début :

La prise en charge doit débiter le plus tôt possible après la naissance de l'enfant

Pour préserver le rôle parental, dans nos cultures latines, les interventions doivent débiter le plus vite possible, mais pas avant que les parents n'en fassent la demande. Dans les pays de culture anglo-saxonne, la prise en charge commence dès les premiers jours de vie, chez nous, culturellement, ce n'est pas toujours possible. Cependant, il faut remarquer que plus les aides

prises en place seront précoces et meilleurs seront les résultats à terme: l'étude des courbes de production orales des groupes d'enfants suivis comparées à celles des enfants non suivis prouvent nettement l'écart des deux populations et situe le moment le plus favorable de façon très précise avant le 6e mois de vie.

Comment elle se fait :

Pendant la période qui va de la naissance à la verticalisation, chaque séance de «travail» se déroule en présence de la mère avec sa «complicité». C'est par elle et à travers elle que passeront les jeux, les messages adressés à l'enfant. Ce travail d'éducation précoce ne peut en aucun cas être réalisé par une seule et unique personne, mais par une «équipe» de soins, même si, à certaines périodes de la vie du bébé, «l'équipe» intervenant régulièrement n'est constituée que de deux personnes.

En effet, avant la verticalisation, pour des raisons de construction affective et de construction des relations affectives à la mère, seules deux interventions régulières sont possibles. Elles doivent se présenter à l'enfant dans leur complémentarité et dans leur unicité. L'une s'intéresse au développement de la sphère motrice et psychomotrice, l'autre au développement de la sphère intellectuelle et langagière.

Ces deux types d'intervention doivent être conjoints. Chez tout enfant, lorsque l'on doit intervenir pour apporter des aides particulières dans l'une ou l'autre sphère de développement, il est indispensable d'apporter le même niveau de demandes dans l'autre sphère de développement pour éviter les déséquilibres et anomalies de développement. Cela est vrai aussi chez le bébé atteint de trisomie : les propositions sont à faire dans les deux sphères de développement puisque les problèmes existent dans les deux domaines. L'éducation précoce ne peut en aucun cas être prise en charge par une seule et unique personne. (CUILLETT M., 2007, P. 91-92).

Le lieu :

Selon Bensoussan (1992), l'idéal est un lieu unique rassemblant tous les professionnels pour une prise en charge globale et transdisciplinaire, afin d'éviter de morceler l'enfant. Les structures permettant ce type de prise en charge sont :

- **Les C.A.M.P.S.** (centre d'aide médico-psychologique): ils assurent la prise en charge d'enfants présentant un retard psychomoteurs, troubles sensoriel, neuro-moteurs ou intellectuels de la naissance à l'âge de six ans

- **Les S.E.S.S.A.D.** (services d'éducation spécial et de soins à domicile) : ils prennent en charge des enfants souffrant d'une déficience intellectuelle, ou motrice de la naissance à l'âge de vingt ans, en visant leur intégration et leur autonomie. Les professionnels peuvent intervenir dans les différents lieux de vie de l'enfant (crèche, domicile...) mais également dans les locaux du centre.

- **Les S.S.E.S.** (service de soins d'éducation spécialisée) ne sont pas forcément spécialisés en trisomie, il faut donc se renseigner d'une façon précise.

De toute façon, il s'agit d'interventions auprès de l'enfant qui se passent en ambulatoire et dont la durée n'excède pas 30 minutes découpées en moments divers.

Les professionnels concernés :

D'après Cuilleret, deux intervenants suffisent jusqu'à la verticalisation (statut debout) de l'enfant : un orthophoniste pour le développement de la sphère langagière et intellectuelle, un psychomotricien ou une kinésithérapie pour le développement de la sphère motrice et psychomotrice. Ces deux prises en charge sont donc indispensables. Le choix entre psychomotricité et kinésithérapie, si les deux prouvent être proposées se fera en fonction du bilan moteur de l'enfant.

La fréquence et la durée : en principe chaque professionnel intervient une fois par semaine pour une séance de trente à quarante-cinq minutes. Au-delà de cette durée, l'attention de l'enfant diminue.

Cuilleret (1985) propose d'augmenter la fréquence des séances d'orthophonie à deux fois par semaine à l'approche de l'entrée en maternelle de l'enfant, un travail très important sur le langage étant alors primordial. (CUILLERT M., 2007, p.94).

La présence d'un parent :

La présence du père ou de la mère est extrêmement importante. En orthophonie notamment, le professionnel n'est qu'un outil, un intermédiaire entre le parent et son enfant, surtout au tout début de la prise en charge. Cuilleret préconise sa présence jusqu'à la verticalisation de l'enfant. (CUILLERT M., 2007, P.94).

4- Les méthodes utilisées dans l'éducation précoce :

L'éducation se fait pas à pas dans le respect de chaque individualité de chaque famille. Tout est à penser et à adapter. Il n'y a pas de méthodes standard pour cela, pas plus que pour l'enfant ordinaire. On éduque un enfant en apprenant à le connaître et on adapte des principes, des connaissances pédagogiques, éducatives, psychologiques à chaque cas. Il en va de même chez un enfant atteint de trisomie. Certes, les sur stimulations, généralement « commerciales », utilisent des « méthodes », véritables modes d'emploi auxquels l'enfant doit se plier. Ces démarches, antinomies de l'éducation, existent ; elles sont toutes décevantes à Petite enfance et enfance. Prise en charge précoce plus ou moins long terme et ne respectent ni l'enfant ni sa famille, ni son environnement. (CUILLERT M., 2007, p.88-89).

L'intervention précoce est un ensemble d'actions pluridisciplinaires destinées à des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des signes ou des risques de déficiences divers, ainsi qu'à leurs parents.

L'intervention précoce est nécessairement à multiples facettes et l'éducation se situe dans cet ensemble.

Les travaux existants montrent qu'il est capital de renforcer les compétences de l'enfant, de mettre l'accent sur ses capacités d'agir d'être autonome, plus que sur ses manques, mais aussi de revaloriser les parents dans leur propre rôle parental pour qu'ils parviennent à concevoir leur enfant comme enfant en développement et pas seulement enfant handicapé.

L'attention et le soutien de professionnels qualifiés permettent alors de Co-construire une résilience assistée dans le processus de parentalité, souvent rendu difficile à la suite de « l'annonce » du handicap. (BUNTINX W et al., 2016, p.49)

5- Techniques de prise en charge :

Les entretiens entre les parents et le médecin ou le psychologue, ou les entretiens particuliers avec l'un ou l'autre des professionnels se font le plus souvent en présence de l'enfant. C'est la façon de faire participer l'enfant de la façon la plus concrète qui soit à tous ces échanges qui se font avec lui et pour lui. C'est aussi la possibilité de s'adresser directement à lui, le rendant sujet et partie prenante de ce qui se passe. De plus, en lui parlant, on peut ainsi montrer aux parents comment on peut très simplement s'adresser à lui. C'est enfin la manière la plus naturelle de lui parler de son problème, de ses difficultés en associant ces difficultés à l'aide qu'on lui apporte, et en donnant un sens aux efforts qu'on lui demande. Ce suivi global et l'harmonisation des interventions techniques se font de façon systématique et régulière. Ce sont des moments forts qui préservent l'enfant et sa famille de tout risque de forcing ou d'intervention intempestive, c'est le moment de faire le point et d'influer sur le travail en cours de réalisation. C'est donc aussi limiter les risques d'intervention dangereuse. 106 Évolutions et prises en charges en fonction des âges Il n'en reste pas moins que le travail concret se fait lors des séances hebdomadaires de prise en charge paramédicale.

Ces prises en charge sont linguistiques motrices, psychomotrices. Pendant cette toute première période de vie, l'aide éducative est sans aucun doute la plus difficile à réaliser correctement, c'est aussi la plus prometteuse quant à ses résultats pour l'enfant. Pour des raisons affectives, il n'est pas possible de multiplier le nombre d'intervenants réguliers auprès de l'enfant. Deux intervenants sont nécessaires, le troisième n'agira qu'à partir de la verticalisation, c'est-à-dire aux alentours du 14e mois. Un chapitre particulier est réservé au développement du langage et à sa prise en charge de la naissance à la verticalisation. Les particularités de ce développement du langage chez les bébés, les méconnaissances de sa prise en charge éducative et ses conséquences pour tout le développement de la personne justifient cette analyse différenciée. Deux raisonnements différents, mais convergents, imposent la prise en charge orthophonique la plus précoce possible.

– L'un a pour base les travaux de Piaget relatifs au développement précoce de l'enfant : si, pour diverses raisons, on est amené à apporter à un enfant de moins de 3 ans une stimulation particulière dans une des sphères de son développement, moteur ou linguistique, par exemple, il faut, pour préserver son développement harmonieux futur, lui proposer une aide identique dans le domaine non considéré. L'évolution neuromotrice du bébé atteint de trisomie impose une aide motrice (kinésithérapique ou psychomotrice) dès la naissance ; selon Piaget, l'aide linguistique (même si elle n'était pas justifiée par ailleurs) est donc indispensable.

– L'autre se rapporte à l'évolution connue du langage chez l'enfant trisomique : l'observation des courbes comparatives de l'évolution du langage (avec et sans prise en charge) démontre que cette prise en charge doit débiter avant la fin du 6e mois. Pour ces raisons, la prise en charge orthophonique sera donc toujours présente lors de la première étape de prise en charge de l'enfant.

La difficulté est donc, lors de la première année, de savoir quelle aide motrice sera mise en place : kinésithérapie ou aide psychomotrice. Plusieurs éléments d'information vont guider la décision :

- le bilan moteur de l'enfant et son résultat ;
- la présence ou non d'une cardiopathie grave qui, de façon totale ou partielle, peut contre-indiquer la kinésithérapie ;
- le choix (ou l'absence de choix, pour raison géographique, entre autres) d'une aide de type libéral. Dans ce cas, seule la kinésithérapie sera possible (le nombre des psychomotriciens installés en secteur libéral est extrêmement réduit ; leurs interventions ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale). Il en résulte que la prise en charge motrice de la première année de vie de l'enfant est généralement confiée au kinésithérapeute.

Le psychomotricien interviendra alors, si cela est nécessaire, après l'acquisition de la verticalisation station. (MONIQUE C., 2007, p. 105-106).

6- Les objectifs de l'éducation précoce :

Notre propos ne concernera que l'éducation précoce dont l'objectif n'est pas seulement d'aider l'enfant à construire des bases solides pour son développement dans différents domaines psychologiques, psychomoteur, langage..., mais aussi d'éviter autant que possible l'accumulation de retard et surtout l'expérience des échecs qui ont souvent pour conséquences chez l'enfants, soit la mise en place de comportements palliatifs, soit de compensation souvent trompeurs pour l'entourage, soit un comportement d'inhibition. L'éducation précoce doit donc tenter de prévenir les difficultés ou un certain nombre de difficultés, avant leur apparition.

Selon Rondel « Il faut durant les deux premières années favoriser l'établissement de la base sémantique du langage ... et également favoriser le fonctionnement correcte des « outils périphériques »... sensoriel, perceptif et moteur ». Le but est d'aider l'enfant à communiquer avec le monde environnant ; monde des personnes, l'entourage social mais aussi avec celui des objets : manipulation et exploration des objets, découvertes de leurs propriétés et de leur relations, coordination des actions, élaboration des systèmes de représentation et de traitement, découvertes de l'espace...

Un projet d'éducation précoce ne peut donc s'élaborer que sur des bases théoriques solides, quelle que soit la forme de déficit qui contrait le développement du jeune enfant. Le savoir-faire s'articule nécessairement sur le savoir, faute de se ramener à une simple couteuse

procédure d'essais et d'erreurs ne présentant aucune garantie de succès. (LACOMBE D et BRUN V., 2008, p. 21-22).

Un des principaux buts de l'intervention précoce est d'aider les parents à devenir de bons observateurs de leur enfant. Ainsi, ils peuvent reconnaître dans son comportement non verbal des indices d'intention ou de communication et ils peuvent y répondre adéquatement, contribuant à construire une relation d'attachement solide et stable.

Les parents, même lorsqu'ils ont le sentiment que leur enfant se montre plutôt indifférent ou provocateur, peuvent apprendre à devenir très sensibles aux indices comportementaux de façon à soutenir son développement

L'intervention précoce offre à l'enfant des occasions de promouvoir de nouveaux apprentissages et d'utiliser ses compétences de façon à ce qu'il expérimente une participation sociale significative en interagissant avec les personnes (enfants et adultes) de son environnement. Dans ce sens, l'intervention précoce cherche à optimiser les environnements d'apprentissage dans la vie quotidienne de l'enfant afin que les familles et les autres intervenants puissent lui offrir des occasions d'apprendre et de mettre en pratique ses nouveaux apprentissages. (CAROLINE L et al., 2015, p.35).

7- Les intérêts de la prise en charge précoce :

C'est durant cette période que se mettent en place les acquisitions indispensables au développement futur du langage

Cette prise en charge implique la participation des parents et des enfants. Pour les parents, l'intervention précoce est le seul moyen efficace de limiter les comportements réactionnels des enfants et en particulier ceux liés aux comportements éducatifs réactionnels des parents et ainsi de permettre au bébé de grandir dans un climat affectif aussi normal que possible. La prise en charge, pour être réalisée dans de bonnes conditions, doit s'adapter aux possibilités de chaque parent, de chaque famille. L'éducation précoce s'adresse d'abord à l'enfant lui-même. Dans tous les domaines, c'est une démarche à la fois éducative, préventive puis, si nécessaire, rééducative. Elle a des conséquences sur l'évolution globale, langagière, motrice, la socialisation et la réadaptation psychosociale... Le devenir change. (MONIQUE C., 2007, p.89).

7.1- Effets sur le Quotient Intellectuel (QI) :

Le programme « Anson House Project » élaboré à l'Université de Washington, détaillé par Hayden et Dimitriev, (1975). Ce programme a mis en évidence les bénéfices liés à une prise en charge précoce et régulière. Ce programme visait à accroître le développement sensoriel, moteur et vocal en se référant au développement de l'enfant Norma. Les parents participaient de manière active au programme. Le but était de permettre à l'enfant d'acquérir les compétences nécessaires à son entrée en classe spéciale à l'âge de six ans. (LAMBERT et RONDAL., 1997, p.146).

Cuilleret a également étudié l'évolution du QI en fonction de la prise en charge des enfants. Les niveaux de QI ont été étudiés chez des enfants ayant bénéficié d'une stimulation précoce et chez d'autres n'ayant pas profité de cette stimulation. L'écart entre ces deux populations est supérieur à 20 points, en faveur des enfants stimulés et ceci avec plus de 10 à 20 ans de recul. On peut alors comprendre, à partir du seul paramètre qu'est le QI, l'intérêt de la mise en place précoce de cette éducation. (CUIILLERT M., 2007, p. 192).

Enfin, d'après les recherches de Piaget (1950), Gesell (1953), Hunt (1961) ou Bloom (1964), l'intérêt de l'éducation précoce demeure dans le fait que les premières expériences de l'enfant ont une influence sur son développement futur. De plus, les périodes les plus critiques dans l'acquisition de certaines aptitudes se situent durant les cinq premières années de la vie. (TERISSE A., 1992, p. 32).

7.2- Effets sur le langage et la communication :

Une relation semble exister entre les capacités non verbales et l'acquisition du langage. En effet, des dysfonctionnements des habiletés pré-conversationnelles entraîneraient un développement atypique du langage. Ces données confirment les conceptions de Bruner selon lesquelles l'enfant participant à l'échange dans des interactions structurées et initiant des tours de parole développe une communication verbale harmonieuse. L'observation de difficultés de la communication précoce fournirait des données importantes, prédictives de futures difficultés de langage. (VINTER SH., 2008, p.16).

7.3- Effets sur le syndrome oro-facial :

Le syndrome oro-facial, inhérent à la trisomie 21. S'il n'est pas pris en charge au plus tôt, les conséquences seront à la fois fonctionnelles (mauvaise intelligibilité, troubles de la mimique dues à la protrusion linguale, difficultés d'alimentation), médicales (affections O.R.L plus fréquentes en raison de la respiration buccale) et sociales (défaut esthétique). Cette étude a montré les effets d'une intervention précoce chez des enfants et adolescents âgés de 5 à 25 ans. Sur une majorité des personnes atteintes de trisomie 21 ayant bénéficié d'une prise en charge avant 3 ans, on remarque des effets au niveau de la sphère oro-faciale, notamment une langue tonique et bien positionnée au repos, des lèvres toniques et fermées (donc une respiration nasale) et une déglutition typique pour un tiers d'entre eux. La plupart des enfants suivis plus tardivement présentaient une langue hypotonique et intercalée entre les dents, des lèvres entrouvertes, et une déglutition atypique. (CRUNELLE D., 2004, p. 54).

7.4- Effets sur le lien parents-enfant :

Un accompagnement des parents à la naissance et durant les six premiers mois permettrait une mise en place des liens parent-enfant de meilleure qualité. (CUIILLERTt M., 2007, p.91).

Axe II : L'éducation orthophonique précoce :

1- Définition de l'éducation orthophonique précoce :

L'intervention orthophonique doit se faire le plus précocement possible, dès les premiers mois de l'existence et en continuité pendant les premières années. Il est possible de développer l'attention conjointe, d'augmenter la fréquence de vocalisation, d'accentuer l'apprentissage. (GUIDETTI M, 2004, p.126).

2- Les étapes de la prise en charge orthophonique précoce :

L'évaluation est indispensable afin d'orienter efficacement la prise en charge. Elle permet de mettre en évidence les compétences de l'enfant, ses stratégies et ce qu'il est capable de réaliser avec l'aide de l'adulte.

Il n'existe pas de bilan spécifique à l'enfant avec trisomie 21 ; l'évaluation sera dans un premier temps basée sur l'observation et nécessite une bonne connaissance du développement de l'enfant tout-venant et des particularités relatives à la trisomie 21.

Cependant, il existe différents matériels, non spécifiques à l'enfant avec trisomie 21, destinés à l'évaluation des compétences langagières chez le jeune enfant.

On peut citer l'exemple des enfants trisomiques dans lesquelles on peut observer quatre éléments chez ces enfants :

- La communication et ses précurseurs
- Les compétences cognitives
- La sphère oro-faciale
- Les interactions entre l'enfant et les parents.

Lors de cette prise en charge, l'orthophoniste a pour rôle de susciter et d'accompagner l'envie de communiquer chez l'enfant.

Celle-ci peut débuter dès le plus jeune âge et se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Elle peut se faire aussi bien par l'intermédiaire d'un CAMSP, d'un SESSAD, ou en libéral.

La prise en charge précoce a pour objectif de stimuler la communication préverbale, indispensable au développement du langage et d'éviter que d'autres troubles ne se surajoutent.

Cette intervention aura également des bénéfices sur du long terme : une meilleure interaction avec autrui et une meilleure intégration dans la société (Cuilleret, 2002). (ZAFFINI A- L., 2016, p.21).

Selon Rondal « il faut durant les deux premières années, favoriser l'établissement de la base sémantique du langage... et également favoriser le fonctionnement correct des « outils périphériques »... sensoriel, perceptif et moteur». (RONDAL J, 1996, p15).

2.1 – le travail auprès des parents :

Les parents doivent savoir repérer les tentatives de communication de leur enfant et leur donner au sens. Chez les enfants avec handicap mentale les premières interactions ne se mette pas en place comme chez les enfants tout-venant par exemple on peut citer une pauvreté des réactions, un échange de regarde perturbés, ces différents élément rend la communication difficile entre parent-enfant, donc il est important de développer la relation entre ces deux dernier. Ce qui va permettre aux parents de considérer leurs enfants autant qu'un enfant normal. (ZAFFINI A-L., 2016, p.21).

Donc là les parents ont besoins d'un soutien afin de mettre fin à leur douleurs et d'acceptés le handicap de leurs enfants. Donc ici le rôle du thérapeute il est nécessaire que ce dernier montre aux parents les progressions et les points positives de leurs enfants afin qu'ils puissent avoir un autre œil sur leur fils

Le respect des droits et obligations liés à l'autorité parentale, l'enjeu pour les parents est d'être considérés par les professionnels dans leurs besoins de conseils et d'accompagnement, mais aussi reconnus comme ceux qui connaissent au plus près et au quotidien la situation de l'enfant. Être entendus à leur place de parents suppose qu'ils soient assurés que l'action est menée conjointement, au regard de leur projet éducatif et dans le respect de leurs décisions.

Ils doivent ainsi être écoutés dans leur situation singulière de parents d'enfants en situation de handicap, avec leurs compétences mais aussi avec leurs éventuelles craintes et difficultés. Leur participation constitue donc une condition indispensable au bon déroulement de l'accompagnement.

Le rôle des professionnels est d'associer au projet éducatif des Parents est également de les soutenir dans un rôle actif auprès de leur enfant qui favorise son évolution et son autonomie. Donc il s'agit au professionnels de :

- Aider les parents à coordonner les interventions autour de leur enfant et les soutenir dans leurs responsabilités parentales, sans se substituer à eux, mais au contraire en reconnaissant et en mobilisant leurs
- Compétences et leur expertise en complémentarité de celles des professionnels

Soutenir le transfert de compétences des professionnels aux parents, dans un double objectif :

- Construire la cohérence de certaines interventions.
- Amorcer un processus d'inclusion susceptible d'être accompagné également par l'entourage familial et de généraliser les acquis dans la vie quotidienne (quel que soit le lieu).

- L'adaptation au cheminement des parents par rapport à leur nouvelle situation de vie, à la situation de handicap de leur enfant et son évolution, et les aider à se réorganiser progressivement.
- Recourir à des outils apportant aux équipes une meilleure compréhension des diversités découlant des différences culturelles, sociales et économiques, afin d'ajuster au mieux leur communication avec les familles et d'éviter des maladroites, sources de malentendus.
- Aider les parents à porter un regard sur les compétences et les ressources de leur enfant et à prendre conscience des attitudes qui peuvent parasiter son évolution (surprotection, manque de fermeté...), sans toutefois engendrer des espoirs disproportionnés ou infondés.
- Accompagner la prise de risque inhérente à toute démarche éducative en soutenant les parents dans leurs questionnements et leurs angoisses éventuelles face à la prise progressive d'autonomie, voire d'indépendance de leur enfant.

Être attentif aux demandes et aux besoins d'appui et de soutien émanant des parents et leur proposer différentes modalités :

- Des entretiens individuels avec le psychiatre ou le psychologue du Sessad11 mais aussi avec tous les professionnels du Sessad qui accompagnent leur enfant.
- Une aide dans l'accès à des ressources et compétences extérieures (espace de consultation thérapeutique indépendant du Sessad, soutien d'un service de protection de l'enfance...)
- Des occasions d'échange entre parents.

Celles-ci peuvent prendre diverses formes : des rencontres médiatisées par une activité ou une sortie, des ateliers organisés au Sessad, des groupes de parole animés par un psychologue du service, des rencontres thématiques avec un intervenant extérieur, des formations parents-professionnels. (DUBREUIL B., 2006, P14).

Selon Cuilleret (2007), le terme « travail parental » se justifie par le fait que le professionnel n'est pas le seul détenteur du savoir : les parents ont également un rôle à jouer et cette prise en charge ne peut se construire sans un partage entre ceux-ci et le professionnel. En effet, les parents sont ceux qui connaissent le mieux l'enfant et le professionnel va, quant à lui, les guider grâce à l'accompagnement parental. Cet accompagnement parental permet :

- Un soutien psychologique
- Un apport d'informations : sur les déficits, leurs conséquences et leurs prises en charge
- Une considération bienveillante : il s'agit d'amener les parents à voir leur enfant différemment et ne pas uniquement se centrer sur ses limites, mais aussi sur ses potentiels
- Une attention portée à la fratrie.

2.2- Le travail auprès de l'enfant :

Le jeune en situation de handicap est le principal acteur de ce parcours. D'abord parce qu'il est souvent le mieux placé pour connaître ses capacités et ses limites mais aussi parce qu'il ressent et réagit de façon particulière au regard et à la considération que lui portent sa famille et son environnement.

Il s'agit de susciter l'intérêt de l'enfant par des jeux mais aussi d'utiliser certains comportements qui favoriseront les actes de langage : se placer face à l'enfant, adopter un débit de parole lent et une prosodie adaptée, choisir des mots simples, utiliser des phrases courtes afin de favoriser la compréhension. (ZAFFINI A-L., 2016, p.22).

2.2.1- La prise en charge oro-faciale :

La prise en charge de la sphère bucco-faciale vise :

- La réduction de l'hypotonie bucco-faciale
- L'obtention d'une fermeture buccale,
- La limitation du bavage
- La mise en place d'une respiration nasale
- La diminution des troubles de la déglutition
- La limitation du prognathisme
- L'amélioration de la communication et de l'articulation

L'orthophoniste veillera dans un premier temps à la position de l'enfant et à la stabilité du corps et de la tête : le travail de la sphère orale devant être considéré dans le contexte du corps en entier. (ZAFFINI A-L., 2016, p.22)

Il s'agira ensuite d'améliorer le tonus et la sensibilité de, la sphère bucco faciale en proposant des stimulations de type massage des lèvres (tonification de la lèvre inférieure), tapping (permet un contact des lèvres supérieures et inférieures), des stimulations intra buccales, des exercices de résistance, un travail de fermeture buccale, des exercices de souffle, un travail des praxies.

2.2.2- L'éducation pré-langagière :

Chez l'enfant tout-venant, cette période pré-langagière s'étend de la naissance à dix-huit mois environ. Chez l'enfant avec handicap mentale, elle peut perdurer jusqu'à quatre ans.

Les prés requis altérer ou retardés chez les enfants handicapé mentale :

- Le regard
- Le tonus et la posture

- La mimique
- Sourire-réponse
- L'imitation des gestes, des expressions faciales et des intonations
- Le babillage
- Le pointage proto-impératif et proto-déclaratif.

Les situations communicationnelles sont donc appauvries, sur un plan quantitatif comme sur un plan qualitatif. Nous comprenons alors facilement l'intérêt d'une prise en charge orthophonique précoce. Celle-ci n'a pas pour but de normaliser le développement langagier de l'enfant mais vise à lui permettre de développer au mieux ses potentialités et à améliorer la qualité de la relation parents-enfant.

2.2.3- Les stimulations perceptives :

Elles jouent un rôle fondamental dans la mise en place des habiletés de communication non verbales (attention conjointe, pointage, tours de parole). L'objectif de la prise en charge est d'amener l'enfant à développer ses différents sens, ceci dans le but de permettre une meilleure exploration et compréhension de son environnement (Cuilleret, 2007).

La prise en charge précoce veillera donc à :

- Favoriser le contact oculaire entre la mère et l'enfant en apprenant à la mère à capter le regard de son enfant.
- Travailler la poursuite visuelle en amenant l'enfant à suivre.

2.2.4- La stimulation visuelle :

Le contact visuel est un élément important dans « le développement d'une bonne relation mère-enfant et l'établissement d'un premier système de communication. » (RONDAL J-A 1986., p.38).

La prise en charge précoce doit être :

- Favoriser le contact oculaire entre la mère et l'enfant en apprenant à la mère à capter le regard de son enfant
- Travailler la poursuite visuelle en amenant l'enfant à suivre un objet du regard
- Favoriser l'attention conjointe en amenant l'enfant à s'intéresser à l'environnement
- Favoriser la coordination Visuo-motrice et visuo-auditive en incitant l'enfant à regarder l'objectif qu'il manipule ou l'adulte qui lui parle.

2.2.5- La stimulation auditive :

Ceci sera travaillé par l'intermédiaire des exercices suivants :

- Sensibiliser et rendre l'enfant attentif aux différents bruits,
- Faire prendre conscience à l'enfant des modifications de la voix en variant intensité, intonation et hauteur,

- Développer l'orientation de l'enfant à une source sonore,
- Identification auditive des sons et des bruits (loto sonore)

2.2.6- La stimulation du toucher :

Les exercices d'exploration tactile vont porter sur :

- La sensibilité tactile.
- La préhension.
- La manipulation des objets sera travaillée et permettra d'en connaître leurs caractéristiques physiques.

Cela permettra aux enfants de se construire une représentation mentale de ces objets et de développer leur lexique.

2.2.7- La stimulation du goût :

- Découverte de goûts différents
- Découverte de textures différentes
- Découverte de températures différentes (ZAFFINI A-L., 2016, p.27)

2.2.8- L'espace, le temps, le rythme :

Ces notions sont à travailler simultanément à l'éveil sensoriel. Il s'agit d'amener l'enfant à se situer dans l'espace, par le biais visuel et auditif. Pour cela, l'orthophoniste va inviter l'enfant à regarder des objets ou se tourner vers différentes sources sonores.

Le temps et le rythme étant déficitaires, la phonologie et le rythme de la parole peuvent s'en trouver entravés. L'orthophoniste va alors proposer à l'enfant des jeux de rythme ainsi que la mise en place de routines pour travailler le repérage dans le temps.

2.2.9- Le pointage :

Le pointage fait suite à l'attention conjointe. Chez l'enfant avec trisomie 21, ce n'est pas le fait de pointer qui est perturbé mais la mise en commun d'expériences avec autrui. L'adulte travaillera donc la coordination visuo-motrice.

2.2.10- L'imitation :

L'imitation est un élément indispensable à l'émergence du langage. En ce qui concerne l'imitation gestuelle, l'orthophoniste imite l'enfant (gestes, actions, expressions faciales) afin d'amener ce dernier à imiter l'adulte en retour. Il va également favoriser l'imitation verbale, en parlant beaucoup à l'enfant, en valorisant et en reprenant ses vocalisations.

2.2.11- L'alternance des tours de rôle :

Il s'agit d'obtenir de la part de l'enfant, une vocalisation lorsque c'est à son tour d'intervenir et l'intégration de la notion de demande-réponse. Pour cela, l'orthophoniste peut utiliser des situations de jeux impliquant la notion de « à toi », « à moi ». (ZAFFINI Anne-Lise, 2016, p22-27).

2.2.12- Permanence de l'objet :

Il s'agit de faire prendre conscience à l'enfant qu'un objet existe même lorsqu'il n'est plus dans son champ visuel. Cette notion est la base de représentation symbolique nécessaire à l'acquisition du langage. Elle permet notamment de parler d'un objet absent. Pour cela, l'orthophoniste veillera à proposer :

- La poursuite visuelle avec la disparition de l'objet et sa répartition.
- La recherche d'objets cachés

2.2.13- Le développement cognitif :

L'orthophoniste veillera également à accompagner le développement cognitif. Ce dernier étant un élément soutenant l'émergence du langage. Il s'agira de solliciter la mémoire et l'attention de l'enfant ainsi que l'utiliser des yeux de logique (déduction, invariance, prévisibilité des actions) à travers les différentes activités.

2.2.14- L'oralisation :

Il s'agit d'inciter le bébé à babiller, ou à favoriser la poursuite du babillage. Pour cela l'adulte proposera des jeux et si le babillage est présent, l'enfant sera invité à continuer en reprenant ses productions et en les enrichissant. (ZAFFINI A-L., 2016, p27).

Synthèse :

Ces différents prérequis langagiers doivent être travaillés en parallèle. En effet un développement harmonieux du langage est sous tendu par l'interaction entre ces différentes habilités de communication qui se mettent en place au cours de la première année de vie. C'est durant cette période et grâce à ces différentes acquisitions, que se met en place une bonne relation entre la mère et son enfant et que se préparent les acquisitions nécessaires du langage.

Chapitre II

Le handicap mental

Préambule

- 1- La définition du handicap
- 2- Les types d'handicaps
 - 2.1- Handicap moteur :
 - Handicap moteur d'origine cérébral (IMC) :
 - Handicap moteur d'origine non cérébral :
 - 2.2- Handicap sensorielle
 - Handicap auditive
 - Handicap visuel
 - 2.3- Handicap psychique
- 3- Handicap cognitif :
- 4- La définition de la déficience intellectuelle selon des différentes classifications
 - 4.1- La définition Selon (OMS) l'Organisation mondiale de la santé dans sa classification internationale des maladies CIM10/CIM11
 - 4.2- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la CIM-11
 - 4.3- Définition (APA) l'American psychiatric Association avec le DSM-5(2013)
 - 4.4- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la DSM-5 sont les suivants
- 5- Les classifications
- 6- Les étiologies
- 7- Les maladies associées à la déficience mentale
 - 7.1- Le syndrome de l'x fragile
 - 7.2- Le syndrome de Prader-Willi
 - 7.3- Syndrome d'Angelman
 - 7.4- La trisomie 21

Synthèse

Préambule :

Le handicap fait partir de la vie il désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, les enfants handicapés peuvent être traversés. Dans ce chapitre, nous allons aborder la définition de le handicap mental, les types d'handicaps. Puis on trouve la définition du handicap selon les classifications, ensuite les étiologies et en finale les maladies associées à le handicap mental.

8- La définition du handicap

Selon le dictionnaire d'orthophonie : « D'après la classification internationale des handicaps, le handicap est la conséquence sociale, le désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui ne permet pas à la personne de tenir son rôle normal dans la société, et entraîne donc une inadaptation par extension, on qualifie d'handicapée une personne souffrant d'une anomalie physique ou mentale parmi les causes les plus importantes, on trouve les maladies infectieuses la malnutrition notamment dans les pays en voie de développement, les accidents à la naissance et les mal formation congénitales, parfois d'origine héréditaire, et les accidents. » (BRIN F et al., 2004, p.112).

Le handicap : au sens premier, jeu de hasard (hand in cap : « mains dans le chapeau »), puis désavantage imposé lors d'une épreuve sportive à un concurrent réputé plus fort, ce terme il est utilisé en psychologie de préférence à un déficit, pour signifier le désavantage psychosocial que doit compenser une personne atteinte d'une déficience. La notion handicap est relative aux normes d'usage, au niveau de développement et aux capacités de tolérance du groupe auquel appartient le handicapé. (RONDAL D et FRANCOISE P., 2004, p.338).

Selon l'OMS : L'organisation mondiale de la santé (OMS, 1980) adopte sa première classification des handicaps (CIH1) et elle distingue ainsi les termes suivants :

La déficience : Est la perte ou l'altération transitoire ou définitive, d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente donc toute perturbation de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui en affecte, de façon durable, la croissance, le développement, le fonctionnement. (Michel M et Gwen T., 2004, p.37-38).

L'incapacité : correspond à toute réduction (résultat d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Le handicap : est le désavantage social pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs sociaux et culturels. (YVON L et al., 2010, p.55)

Cette première définition du handicap, de l'OMS, ne prenait cependant pas en compte l'influence de l'environnement comme facteur contributif au handicap. A ce sujet, le Québec a contribué internationalement à inclure la notion que le handicap ne provient pas uniquement

des caractéristiques de la personne, mais également d'un environnement physique et social qui empêche le développement de l'autonomie de la personne.

Le MSSS (2006) définit la personne handicapée par : toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

Certains organismes gouvernementaux ont également défini le handicap. Au Québec, la commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse définit le handicap ainsi : désavantage, réel ou présumé, lié à une déficience, soit une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou logique ou anatomique... ou moyen pour palier un handicap : fauteuil roulant, chien-guide, prothèse... (YVON L et al., 2010, p.56).

9- Les types d'handicaps :

Le handicap a plusieurs types dans lesquelles on sites les suivants

2.1- Handicap moteur :

Handicap moteur d'origine cérébral (IMC) :

« Comme leur nom l'indique, les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole, dans des proportions variables. Ces troubles sont dus à des paralysies, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires. Ils sont décrits soit en fonction de la nature du trouble dominant, soit en fonction de la localisation de l'atteinte L'enfant IMC peut également se voir associer différents troubles à son handicap moteur, par exemple des troubles intellectuels, une épilepsie, des déficits sensoriels, des troubles du langage. »

Handicap moteur d'origine non cérébral :

«Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifiés dans leurs causes, ils limitent de manière variable l'autonomie de l'enfant, et s'accompagnent rarement de troubles associés. On distingue les handicaps temporaires, Définitifs, évolutifs»

2.2- Handicap sensorielle :

Handicap auditive :

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie. L'hypoacousie est une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. L'hypoacousie et la surdité sont des déficiences sensorielles "qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines où l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle"(Deschamps et coll., 1981, P128), dans son aspect le plus important, la communication verbale, où l'acquisition du langage va être impossible ou difficile.

Handicap visuel : « Il existe de nombreux troubles visuels et de gravité variable. L'OMS distingue les déficiences de l'acuité visuelle, les déficiences du champ et les autres déficiences visuelles».

2.3- Handicap psychique :

Est la conséquence de troubles psychique invalidants. Comme le handicap cognitif, le handicap psychique n'implique pas de déficience intellectuelle, il est caractérisé par une alternance état psychique calme ou tendus et par difficulté à acquérir ou exprimer des habilités psychosociale sa ces des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action.il peut donc notamment se traduire par des angoisses, des troubles cognitives mémorisations ; d'anticipation, attention, capacité d'organisation. (BONVIN.2010. P 30-73).

10- Handicap cognitif :

Est la conséquence de dysfonctionnement des fonctions cognitives : troubles de l'attention de la mémoire de l'adaptation au changement du langage, des identifications perceptives des gestes. Le handicap cognitif n'implique pas de d'efficience intellectuelle mais des difficultés à mobiliser ces capacités. (BONVIN.2010. P 30-73).

C'est une insuffisance ou retard dans le développement de l'intelligence , la déficience intellectuelle entraine une incapacité sociale qui peut dans les cas les plus graves , justifier l'institution d'une tutelle , par la suite de son défaut d'intelligence , le déficient mentale est inadapté à la société , manquant de discernement naïf et influençable, il se révèle parfois dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins et de prendre soin de lui – même , il est alors nécessaire de le placer dans un établissement approprié à son état. (Sillamy N., 2003, p.76).

En dépit de l'impossibilité de donner une définition consensuelle du handicap mental, le lien avec la déficience cognitive et le retard intellectuel est unanimement reconnu. Voici ce qu'en dit l'OMS dont le rapport sur la santé dans le monde en 2001 consacre un long chapitre a « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoir ».

La déficience intellectuelle est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Egalement appelé arriération mentale ou déficience intellectuelle, il peut être associé à un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément.

Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptions aux exigences quotidiennes de l'environnement social. On distingue plusieurs degrés de retard mental : léger (QI de 50 à 69), moyen (QI de 35 à 49), grave (QI de 20 à 34) et profond (QI inférieur à 20).

Le handicap mental varie d'une personne à l'autre suivant son origine, l'âge de début, les troubles associés, mais aussi en raison de l'intrication d'autre composantes, personnelle,

relationnelles, environnementales, le tout réalisant un tableau complexe : en fait, chaque personne atteinte représente un cas unique. (Michel Manciaux- Gwen Terrenoire, 2004, p40).

Déficience mentale La «déficience mentale» est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neuro-centrales et intellectuelles. Elle influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectifs, et comportementaux. Les atteintes sont sélectives. Elles sont irréversibles et n'ont pas d'origine génétique directe. Les divers troubles symptomatologiques décrits dans ce livre n'ont aucune pertinence dans les cas de déficience mentale pure. La déficience mentale est un handicap majeur aux étiologies diverses. Chez l'enfant, les étiologies les plus fréquentes sont les troubles de la maturation fœtale, les accidents d'accouchement (cyanoses, anoxie), les accidents néonataux et les maladies de la petite enfance : méningites, accidents cérébraux... Les conséquences sont sélectives, et celles-ci sont complètement indépendantes et différentes des problèmes rencontrés dans les maladies génétiques associées. On note parfois en outre comme conséquences associées des automutilations, des obsessions, des angoisses, des difficultés relationnelles... Sur le plan «intellectuel» la déficience mentale se définit encore aujourd'hui en termes de QI, selon les évaluations suivantes :

- déficience légère : de 100 à 70.
- déficience moyenne : de 70 à 40.
- déficience profonde 40 et moins.

Le diagnostic peut être complexe et diffère pour chacun. La prise en charge de chaque personne est déterminante. Les confusions diagnostiques sont catastrophiques. Même si certains paramètres semblent, à tort, s'intriquer, ils n'ont rien de comparables (au moins dans leurs prises en charge) avec ceux des maladies génétiques dont la prise en charge nous préoccupe (CUILLERET M., 2007, p.16)

11- La définition de la déficience intellectuelle selon des différentes classifications :

4.1- La définition Selon (OMS) l'Organisation mondiale de la santé dans sa classification internationale des maladies CIM10/CIM11 :

La déficience intellectuelle est défini d'après ses classification comme suite :

«Un arrêt ou développent incomplet du fonctionnement mentale, caractérises essentiellement par une altération, durant la période de développement, durant la période de développent, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence c'est-à-dire, des fonctions cognitives du langage, de la motricité et des capacités sociale. Le retard mentale peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément ».

4.2- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la CIM-11 :

- Déficience des fonctions cognitives nécessaire au développement de la connaissance, au raisonnement et à l'utilisation de symboles, par rapport aux personnes de même âge ;
- Difficultés de communication verbale, de vitesse d'apprentissage, mémoire
- Difficultés d'apprentissage ;
- Limitations dans les habilités cognitives, sociales et pratiques
- Difficultés à gérer ses comportements ;
- Apparition de problèmes comportementaux et sociaux au cours de la vie. (BUNTIN W et al., 2016, p111-112).

4.3- Définition (APA) l'American psychiatric Association avec le DSM-5(2013) :

« La déficience intellectuelle est un trouble survenant pendant la période du développement. Elle inclut à la fois des déficits intellectuel et adaptatif dans les domaines conceptuel, social et pratique. ». (DSM-5., 2015, p35).

4.4- Les caractéristiques de la déficience intellectuelle de la DSM-5 sont les suivants :

- A. Déficiences des fonctions intellectuelles, comme raisonnement et la résolution de problème, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage, l'apprentissage par l'expérience et la compréhension pratique, confirmés à la fois par des évaluations cliniques et par des tests d'intelligence personnalisés et normalisés.
- B. Le fonctionnement intellectuel et normalement mesuré au moyen de test d'intelligence qui sont personnalisés, exhaustifs et adaptés à la culture, tout en étant valides rigoureux sur le plan psychométrique.
- C. Le fonctionnement adaptatif suppose un raisonnement adaptatif dans trois domaines : conceptuel, social et pratique

Quand au moins un domaine du fonctionnement adaptatif, conceptuel, social ou pratique, est déficient au point qu'une intervention continue est nécessaire.

Le fonctionnement adaptatif est mesuré au moyen d'une évaluation clinique et ne mesure personnalisés, adaptées à la culture et rigoureuses sur le plan psychométrique.

- D. Début des déficits intellectuels et adaptatifs durant la période de développement. (DSM-5., 2015, p36).

12- Les classifications :

L'objectif de la classification peut être l'approfondissement du diagnostic aussi bien que la construction de groupe pour faciliter la recherche, le remboursement, le financement de service, le soutien, les comparaisons

Tableau 01 : qui présente la classification des niveaux de gravité de la DI

Niveau de gravité de la DI	DSM-4 TR en termes de QI	CIM10 en termes de QI (âge mental)	En général en termes d'
- Léger	50-55 à 70	50 à 69 (9-12 ans)	Entre -2 et -3
- Moyen	35-40 à 50-55	35 à 49 (6-9 ans)	Entre -3 et -4
- Grave	20-25 à 35-40	20 à 34(3-6 ans)	Entre -4 et -5
- Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20 (-3 ans)	Inférieur à -5

La classification selon la gravité de la DI cette classification fait souvent référence aux degrés de gravités de la déficience sur la base du niveau intellectuelle en termes de QI. (BUNTIN W et al., 2016, p11).

Selon J-R Rondal on parle de quotient intellectuel que l'on détermine à l'aide des tests psychométrique (Weschler ou stanford-Binet) permettant d'évaluer le niveau d'handicap mental. (RONDAL J-A., 1985, p07).

L'objectif est de calculer le retard mental de l'enfant en le comparant l'âge mentale déterminé par des tests mesurés avec l'âge chronologique déterminer par les quotient intellectuel se calcule comme suite :

Quotient intellectuel (QI)= âge mentale/âge chronologique× 100

Le DSM5 à quitte le QI en tant que base pour le degré de gravité (une classification des descriptive, plutôt à partir des habilités.

Tableau 02 : Ce tableau présente le degré de gravité selon le DSM5

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	Chez les enfants d'âges préscolaires il peut ne de différence pas y avoir évidente au plan intellectuelle. pour les enfants d'âge scolaire et l'adulte, il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telle que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent, avec besoin d'aides dans un ou	Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple : il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la	Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses paires, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. p

	<p>plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge.</p> <p>La personne a une manière pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge....</p>	<p>conversation, le langage sont plus concret ou immatures que ce qui attendu pour l'âge. il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge.</p> <p>La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; à un jugement social immature pour son âge ...</p>	<p>l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, préparation des repas....</p> <p>La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...</p>
Moyen	<p>...D'ordinaire, la personne à des compétences scolaires de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle....</p>	<p>...La communication et comportements sociaux se diffèrent par rapport aux autres. Les capacités de lier des relations et manifeste avec la famille et les amis</p> <p>Le jugement social et capacité décisionnelle sont limités....</p>	<p>Assurer les besoins personnels concernant la nourriture de l'habillement, l'hygiène personnelle etc....</p> <p>Pour une minorité significative, un comportement inadapté est la cause de problèmes sociaux.</p>
Grave	<p>La personne habituellement une compréhension limitée du langage écrit et la notion</p>	<p>Le langage parlé et assez limités en termes de</p>	<p>La personne a besoin d'aide pour toutes les activités</p>

	<p>impliquant des nombres, des quantités, de temps et a l'argent...</p>	<p>vocabulaire et de la grammaire. Le discours peut se résumer à des mots ou phrase simple et être complété par des moyennes suppléances. Les relations avec les membres de la famille et les approches sont une source de plaisir et d'aide.</p> <p>Le langage parlé eAst relativement limité sur le plan vocabulaire et de la grammaire...</p>	<p>de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller</p> <p>Se laver et utiliser les toilettes. Un comportement inadaptes, inclut l'auto-agressivité, est présent chez une minorité significative de sujets.</p>
Profond	<p>La personne peut utiliser quelque objet de façon appropriée pour prendre soin de lui ...</p> <p>Cependant des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire l'utilisation d'objets.</p>	<p>La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples. Elle exprime très largement ses désirs et ses émotions dans la communication non-verbale et non-symbolique...</p> <p>La personne trouve du plaisir dans sa relation avec les membres de sa famille qu'elle connait bien</p>	<p>La personne dépendant des autres pour tous les aspects de ses soins quotidiens, de sa santé et de sa sécurité bien qu'il puisse aussi être capable de participer à quelques-unes de ces activités.</p> <p>Un comportement inadaptes est présent chez une minorité significative.</p>

(DSM-5., 2015, p.37-39).

13- Les étiologies :

Dans l'ensemble de la littérature scientifique, trois catégories de causes du retard mental existent :

Les causes génétiques environs : 30%

Les causes environnementales : environ 20%

Les causes inconnues : environ 50 %

De façon générale, plus le niveau de retard mental est sévère, plus causes génétiques sont suspectées et l'organicité, présente. Il importe que les parents à risque puissent avoir accès à un conseil génétique dispensé par un médecin généticien ou un conseiller en génétique.

Sans dénigrer l'importance des causes environnementales du retard mentale comme facteur étiologique, rappelons que chez les personnes présentant un QI de 50 et moins, nous pouvons mettre en évidence que les facteurs génétiques ont été identifiés pour deux individus sur 3 (Gillberg, 1995). Walker et Johnson (2006) précisent que 50% de la variance du quotient intellectuel serait d'origine génétique.

Pour Goldfard et Frankel (2007), la prévention de la déficience intellectuelle dans les générations futures sera largement dépendant de la reconnaissance de la cause de ce retard ; à titre d'exemple, les interventions pour prévenir les effets dévastateur l'hypothyroïdie congénitale.

D'autres stratégies préventives existant, comme nous le démontrons dans le présent ouvrage ; par exemple, la diminution du nombre de naissances de bébé prématurés, une plus grande facilité d'accès aux services prénataux et obstétricaux et au dépistage prénatal, la diffusion de campagnes de sensibilisation. (YVON L et al., 2010, p43).

14- Les maladies associées à la déficience mentale :**7.1- Le syndrome de l'x fragile :**

Ainsi appelé en raison d'une cause au niveau du bras long du chromosome X, c'est la première cause de retard mental héréditaire (donc transmissible) et la deuxième cause de retard mental après la trisomie 21. Il se caractérise par une mutation d'un gène sur le chromosome X qui dirige la synthèse d'une protéine, les personnes porteuses d'une pré-mutation sont très nombreuses et peuvent transmettre la mutation à leurs enfants. Lorsque la mutation est complète, on est en présence du syndrome. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles.

Les enfants porteurs de syndrome, qui se révèle progressivement, présentent un retard mental variable (de léger à sévère), des troubles du langage (retard d'acquisition, trouble de la parole), des troubles psychomoteurs (retard, hypotonie), des troubles de comportement (hyperactivité, stéréotypies, impulsivité, colères fréquentes). (CATHERIE T., 2014, p.413).

X fragile



Figure 01 : Le syndrome de l'x fragile :

7.2- Le syndrome de Prader-Willi :

Il se caractérise, dès la naissance, par une forte hypotonie et une hypophagie, puis par une hyperphagie entraînant une obésité importante. L'origine génétique est maintenant connue (délétion du chromosome 15, qui semble liée au côté paternel).

On observe un retard psychomoteur, un retard mental léger et des difficultés d'apprentissage. Ces enfants présentent plus fréquemment des accès de colère et des troubles compulsifs-obsessionnels. (CATHERIE T., 2014, p.425).



Figure 02 : Le syndrome de Prader-Willi

7.3- Syndrome d'Angelman :

Syndrome d'Angelman est d'origine génétique (délétion du chromosome 15, qui semble liée au côté maternel), il s'en distingue par des signes plus marqués : retard du développement psychomoteur, déficience intellectuelle sévère, absence de langage ou langage peu développé (la compréhension est moins touchée que la production) alors que l'appétence à la communication est présente. Ils ont des difficultés d'attention mais une bonne mémoire, une

bonne intégration perceptivo-motrice mais des stéréotypies motrice manuelle. Ce sont des enfants sociables. (CATHERIE T., 2014, p.425).



Figure03 : Syndrome d'Angelman

7.4- La trisomie 21 :

La trisomie 21, également connu sous le nom syndrome de Down. Cette maladie liée à la présence dans les cellules, d'un chromosome surnuméraire sur les 21 paires. Ce chromosome supplémentaire permet d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie : Retard psychomoteur et déficience intellectuelle. La rééducation orthophonique regroupe plusieurs aspects concernant la guidance parentale, la communication, le développement cognitif et langagière (langage, parole, articulation), les apraxies, la déglutition, etc. L'éducation précoce possible favoriserait l'émergence du langage : un enfants trisomique pris en charge précocement en orthophonie parle plus tôt et développe plus longtemps ses capacités langagières. (BRIN F et al., 2004, p.268).

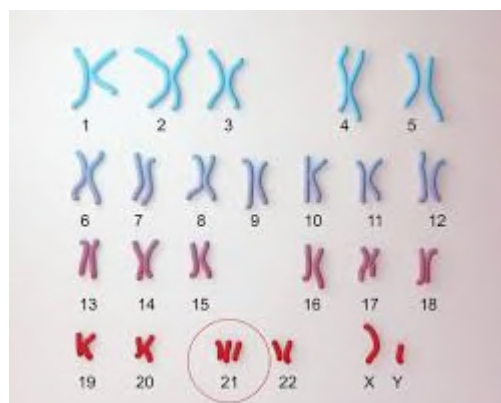


Figure 04 : trisomie 21

Synthèse :

En guise de ce chapitre, on constate que le handicap mental, est une maladie qui a ses causes et qui nécessite une prise en charge orthophonique pour mieux développer leurs capacités langagières. Dans le chapitre prochain, nous abordons le développement du langage oral.

Chapitre III

Le développement du langage oral

Préambule

1- Définition de langage

- Le langage oral

2- principales étapes de développement du langage oral chez l'enfant normal

2.1 La période pré linguistique

2.1.1 . L'apprentissage des phonèmes

2.1.2 L'apprentissage des mots

2.2 La période linguistique

3- Les principales étapes de Développement du langage chez l'enfant porteur de trisomie 21

3.1 Le développement non verbal

3.2 Le développement de la communication verbale

3.3 Capacités réceptives

3.4 Capacités expressives

3.5 Capacités pragmatiques et sociales

4- Trouble du cognitif et du langage et prises en charge

Synthèse

Préambule :

Dans ce chapitre on s'est intéressé au langage oral et son développement chez l'enfant normal et chez l'enfant trisomique.

1- Définition de langage :

Selon le dictionnaire d'orthophonie le langage se définit comme un système de signe propre à favoriser la communication entre les êtres. La réalité sa définition est en fait très complexe puisqu'elle concerne des disciplines variées : c'est un acte psychologique, psychologique et social (Frédérique BRIN et al., 2004, p.133).

Le langage peut se définir comme un système de communication. Dans le cas des êtres humains, le langage est principalement développé plus spécialisé que celui des autres espèces animales, étant donné qu'il est physiologique et psychique à la fois. Le langage nous permet d'abstraire et de communiquer des concepts.

Une séparation technique donne la possibilité de reconnaître les trois sphères du langage : la forme (elle comprend la phonologie, la morphologie et la syntaxe), le contenu (la sémantique) et l'utilisation (la pragmatique). Pour le linguiste Ferdinand de Saussure, le langage se compose de la langue (il s'agit de l'idiome, un modèle général et constant pour les membres d'une collectivité linguistique) et de la parole (la matérialisation momentanée de ce modèle ; c'est un acte individuel et volontaire qui a lieu par le cote de la phonation et de l'écriture). (Sillammy., N, 2004, p.343- 344).

Le langage peut être défini de façon générale « comme un système désignes propre à favoriser la communication entre les êtres. »

RONDAL ajoute par ailleurs que le langage est « une fonction complexe qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées, au moyen de signes acoustiques ou graphiques. » (PIAZZA. S et BAN D., 2003, P.154).

Le langage est ainsi un outil de communication qui présente deux aspects, la compréhension et l'expression.

Pour Descartes, le langage est ce qui fait le critère de l'humain « L'homme est capable d'arranger ensemble diverses paroles et d'en composer un discours ». (Patrick. B., 1999, P.18).

Le langage renvoie au code ou au système linguistique qui est utilisé dans des actes concrets de parole est l'activité qui met en branle les règles qui président à la combinaison des sons, des syllabes, des mots, et des à l'organisation des phrase de façon à pouvoir communiquer du sens. (Lambert. J., L et Randal., A.2006, P 61-62).

- **Le langage oral :**

Est une activité à interaction avec l'autre, considéré comme prioritaire par rapport à l'écrit en raison du fait qu'il est premier aux plus phylogénétique et ontogénétique plus souvent pratique à la vie quotidienne. Le langage parlé, nous avons besoin de trois éléments constitutif :

Ensemble de sons de base que les linguistes appellent des **phonèmes**.

Le deuxième élément est le **morphème**, la plus petite unité de langage porteuse d'une signification.

Finalement, notre nouveau langage doit posséder une **grammaire**, un système de règles (appelées sémantique et syntaxe) qui nous permet de parler et de comprendre la **sémantique** correspond aux règles que nous utilisons pour déduire une signification des morphèmes, des mots et même des phrases. Une règle sémantique nous dit qu'ajouter le suffixe *ait* à *mange* signifie que cela se passait dans le passé. la **syntaxe** se réfère aux règles que nous utilisons pour ordonner les mots dans la phrase. (David. G., et Myers. J., 1992, P342).

2- Les principales étapes de développement du langage oral chez l'enfant normal :

Deux périodes essentielles sont repérables dans l'évolution du langage oral la période pré linguistique et la période linguistique.

3.1- La période pré linguistique :

Le nouveau-né montre un intérêt privilégié pour la voix humaine et est capable de différencier des phonèmes. Les cris, premières productions vocales de l'enfant se diversifient dès les premières semaines en fonction des états éprouvés par l'enfant (faim, douleur, appel) ; la mère leur attribue déjà des significations, et les fait entrer dans un premier système de communication.

Au cours du deuxième mois apparaissent d'autres vocalisations (babil, jasis ou lallation). Il semble s'agir au début d'un jeu moteur, source de plaisir pour l'enfant, qui s'enrichit progressivement.

3.2- L'apprentissage des phonèmes :

L'apprentissage des phonèmes de la langue est lié à une capacité innée de percevoir l'ensemble des contrastes sonores utiles pour la parole. Par exemple, les sons consonnes /b/ et /d/ sont deux phonèmes dont les caractéristiques acoustiques sont très proches. Ces deux sons doivent être distingués en français, ils doivent être perçus de façon « catégorielle » (ils appartiennent en effet à des catégories différentes), sinon on ne pourrait pas faire la différence entre les mots « dent » et « banc ».

Le nourrisson de quelques jours est parfaitement sensible à ce type de différence, cette

capacité a également été observée chez des fœtus de 36-40 semaines. On a aussi observé que les nourrissons sont sensibles aux contrastes phonétiques de toutes les langues.

À partir de l'âge de six mois environ, les nourrissons vont progressivement perdre cette capacité à distinguer les contrastes non pertinents pour leur langue maternelle au contact de cette dernière. (MARC. D., 2009, p20-21).

3.3- L'apprentissage des mots :

Les sons de la langue sont organisés en mots eux-mêmes organisés en morphèmes (les plus petits éléments porteurs de sens). Ainsi, le mot « danseur » est constitué de deux³ unités de signification : « dans- » qui indique la nature de l'action et « -eur » qui apporte une information relative au genre (masculin) de l'agent de cette action. Chacune de ces unités est un morphème.

On distingue deux sortes de morphèmes :

- **les morphèmes lexicaux :** (encore appelés lexèmes) qui constituent une marque d'appartenance à une famille de mots.
- **les morphèmes grammaticaux :** Qui constituent des marques des variations de la forme des mots selon les catégories du nombre, du genre, de la personne, du temps... Exemple : les mots « danseur », « danseuse » et « danser » appartiennent à la même famille, dont la marque est portée par le morphème lexical « dans- ». En revanche les morphèmes « -eur », « -euse » et « -er » sont des morphèmes grammaticaux qui marquent respectivement le masculin, le féminin et l'infinitif. Certains mots sont uniquement constitués d'un morphème lexical (« fleur », par exemple) ou d'un morphème grammatical (les pronoms personnels « je », « tu », « il »...).-12 mois. Cependant, avant cet âge, le nourrisson.

Les capacités expressives chez l'enfant normal :

Babillage :

Jusqu'à 2 mois, dominent les vocalisations quasi réflexes (pleurs, sons végétatifs). Entre 2 et 4 mois, le bébé produit des sons pré vocaliques dont la durée augmente jusqu'à 1 400 millisecondes. Entre 4 et 8 mois, apparaît le babillage, première production langagière. L'enfant produit des quasi-voyelles, des clics, des prés consonnes palatales, arrondies, puis des syllabes complètes et bien formées (principalement de type consonne/voyelle), qui peuvent être répétées ou diversifiées.

Enfin, entre 9 et 15-18 mois, apparaissent des prés mots, qui permettent de signifier de façon stable une unité de référence. L'enfant ne babille pas au hasard, mais en utilisant les associations consonnes/ voyelles produites dans la langue parlée autour de lui : il babille dans sa langue.

Le caractère canonique du babillage a été mis en évidence par des recherches impliquant des adultes qui ont pu identifier, à partir d'enregistrements sonores, les babillages d'enfants de leur langue. L'analyse acoustique confirme l'existence d'une bonne correspondance entre les caractéristiques spectrales et prosodiques du babillage et la parole adulte produite autour de l'enfant.

L'ordre d'acquisition des phonèmes produits au cours du babillage, notamment des consonnes, correspond à leur degré de difficulté articulaire.

L'enfant maîtrisant d'abord le plus externe (les lèvres), il produit en premier des consonnes labiales. La différenciation consonantique procède ainsi selon le mode et le lieu d'articulation. La première voyelle émise par l'enfant est souvent le /a/ et la première consonne le /p/. Ces deux phonèmes offrent un très fort contraste acoustique et articulaire. La voyelle /a/ est obtenue par une large ouverture buccale et la vibration des cordes vocales sans limitation de durée, l'énergie acoustique étant concentrée en une bande spectrale étroite, tandis que la consonne /p/ a des caractéristiques acoustiques et articulaires inverses. Jakobson a émis l'hypothèse, aujourd'hui généralement acceptée, que le développement phonologique se faisait des phonèmes les plus contrastés (comme /a/ et /p/) aux moins contrastés (/cha/ par exemple). L'enfant imite les séquences syllabiques produites par les adultes en les simplifiant. (Monique Plaza., 2014, p105-106).

Production lexicale :

Pour produire un mot, l'enfant doit le sélectionner dans le répertoire lexical, en trouver le programme phonétique correspondant et planifier les séquences articulaires nécessaires à sa prononciation.

Les premiers mots de l'enfant, entendus et identifiés comme tels par les adultes, apparaissent entre le 11e et le 14e mois. Les enfants mettent cinq ou six mois pour constituer un répertoire de cinquante mots.

Ils produisent en moyenne dix mots à 13 mois, cinquante mots à 17 mois, et trois cent dix mots à 24 mois. La variabilité des performances entre les enfants est très importante jusqu'à la 3e année.

Entre 16 et 20 mois, l'augmentation du vocabulaire est particulièrement sensible. Vers la fin de la 2e année, alors que l'enfant atteint un stock de production de soixante à soixante-dix mots, se produit la phase de l'explosion lexicale : sont énoncés entre quatre et dix mots nouveaux par jour. Désormais les mots sont codés comme des unités phonétiques porteuses d'informations non seulement sémantiques, mais aussi grammaticales.

Les enfants produisent des unités lexicales variées, avec des éléments d'ordre social et pragmatique (non, allo, au revoir), des onomatopées, des interjections, des expressions figées comme ça y est ou a plus. Les noms, termes à fonction référentielle, sont utilisés pour désigner

des entités (exemple : maman, oiseau, voiture). Les verbes et les adjectifs, termes à fonction prédicative, désignent des actions, des états, des propriétés ou des qualités attribués aux entités. L'enfant produit également des mots fonctionnels dits grammaticaux ou de classe fermée comme les déterminants, les pronoms, les prépositions et les conjonctions. (Monique Plaza., 2014, p.106-107).

Production de phrases :

Durant une phase intermédiaire, après la production de mots uniques, l'enfant énonce deux ou trois mots ayant un contour intonatif propre et séparés par une pause de durée variable (exemple : Papa... parti). Par la suite, la pause est supprimée et les deux mots sont produits avec le même contour intonatif, la voix s'abaissant par exemple sur le second mot, comme il est d'usage en français.

Les messages verbaux qui combinent plusieurs mots permettent de donner une valeur expressive et informative plus riche aux énoncés. L'accès au langage combinatoire vers 20-24 mois est donc fondamental pour l'expression du sens. La trame qui les préfigure n'est pas ordonnée de façon séquentielle, mais elle est polarisée sur l'élément central, le plus souvent le verbe. L'ordre des mots et les marques morphologiques sont essentiels pour traduire en surface les relations de sens que l'enfant veut exprimer et transmettre : accord en genre et nombre entre article et nom, entre article, adjectif et nom, accord en nombre entre le sujet et le verbe, marquage du temps, etc. Dès 30 mois environ, l'enfant ordonne correctement la plupart des énoncés. L'utilisation des énoncés ainsi produits, dans un contexte fonctionnel et social déterminé, s'inscrit dans le domaine de la pragmatique. (Monique Plaza ., 2014,P.108-109).

Discours :

Pour produire un discours, capacité qui apparaît vers 5 ans, l'enfant doit utiliser le langage de façon non contextuelle en évoquant des personnages ou événements absents, et tenir compte des connaissances de l'interlocuteur. Il doit également marquer les relations entre les phrases successives. Karmiloff-Smith (1992) distingue trois phases de développement pour cette composante : de 3 à 5 ans, de 5 à 8 ans et de 8 à 12 ans. Dans un récit généré à partir d'images, l'enfant passe, par exemple, d'un emploi essentiellement contextuel et déictique des pronoms (lui il fait ceci, cela) désignant le personnage représenté sur l'image à un usage répétitif contraint par l'existence d'un sujet unique (le petit garçon court, crie...), puis à un usage plus souple et plus adapté, qui permet à d'autres personnages de devenir sujets grammaticaux. Ainsi, le fonctionnement local et correct du pronom, d'abord piloté par la vue de l'image isolée, est intégré dans la représentation de la structure d'ensemble du récit, tout en restant fortement contraint par elle.

Finalement, cet emploi est intégré dans l'ensemble des connaissances à la fois linguistiques et cognitives du narrateur. (Monique.Plaza., 2014, p.110).

2.2- La période linguistique :

L'apparition des premiers mots se fait entre 12 et 16 mois. Il s'agit de mono ou dissyllabes régulièrement produites par l'enfant dans certaines situations (demande, désignation). L'acquisition des premiers mots est relativement lente jusqu'à 16 mois (moyenne 30 mots) et très variable d'un enfant à l'autre.

A partir de l'âge de trois ans environ, l'enfant va progressivement abandonner les structures rudimentaires et s'approprier des constructions linguistiques de plus en plus conformes au langage de l'adulte. Cette évolution qualitative s'accompagne d'une évolution quantitative importante sur le plan du vocabulaire. (MARC. D., 2009, p21-22-23).

Les premiers mots : Correspondent à des productions sonores simple de type syllabe redoublée comme « Mama » ou « papa », régulièrement répétées par l'enfant dans certaines situations (désignation d'un objet, demande...). Ils sont donc porteurs de sens. Cependant, ils n'ont pas toujours la même signification que celle prêtée par les parents. Par exemple, nous dit Agnès FLORIN, il est difficile de savoir, au moment de la présentation du repas, si le mot « Mama » est là pour évoquer la mère ou le fait de manger. En verbalisant ses interprétations, l'adulte va donner sens à la production de l'enfant et stabiliser ces formes phonétiques. (CANO.C., 2012, P13-14).

Le développement du vocabulaire et du sens des mots : A deux ans, pour près d'un enfant sur deux, le vocabulaire peut atteindre deux cents mots. Vers dix-huit mois, l'enfant commence à construire des énoncés en combinant deux mots de sens différents. Exemples : « Bébé dodo » ou « Papa pâti ». A la même période apparaît la négation : « Bébé non dodo », « Papa non pâti »...

Les simplifications de la syntaxe du « petit langage » s'accompagnent de simplifications phonématiques caractérisées par une utilisation réduite et imprécise de la gamme des sons de la parole. Ces simplifications sont généralement causées par :

- **Des omissions :** il peut s'agir d'omissions de syllabes (« kola » pour « chocolat », « mener » pour « promener »...) ou d'omissions plus discrètes, au niveau des phonèmes (par exemple, « pâti » pour « parti »).
- **Des substitutions :** dans le cas d'une substitution, l'enfant remplace un phonème non encore acquis par un phonème très proche sur le plan articulatoire. Exemple : acquis relativement tard, le phonème /s/ est habituellement remplacé dans le « petit langage » par le phonème /t/ acquis plus tôt et dont le point articulatoire, c'est-à-dire la façon de placer la langue pour le prononcer, est proche. « Assis » devient volontiers « Ati ».
- **Des assimilations :** ou facilitations articulatoires : l'enfant rapproche les points articulatoires de deux consonnes d'un même mot. Par exemple, le point articulatoire du son /g/ se rapprochant de celui du son /t/, le mot « gâteau » est ainsi prononcé « tato ».

Ces diverses simplifications sont liées à une progression relativement lente dans l'acquisition du système phonologique.

La période d'enrichissement spectaculaire du vocabulaire : est marquée de trois ans en moyenne, caractérisée par le capital de mots évolue de 200 mots en moyenne à l'âge de deux ans à 1 500 mots vers 4-5 ans. Sur le plan qualitatif, on observe l'apparition d'énoncés (un énoncé est la réalisation concrète d'une phrase dans une situation de communication). Cependant, l'acquisition de phrases grammaticales (phrases caractérisées par un ensemble de règles de bonne formation) ne semble pas résulter d'un simple processus de répétition ou d'imitation. L'enfant participe activement à la construction de son propre langage : il déduit de l'expérience linguistique des principes de fonctionnement qu'il applique à des situations nouvelles. Pour progresser sur le plan du langage, il effectue constamment une comparaison entre ses propres productions et celles que lui adresse son entourage.

Les premières phrases :

Le stade syntaxique s'étend à peu près de 18 mois à 5 ans. Contrairement au vocabulaire qui est transmis, la syntaxe est extraite, son apprentissage se fait par déduction, invention et création : les enfants fabriquent par expérience des énoncés. En effet, s'émerveille Roger BROWN, « ils ne se contentent pas de graver dans leur mémoire des phrases prononcées par d'autres. Ils extraient du langage des autres un ensemble de règles de construction qui leur permettent de former à l'infini des phrases nouvelles qui seront correctement comprises au sein de leur communauté linguistique ». Toutes ces règles de grammaire sont apprises implicitement, précise également ce psychologue. (MARC. D., p23-24).

La grammaire de l'enfant est donc composée des combinaisons suivantes, comme nous le résume RONDAL: P + O (ex : laver mains, a'voirmama pour « au revoir maman », veux bonbon, vois pomme, apuapin, patibébé, boum bateau pour « le bateau est tombé»,...); O+ P ex: (tautaamapour«l'auto est à moi»,mamieènèna pour « Mamie elle est là », ...) et exceptionnellement O + O (ex : apin bébé pour « le lapin de bébé », amiô broum-broum pour « le camion fait broum broum », Selon Mac NEIL, la classe pivot comprend tous les mots qui ont un sens grammatical, c'est-à-dire tous ceux qui deviendront des articles, pronoms démonstratifs ou possessifs, adjectifs... L'agencement des premiers mots ne semble donc pas être le fruit du hasard.

Les constructions morphosyntaxiques ne sont pas encore complètes à ce stade et peu de mots de fonction sont utilisés. Mais les relations sémantiques ont tendance à se complexifier avec les énoncés de 3 mots notamment. L'organisation de la phrase va alors dépasser cette grammaire pivot, au profit des règles d'ordre établies dans la langue adulte. (CANO.C., 2012, P 18-19).

3- Les principales étapes de Développement du langage chez l'enfant porteur de trisomie 21 :

Chez l'enfant porteur de trisomie 21, son développement prend plus de temps par rapport

ou enfants normal. Il y'a trois périodes dominante dans le développement de langage chez les enfants trisomique : la période pré linguistique, la période langagier, la période de développement langagier.

3.1- Développement non verbal :

Chez le jeune enfant de 0 à 20 mois. Le langage apparaît dès les premiers mois de vie grâce à la relation entre le bébé et son entourage. La communication ne concerne pas uniquement le langage, elle 'installe avant ce dernier.

Selon RONDAL (1995), le bébé porteur de trisomie 21 est dit très calme. Les parents se sentent démunis face à cet enfant peu actif ans la communication. A cause de ses difficultés (motrices, intellectuelles...), l'enfant porteur de trisomie 21 est touché dans sa communication non verbale : regard, posture, imitation, attention conjointe, tour de rôle, initiation de l'interaction, expression du visage.... Par rapport à l'enfant tout venant, l'apparition des sourires intentionnels et les contacts oculaires chez 'enfant trisomique sont plus tardifs. Cela peut affecter la relation mère-enfant et voir des conséquences au niveau des interactions. L'arrivée du babillage survient en général à un âge normal, mais il est moins destiné à la communication et les productions vocales stagnent. (Lucie. P., 2014, p.7).

3.2- Le développement de la communication verbale :

Céleste et Laura (2000) soulignent l'influence des difficultés évoquées lors de la période pré-linguistique, sur la capacité de 'enfant trisomique à se positionner comme « sujet », « interlocuteur ». Par ailleurs, tous les auteurs s'accordent à dire que la période langagière chez les enfants porteurs de trisomie 21 est dans l'ensemble similaire à celui des enfants out -venant quant à la succession des acquisitions. La différence réside dans le décalage temporel des acquisitions et l'allongement des différents stades. (Mylène ET Lucie, L. 2013, P23)

Les contenus sémantiques :

L'augmentation de la longueur des énoncés est retardée chez l'enfant porteur de trisomie 21. Ainsi, en l'absence d'éducation précoce, l'enfant trisomique sera capable :

- vers 4 ans : de combiner 1 à 2 mots
- vers 7 ans : de combiner 3 à 4 mots
- vers 10-11 ans : de produire des énoncés de 5 ou 6 mots.

Néanmoins, on constate que les enfants porteurs de trisomie 21 et les enfants tout-venant emploient, dans les mêmes proportions, des énoncés sans verbe, des adjectifs et des adverbes. Le développement morphosyntaxique est donc lui aussi **retardé** par rapport à l'enfant ordinaire mais procède de la même manière.

Cependant, l'écart de niveau persistant, le développement morphosyntaxique restreint complet. Ainsi la formulation de questions et de messages complexes poseront souvent problème aux personnes porteuses de trisomie 21 Les flexions de verbes, articles, prépositions, pronoms et conjonctions resteront souvent peu employés ; les phrases pourront être grammaticales. (Lacombe, Brun, V. 2008, p13-14).

3.3- Capacités réceptives :

De nombreuses études montrent que la majorité des enfants porteurs de trisomie 21 présentent un niveau de compréhension supérieur au niveau d'expression.

Selon Lacombe et coll. (2008), la plupart des sujets porteurs de trisomie 21 acquièrent un stock lexical passif en cohérence avec leur niveau cognitif. Il constituera même pour certains une force pendant la période scolaire.

Du point de vue de la compréhension morpho-syntaxique, si les structures simples liées à des situations familières sont bien traitées, on note en revanche des difficultés dans la compréhension des structures syntaxiques plus complexes. D'autant plus si le contexte extralinguistique est absent et ne favorise pas la réception du message. Pour Chevrie-Muller et Narbona (2007), ces difficultés relèveraient des déficits cognitifs portant sur la mémoire à court terme et sur la capacité de généralisation des règles. (Lacombe.V., Brun, 2008, P.07).

3.4- Capacités expressives :

Chez les enfants les plus jeunes, on vérifie le niveau développemental et qualitatif du pré langage : cris, vocalisations, jaisais, babillage rudimentaire ou canonique... certains travaux suggèrent un retard dans l'apparition du babillage canonique chez l'enfant trisomique. Ce retard semble varier suivant les périodes d'âge et les émissions vocales semblent suivre une progression similaire à celle observée chez les enfants tout-venant. Selon certain. Le délai d'apparition du babillage pourrait être mis en lien avec le fait que les bébés trisomique distinguent plus tardivement (4 mois) que les bébés tout-venant (2 mois) les situations à caractère social.

En outre, alors que chez l'enfant tout-venant les vocalisations diminuent vers l'âge de 4 mois au profit d'une meilleure écoute de l'entourage, celles de l'enfant trisomique sont plus nombreuses à la fin de la première année, au détriment d'une écoute soutenue. Il est important d'évaluer l'aspect fonctionnel des praxies orales faciales. Les enfants trisomiques présentent des particularités de la sphère bucco-faciale : leur palais est ogival, leur langue souvent prorusse, leurs muscles articulatoires hypotoniques ; on constate parfois la présence de malocclusions et d'anomalies dentaires de nombre, de forme, de structure. Ces particularités morphologiques expliquent en partie les difficultés articulatoires présentes chez la plupart des enfants porteurs de trisomie 21 : certains phonèmes (constrictives sourdes [f, s, ch.] et sonores [v, z, j] apparaissent plus tardivement, ce qui nuit à l'intelligibilité de l'enfant. Les facteurs anatomiques, linguistiques, et cognitifs affectent l'articulation, mais également le débit, la fluidité et la qualité

de la voix.

L'évaluation du langage oral chez les enfants porteurs de trisomie 21 :

Chez les enfants plus grands ou présentant un meilleur niveau de développement, on évalue les secteurs formels du langage à l'aide de batteries de tests :

- La phonologie : des épreuves de répétition de mots (N-EEL, ELO, BEPL...) sont proposées à l'enfant afin d'écarter ou de mettre en évidence un trouble de la programmation phonologique.
- Le vocabulaire : le stock lexical actif va être évalué par des subtests de dénomination (N-EEL, ELO, L2MA...).
- Le vocabulaire : le stock lexical actif va être évalué par des subtests de dénomination (N-EEL, ELO, L2MA...).
- La morphosyntaxe : ce niveau de langage oral expressif peut être évalué sur un mode spontané ou spontané induit (conversation, activités ludiques partagées) ou par des tests morphosyntaxiques spécifiques (TLC) ou encore par des subtests de batteries classiques de langage (ELOA, L2MA, N-EEL, BEPL). Les performances des enfants varient en fonction des situations langagières. Pour les enfants plus performants, on peut présenter des épreuves induisant l'utilisation de morphèmes précis (ELO, TCG-R) qui rendent plus saillantes les difficultés morphologiques, alors qu'elles peuvent passer inaperçues en spontané.

Les habiletés expressives de l'enfant trisomique accusent des retards notamment sur le plan morphosyntaxique : les déficits touchent les habiletés narratives, la formulation de questions, la production de messages complexes ; on note une utilisation réduite de la flexion des verbes, des articles, des prépositions, des pronoms, et des conjonctions. Par ailleurs, l'intelligibilité des propos est généralement atteinte : l'encodage phonologique est souvent déficitaire chez l'enfant trisomique, avec difficultés accrues concernant les mots longs. (Lacombe., Brun, 2008, P. 08)

3.5- Capacités pragmatiques et sociales :

Le niveau pragmatique concerne les aspects sociaux du langage ; on évalue la capacité de l'enfant à adapter son discours à la situation, à son interlocuteur et aux connaissances de son interlocuteur sur le sujet du discours. Il s'agit de l'acte de langage défini par Austin et Searle. L'utilisation fonctionnelle du langage peut être évaluée dans différentes situations socio communicatives (demande d'aide, expression d'un désir, commentaire, récits d'évènement vécus, expression d'un sentiment, accès à l'humour...) et dans des situations conversationnelles (initiatives dans les échanges, réponses, maintien de thème, de l'échange, tour de parole, informative et cohésion). Le test de Shulman permet une évaluation des capacités pragmatiques

par le biais de jeux (conversation entre deux marionnettes, conversation téléphonique, dessins, jeu de construction). Les habiletés sociales des enfants présentant une trisomie se reflètent dans les forces observées sur le plan pragmatique de leur communications : ces enfants manifestent une conscience de l'autre en ajustant leurs propos à leur interlocuteur ; lorsqu'ils présentent des difficultés de communication verbale importantes, ils montrent leur souhait de maintenir l'échange en ayant recours à des moyens de suppléance (gestes, pantomime, mimique faciales). (Lacombe.V., Brun, 2008, P.09).

4- Trouble du cognitif et du langage et prises en charge :

La connaissance des troubles cognitifs permet de comprendre les origines des troubles langagiers et explique pourquoi l'organisation spontanée pré-langagière et langagière est déficitaire dans divers domaines. La prise en charge de ces troubles doit être précoce et systématique. Elle comprend la prise en charge :

- Des déficits perceptifs centraux et d'abord des difficultés oculomotrices et auditives qui gênent la mise en place des règles déictiques, celles des organisations pré conversationnelles, donc la prise de parole de l'enfant et ses initiatives langagières :
- La mise en place des fondements du développement cognitif de base et particulièrement des notions de rythmes espace/temps
- L'extériorisation des sons et leur organisation vers les intuitions articulées. Sans ai des très précises apportées ces domaines, l'enfant n'a pas le plaisir de communiquer, il donc lui donner ce plaisir le plus vite possible. Tout doit se faire au travers d'échange ludique de plaisir. La mise en place des modes de communication est fondatrice et doit respecter des modalités précises. Toutes les de ces prises en charge, ainsi que la nécessaire prise en charge oro-praxique. (Monique CUILLERET, 2007, p 123).

4.1 Période langagière :

Comme nous l'avons vu précédemment, les différents aspects sociaux et cognitifs développés dans la période pré-linguistique sont à priori directement u indirectement liés au développement de la communication et du langage.

C'est à ce propos que Céleste et Laura (2000) soulignent l'influence des difficultés évoquées lors de la période pré-linguistique, sur la capacité de 'enfant trisomique à se positionner comme « sujet », « interlocuteur ». par ailleurs, tous les auteurs s'accordent à dire que la période langagière chez les enfants porteurs de trisomie 21 est dans l'ensemble similaire à celui des enfants out -venant quant à la succession des acquisitions. La différence réside dans le décalage temporel des acquisitions et l'allongement des différents stades. (Mylène ET Lucie, L. 2013, P23).

4.2.1. Les contenus sémantiques :

L'augmentation de la longueur des énoncés est **retardée** chez l'enfant porteur de trisomie 21. Ainsi, en l'absence d'éducation précoce, l'enfant trisomique sera capable :

- vers 4 ans : de combiner 1 à 2 mots
- vers 7 ans : de combiner 3 à 4 mots
- vers 10-11 ans : de produire des énoncés de 5 ou 6 mots.

Néanmoins, on constate que les enfants porteurs de trisomie 21 et les enfants tout-venant emploient, dans les mêmes proportions, des énoncés sans verbe, des adjectifs et des adverbes. Le développement morphosyntaxique est donc lui aussi **retardé** par rapport à l'enfant ordinaire mais procède de la même manière.

Cependant, l'écart de niveau persistant, le développement morphosyntaxique restreint complet. Ainsi la formulation de questions et de messages complexes posent souvent problème aux personnes porteuses de trisomie 21. Les flexions de verbes, articles, prépositions, pronoms et conjonctions resteront souvent peu employés ; les phrases pourront être grammaticales. (Lacombe, Brun, V. 2008, p13-14).

4.2.2. Les capacités discursives :

Les difficultés de synthèse exposées dans la partie « troubles cognitifs » de l'onglet symptomatologie s'observent également au niveau linguistique. Ainsi lors du discours, la personne porteuse de trisomie 21 s'attache souvent aux différents détails, ne synthétise pas, et fait peu de liens entre les idées, rendant son récit difficile à suivre pour l'interlocuteur.

Du point de vue de la compréhension morphosyntaxique, si les structures simples liées à des situations familières sont bien traitées, on note en revanche des difficultés dans la compréhension des structures syntaxiques plus complexes. D'autant plus si le contexte extralinguistique est absent et ne favorise pas la réception du message.

4.2.3. Capacités expressives :

Chez les enfants les plus jeunes, on vérifie le niveau développemental et qualitatif du pré langage : cris, vocalisations, jaisais, babillage rudimentaire ou canonique... certains travaux suggèrent un retard dans l'apparition du babillage canonique chez l'enfant trisomique. Ce retard semble varier suivant les périodes d'âge et les émissions vocales semblent suivre une progression similaire à celle observée chez les enfants tout-venant. Selon certains. Le délai d'apparition du babillage pourrait être mis en lien avec le fait que les bébés trisomiques distinguent plus tardivement (4 mois) que les bébés tout-venant (2 mois) les situations à caractère social.

En outre, alors que chez l'enfant tout-venant les vocalisations diminuent vers l'âge de 4 mois au profit d'une meilleure écoute de l'entourage, celles de l'enfant trisomique sont plus nombreuses à la fin de la première année, au détriment d'une écoute soutenue. Il est important d'évaluer l'aspect fonctionnel des praxies orales faciales. Les enfants trisomiques présentent des particularités de la sphère bucco-faciale : leur palais est ogival, leur langue souvent prorusse, leurs muscles articulatoires hypotoniques ; on constate parfois la présence de malocclusions et d'anomalies dentaires de nombre, de forme, de structure. Ces particularités morphologiques expliquent en partie les difficultés articulatoires présentes chez la plupart des enfants porteurs de trisomie 21 : certains phonèmes (constrictives sourdes [f, s, ch.] et sonores [v, z, j] apparaissent plus tardivement, ce qui nuit à l'intelligibilité de l'enfant. Les facteurs anatomiques, linguistiques, et cognitifs affectent l'articulation, mais également le débit, la fluidité et la qualité de la voix. Chez les enfants plus grands ou présentant un meilleur niveau de développement, on évalue les secteurs formels du langage à l'aide de batteries de tests :

- La phonologie : des épreuves de répétition de mots (N-EEL, ELO, BEPL...) sont proposées à l'enfant afin d'écarter ou de mettre en évidence un trouble de la programmation phonologique.
- Le vocabulaire : le stock lexical actif va être évalué par des subtests de dénomination (N-EEL, ELO, L2MA...).
- Le vocabulaire : le stock lexical actif va être évalué par des subtests de dénomination (N-EEL, ELO, L2MA...).
- La morphosyntaxe : ce niveau de langage oral expressif peut être évalué sur un mode spontané ou spontané induit (conversation, activités ludiques partagées) ou par des tests morphosyntaxiques spécifiques (TLC) ou encore par des subtests de batteries classiques de langage (ELOA, L2MA, N-EEL, BEPL). Les performances des enfants varient en fonction des situations langagières. Pour les enfants plus performants, on peut présenter des épreuves induisant l'utilisation de morphèmes précis (ELO, TCG-R) qui rendent plus saillantes les difficultés morphologiques, alors qu'elles peuvent passer inaperçues en spontané.

Les habiletés expressives de l'enfant trisomique accusent des retards notamment sur le plan morphosyntaxique : les déficits touchent les habiletés narratives, la formulation de questions, la production de messages complexes ; on note une utilisation réduite de la flexion des verbes, des articles, des prépositions, des pronoms, et des conjonctions. Par ailleurs, l'intelligibilité des propos est généralement atteinte : l'encodage phonologique est souvent déficitaire chez l'enfant trisomique, avec difficultés accrues concernant les mots longs. (D. Lacombe, V. Brun, 2008, p07-08).

4.2.4. Capacités pragmatiques et sociales :

Le niveau pragmatique concerne les aspects sociaux du langage ; on évalue la capacité de l'enfant à adapter son discours à la situation, à son interlocuteur et aux connaissances de son

interlocuteur sur le sujet du discours. Il s'agit de l'acte de langage défini par Austin et Searle. L'utilisation fonctionnelle du langage peut être évaluée dans différentes situations socio communicatives (demande d'aide, expression d'un désir, commentaire, récits d'évènement vécus, expression d'un sentiment, accès à l'humour...) et dans des situations conversationnelles (initiatives dans les échanges, réponses, maintien de thème, de l'échange, tour de parole, informative et cohésion). Le test de Shulman permet une évaluation des capacités pragmatiques par le biais de jeux (conversation entre deux marionnettes, conversation téléphonique, dessins, jeu de construction). Les habiletés sociales des enfants présentant une trisomie se reflètent dans les forces observées sur le plan pragmatique de leur communications : ces enfants manifestent une conscience de l'autre en ajustant leurs propos à leur interlocuteur ; lorsqu'ils présentent des difficultés de communication verbale importantes, ils montrent leur souhait de maintenir l'échange en ayant recours à des moyens de suppléance (gestes, pantomime, mimique faciales). (.Lacombe, V. Brun, 2008, P09).

4.3. La période de développement :

Comme le souligne Cuillère (2007), l'adolescent porteur de trisomie 21 est « un adolescent comme les autres : mêmes désirs, mêmes problèmes, mêmes envies mais un adolescent qui se sait et se découvre différent ». Cependant, c'est à cette période qu'il va prendre pleinement conscience de son handicap et de ses impacts dans son évolution globale mais aussi dans ses évolutions affectives et sexuelles. C'est également à cette période que le devenir se met en place, un devenir qui n'est ni celui imaginé par la société, ni par la famille et l'entourage. Le début de l'adolescence se manifeste le plus souvent aux alentours de 13 à 14 ans, c'est à dire aux mêmes âges que l'adolescent tout-venant. On note cependant une apparition de la puberté plus tardive chez les garçons. Les manifestations comportementales et psychologiques, elles, se révèlent à des âges variables.

Les troubles du langage rencontrés à cette période sont d'ordre langagiers et psycho langagiers, ce sont en fait des troubles résiduels qui existaient déjà chez l'enfant et qui se retrouvent à l'adolescence, mais sous une autre forme et avec un retentissement différent. On retrouve :

- parfois des troubles articulatoires et de parole ainsi que certains aspects des retards de langage ;
- systématiquement des troubles de la notion d'espace et surtout de la notion de temps, qui perdureront très longtemps, voire toujours ;
- invariablement des troubles de la notion de rythme. En raison des difficultés de relation au temps, l'utilisation réduite de la conjugaison du verbe (notamment l'absence d'emploi du conditionnel) se révèle encore plus gênante. (Noémie, B.2010, p19).

Synthèse :

Le développement communicatif et langagier de l'enfant porteur du handicap mental suit les mêmes étapes que celui des enfants tout-venant.

Problématique

Problématique

Le handicap mental, est un développement mental qui se caractérise par une limitation des capacités intellectuelles du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans (YVON Let al., 2010,p.37).

Le « handicap mental » est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neuro-centrales et intellectuelles. Elle influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectifs, et comportementaux. Les atteintes sont sélectives. Elles sont irréversibles et n'ont pas d'origine génétique directe. (CULLERET M., 2007, p.16).

Le taux d'handicap mental dans le monde varie d'un pays à un autre parmi ces pays on cite : Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec estime 3% de la population présente un handicap mental, soit environ 200 000 personnes. Parmi elles, 35 000 ont besoin de services spécialisés et, au 31 mars 2005, 23 814 personnes recevraient de tels services.

Au début du vingtième siècle, les gens porteurs d'handicap mental décidaient dans la vingtaine alors qu'aujourd'hui leur espérance de vie est dans la soixantaine, il y a, dès lors, plus de personnes qui requièrent des services adaptés à leur besoins. Environ 85% des personnes atteintes présente un handicap mentale léger, 10% ont un handicap mentale modéré et 5% ont un handicap mentale sévère ou grave. De plus, le handicap mental est 1,5 fois plus élevé chez les hommes. (YVON et al ; 2014, p 45).

En France selon Sophie Cluzel Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées ; 1 Français sur 5. 80 % des handicaps surviennent au cours de la vie. Nous avons tous autour de nous un proche ou une connaissance concernés. (CLUZEL S., 2020, p.02).

L'office national des statistiques en Algérie a montré que le handicap mental touchait 138.005 personnes dont le quart était âgé 10 à 24 ans. La plus forte proportion concernait les adultes de 25 à 44 ans avec 41%. La prévalence du handicap mental était de 474.2 pour 100.000 habitants et elle atteignait 194 pour 100.000 habitants pour le groupe d'âge de 25-44 ans, ce type d'handicap était essentiellement masculin en ce sens qu'il avait été recensé à cette date presque deux handicapés de sexe masculin pour un du sexe féminin. La prévalence selon le milieu de résidence, révélait une légère prédominance du milieu urbain avec 58,6% contre 41,4% en milieu rural. (LIBERTE, S, Sofi., 28-07-2003).

Selon les statistiques de l'unité de néonatalogie du CHU de Beni Messous, sur 10.000 naissances, 400 enfants seraient concernés chaque année par le handicap à la suite d'une asphyxie périnatale et une grande prématurité. En extrapolant sur le nombre des naissances, cela correspondrait à 3.500 enfants/ an dans la wilaya d'Alger et 35.000/ an sur l'Algérie entière or des nouveaux nés vulnérables et leurs familles ne bénéficient pas d'une prise en charge précoce pluridisciplinaire coordonnée. (BARRAUD E., 2012, p. 15).

L'enfant porteur de la retard mental rencontre plusieurs difficultés dans la vie quotidienne, ces difficultés peuvent se manifester dans plusieurs domaines cognitif, autonomie, communication, habiletés sociales.

Problématique

Plusieurs études ont été faites sur l'étude de le handicap mental (déficient mental), on trouve les travaux D'Inhelder (1943) qui a étudié une population d'enfant retardés au moyen d'épreuves opératoires piagétienne. « Inhelder » remarque alors que les enfants retardés effectuent des raisonnements assimilables aux raisonnements « égocentriques » des jeunes enfants normaux, « Inhelder » conclut que le handicap mental considéré comme une construction opératoire inachevée. (LEHALLE H et MLLIER D., p.286).

Pour faire face à ces difficultés une prise en charge précoce est indispensable.

La première pratique des éducations précoces en 1972, soit depuis plus de 40 ans, porte sur plus de 10 000 enfants suivis. Des études comparatives de résultats ont été pratiquées. Elles étudiaient l'évolution de certains paramètres mesurables et comparables. Parmi les paramètres comparatifs choisis, l'étude des QI, facilement objectivables, a été réalisée par plusieurs équipes. Les niveaux de QI ont été étudiés à l'aide de tests, d'abord chez des groupes témoins d'enfants ou de jeunes qui n'ont pas bénéficié d'aides précoces, puis, en utilisant les mêmes tests, chez des groupes d'enfants ayant bénéficié de suivis et d'éducation précoce.

Cette étude comparative a été faite avec plus de 10 ans, puis plus de 20 ans de recul. L'écart entre les deux populations est, en moyenne, supérieur de 20 à 30 points de QI en faveur de la population qui a bénéficié de cette prise en charge. Ce paramètre d'évaluation, qui n'est qu'un élément parmi d'autres, à l'intérêt d'être précis, factuel, et réalisable dans les deux populations citées. Chez les autres équipes européennes connues, les résultats sont identiques.

Sans aller au-delà dans l'exposé de ces études, on peut comprendre. L'importance d'une éducation précoce bien conduite. La mise en œuvre de cette éducation précoce ne s'improvise pas. Les actions entreprises sont exclusivement du domaine éducatif. (CUILLERET M, 2007, p88-89).

De nombreux travaux ont été menés aux Etats-Unis sur les effets à plus ou moins long terme des programmes d'intervention précoce envers des enfants « désavantagés » socialement et des enfants avec retard de développement, dont des enfants avec DI, par exemple porteurs d'une trisomie 21. Pour ce syndrome, une méta-analyse a relevé les effets positifs d'une intervention précoce concernant l'amélioration cognitive, une amélioration de la motricité fine et de l'autonomie. (BUNTINX W et al., 2016, p.49).

La prise en charge précoce permet d'éviter les difficultés qui s'aggravent ou se surajoutent. Cette prise en charge précoce, bien conduite n'est pas une simple stimulation mais un recours à des aides évaluées et précises qui suivent pas à pas chaque enfant. (MONIQUE C., 2007, p.74).

Dans ces processus, le cerveau tient une place prépondérante. De ce fait, il est logique de faire porter les efforts de santé sur cette période. En intervenant très tôt, il est possible d'amoindrir, voire de contrecarrer le handicap diagnostiqué. L'intervention précoce peut en effet permettre de surmonter les atteintes identifiées, la plasticité neuronale rendant le cerveau du très jeune enfant capable de réorganiser les connexions entre les neurones. Ainsi, plus tôt

Problématique

l'intervention est réalisée, plus grand est le bénéfice pour l'enfant atteint d'un handicap. (BARRUD E., 2012, p. 30).

Notre pré-enquête a été faite dans le centre A.A.I.M.B Association d'aide aux inadaptes mentaux de Bejaïa nous avons remarqué que l'éducation précoce est très importante dans la vie de ces enfants, car elle va leur permettre d'améliorer certaines capacités du langage oral ainsi que l'autonomie et le comportement. D'après notre observation dans la classe éveil, nous avons remarqué que les enfants bénéficiant d'une éducation précoce : maîtrisent bien les exercices de souffle ainsi que le triage des couleurs de bases (rouge, jaune, bleu, et vert au fur et à mesure) et une bonne stimulation sensorielle, tels que prendre conscience de différents sens, afin de développer les cinq sens. Avec un bon développement de motricité fine telle qu'enfiler de grosses perles, coloriage, qui va permettre de développer la motricité fine aussi le déchiquetage

Tout ça donner de la chance pour développer leurs capacités et de bénéficier de toutes les conditions qu'ils ont met en faveurs de ces enfants. En revanche les enfants qui n'ont pas effectué d'une éducation précoce présentant des capacités inférieures par rapport aux autres.

A la lumière des recherches et des études antérieures et toute la documentation nous posons la question suivante :

Question :

Est-ce que l'éducation précoce à un impact sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental ?

Hypothèse :

- 1 L'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental.
- 2 Les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un niveau du langage plus élevé par rapport aux enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

1 La pré-enquête

2 L'enquête

2.1 La méthode de recherche

2.1.1 La méthode descriptive

2.1.2 La méthode comparative

2.2 Présentation de lieu de stage

2.3 La population de la recherche

2.3.1 Critères pertinents

2.3.2 Critères non pertinent

2.4 Les outils utilisé

2.4.1- La batterie EEL (épreuves pour l'examen du langage)

3 Le déroulement de la recherche

3.1 La partie théorique

3.2 La partie pratique

Synthèse

Préambule

Au cours de ce chapitre, nous allons aborder les étapes suivantes dans la réalisation de notre recherche ; présenter la pré-enquête, la méthode de recherche utilisée et présenter le lieu de recherche, les critères de choix de notre population étude puis on présentera la méthode descriptive, le teste....

1- La pré-enquête :

Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique et orthophonique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étapes est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste. (EDITH S-W., 2006, p.08).

Nous avons mené notre pré-enquête au sein de l'association A.A.I.M.B Bejaïa. Pendant notre première visite, nous avons été très bien accueillis par le directeur et l'ensemble du personnel A.A.I.M.B. à partir de l'observation effectuée sur le terrain et durant cette pré-enquête, on a pu déterminer notre lieu de recherche et notre population.

L'orthophoniste nous a accompagnées dans différentes classes du centre pour observer les enfants handicapés et leurs niveaux ainsi de discuté avec les éducatrices dans les classes pédagogiques.

Au cours de la première visite le directeur du centre A.A.I.M.B nous a parlé sur les différentes catégories des enfants qui sont inclus ou centre puis nous avons expliqué l'objectif de notre présence dans le centre, après nous sommes déplacés pour voir les classes pédagogiques :

- Classe moyenne : cette classe se compose de 09 enfants 3 garçons et 6 filles.
- Classe intermédiaire : son niveau est inférieur à la classe préparatoire qui contient 9 enfants, 6 garçons et 3 filles.
- Classe préparatoire : dans un effective de garçons et filles.
- Classe éveil : pour un effectif de 8 enfants 6 garçons et 2 filles.

Notre pré-enquête s'est déroulé de la période allant 14 avril jusqu'à 31 mai (deux fois par semaine).

De fait, cette pré-enquête nous a permis de valider notre thème de recherche qui est : « L'impact de l'éducation précoce sur le développent du langage chez les enfants ayant un retard mental » dont l'objectif principal est de voir l'efficacité de l'éducation précoce sur le développent du langage oral chez les enfants ayant une déficience intellectuelle. Nous avons sélectionné 5 enfants (3 garçons et 2 filles) 4 garçons et 2 filles.

La population que nous avons formée dans notre recherche est composée de 4 cas. À partir de 6 cas vus, dont deux utilisé dans la phase pré-enquête, dans lesquels nous avons testé notre outil N-EEL afin de valider notre hypothèse.

2- L'enquête :

Nous avons réalisé notre enquête au sein de centre de Bejaïa, sur une période d'un mois et 21 jours pour une totale de 14 séances.

Le choix de la méthode dépend de la recherche et de la réalité à étudier. Pendant notre recherche, nous avons opté la méthode descriptive dans le but d'observer le langage oral des enfants qui ont bénéficié d'une éducation précoce et d'autre qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.

2.1- La méthodologie de la recherche

2.1.1- La méthode descriptive : «les méthodes descriptives interviennent en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière (CHAHROUI K et BENNOY H., 2003, p.126).

Ainsi on a utilisé la méthode comparative dans le but de comparer entre les cas effectués d'une éducation précoce et ceux qui n'ont pas effectués.

2.1.2- La définition de méthode comparative :

La comparaison permet ainsi de faire ressortir les différences interindividuelles. Le recours à des comparaisons entre les cas étudiés constitue une approche méthodologique très riche dans la mesure où comparer, c'est montrer en quoi les différences renforcent le caractère unique du cas et les similitudes en quoi les tendances générales se confirment. (IONESCU S et BLANCHET A., 2009, p.129)

2.2- Présentation de lieu de stage :

La pratique de notre recherche s'est déroulée au sein de l'association est dénommé Association d'aide aux Inadaptés Mentaux de Bejaia A.A.I.M, elle été créée en 09 Aout 1983.

Objectif :

Elle a pour objectif la prise en charge psychopédagogique des enfants et adolescents déficient mental, non scolarisable, de niveau semi éduicable ne présente pas de trouble graves de comportement et de la personnalité.

Infrastructure :**Composition des locaux en commun des deux centres :**

- Bloc administratif (bureau directeur, secrétariat et bureaux équipe psychopédagogique).
- Salle d'infirmierie.
- Logement de fonction (conciergerie).
- Loge de gardien.
- Cuisine.
- Réfectoire.
- Salle de psychomotricité.
- Espace récréation (cour bitumée et espace vert aire de jeux).

Composition des locaux centre enfant :

- Quatre classe et ateliers
- Salle de sieste.

a- Organisation du centre psychopédagogique pour enfant et adolescent pour l'année scolaire 2019/2020 :

- Nombre de psychologue clinicien : 02 pour chaque centre
- Nombre d'orthophoniste : 02 pour chaque centre
- Nombre de chargé pédagogie : 01 pour les deux centres.
- Nombre de chargé psychomotricité : 01 pour les deux centres.
- Nombre d'assistante sociale : 01 pour chaque centre.

Nombre de classe au centre des enfants : 04 (quatre classe)

2.3- La population de recherche :

Notre recherche est réalisée sur 4 cas inséré au centre inadapté mentaux

2.3.1- Les critères pertinents :

- Les enfants ayant un handicap mental (on n'a pas choisi une pathologie spécifique).
- Le type de la déficience intellectuel : nous avons choisis de travailler avec les enfants qui ont un quotient intellectuel (QI) léger et moyen.
- Les enfants insérés dans le centre de l'association d'aide aux inadaptés mentaux Bejaïa.
- Les enfants bénéficiés d'une éducation précoce et ceux qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce (pour comparer entre eux)
- L'âge des enfants handicapés mentaux est situé entre (7-8 ans).

2.3.2- Les critères non pertinents :

- Sexe (on n'a pas pris en considération le sexe de l'enfant).
- Le niveau socio-culturel : nous n'avons pas pris en considération un niveau socio – culturel bien précis.

Tableau N° 03 : tableau récapitulatif des cas étudiés :

Cas	Age	Sexe	Classe	Pathologie
01	8 ans	Masculin	Eveil	Trisomique
02	7 ans	Féminin	Eveil	Trisomique
03	7 ans	Féminin	Eveil	Trisomique
04	7 ans	Masculin	Eveil	Trisomique

2.4- Les outils utilisés :

Présentation de l'outil utilisée :

2.4.1- La batterie EEL (épreuves pour l'examen du langage) C. CHEVRIE- Muller, A-M. SIMON et P. DECANTE 1981

La batterie EEL EST UNE épreuve standardisée pour enfants de 5 à 8 ans répondait aux besoins d'un instrument d'évaluation précise des aptitudes linguistique (phonologique, lexical, et syntaxique) de l'enfant, qu'on puisse mettre en rapport avec son développement cognitif. La version de 1981 s'adresse à des enfants plus jeunes (4 ans et 4 ans 1/2). Il vrais que les évaluations des aptitudes verbales dans les épreuves composites d'intelligence sont assez élémentaires, et ne suffisent pas à détecter des atteintes spécifiques. Les objectifs sont orientés vers le dépistage et la prise en charge : explorer les différents niveaux fonctionnels du langage pour orienter la rééducation.

Les auteurs s'appuient sur largement sur les travaux de Borel-Maisonny sur les évaluations des troubles du langage, dont les épreuves comportaient une évaluation du langage, de la parole et l'articulation. Un écart de 2 à 3 ans entre le niveau se langage de l'enfant et son âge réel signalait un trouble important du langage.

Cet examen vient évidemment en complément d'un entretien avec les parents sur la genèse de la communication et du langage, sur le développement de l'enfant et des évènements de sa vie. Il peut être intégré dans un bilan complet avec investigation des dimensions cognitives et affectives. En particulier, la comparaison du niveau de compréhension et d'expression verbale avec le niveau discordances éventuelles. Bien sûr, le langage évalué au cours du test n'est pas tout à fait le même que le langage spontané utilisé par l'enfant dans ses échanges sociaux, il est davantage avec celui qui est attendu dans le contexte scolaire.

La batterie comporte deux formes : la forme P (petits) pour les enfants de 4 à 5 ans et la forme G (grands) pour les enfants de 5 à 8 ans. Les deux étalonnages comportent au total 708 enfants. Elle comporte quatre parties dont trois concernent le langage et une mémoire à court terme, qui peuvent être administrées séparément. Une partie des épreuves est non verbale et donc intéressante pour les enfants ayant des difficultés de production. Les taches sont les suivantes :

- Articulation : tache de répétions de syllabes.3
- Phonologie : on explore les modalités de réalisation des séquences de phonèmes constituant le mot, dans trois épreuves : Dénomination d'image, répétition de mot facile, répétition de mots difficiles.
- Linguistique : on explore la dimension signification en compréhension et en production, dans plusieurs épreuves : tache de vocabulaire (dénomination), récit d'une histoire courte, exécution des ordres par la manipulation du matériel, connaissance des couleurs, classification de jetons, compréhension des mots « différence » et « pareil », compréhension d'un récit et enfin désignation d'image.

- Rétention : mémorisation de séquences verbales (phrases) et non verbales (séries de chiffres), reproduction de structures rythmique.

L'analyse des performances de l'enfant se fait sur le plan quantitatif (cotation en points ou en pourcentage de réussite) et qualitatif (analyse psycholinguistique).

La procédure : l'enfant et l'examineur sont installés face à face de la part de l'autre d'une table. L'examineur expose ses différents sous tests à fin d'examiner les différents niveaux fonctionnels du langage.

2.4.2- La construction de la batterie :

Cette batterie est constituée en tenant compte des exigences et des qualités métrologiques d'un instrument d'évaluation. Les qualités formelles sont celles ayant trait à la carté des items qui doivent donner lieu à une seule interprétation possible, ils doivent être brefs et ne pas induire les réponses.

- La fidélité : elle doit donner des résultats comparables intervenus de changement entre les deux évaluations

Le matériel :

26 images pour l'épreuve phonologie dénomination, deux de ces images sont en noir « doigt » et « nez » 5 objets : une gomme, glace, une bougie, un bouchon, une allumette destinée à cette épreuve.

- 46 images pour l'épreuve répétition de mots facile
- 10 images pour l'épreuve compréhension « pareil ».

Epreuve n°01 : dénomination d'image

Cette épreuve permet de testé une expression spontanée et d'apprécier la réalisation de la parole au niveau du mot.

Matériel :

Cette épreuve comprend 33 mots.

- 26 images.
- 2 images supplémentaires en noir « doigt » et « nez ».
- 5 objets usuel qu'on trouve dans le matériel (gomme, glace, bouchon, bougie, allumette.).

Passation :

L'examineur présente les images, ensuite les objets un par un à l'enfant en ordre. Après l'évaluateur commence son test puis il dit :

« Je vais te montrer des images, tu me diras ce qu'il y'a sur l'image ».

- Si l'enfant ne répond pas on lui donner une définition.
- S'il donne un autre mot on demande d'autre mot qui connait.
- Transcrire chaque mot phonétiquement.

Cotation :

- 0 si la réponse de l'enfant faux
- (+) si la réponse de l'enfant est correcte.
- (-) si l'enfant donne une réponse incohérente phonétiquement.

Epreuve n°2 : Répétition de mots faciles

Cette épreuve permet de tester les aptitudes auditives et gnosique ainsi l'encodage de la séquence de phonèmes constituant le mot.

Matériel :

Il s'agit de répéter une liste de 46 mots dite liste de « mots faciles ». Parmi les mots de cette liste figurant 33 mots étudiés en dénomination

Passation :

Dire à l'enfant : « je vais dire des mots, tu les répéteras après moi, mais seulement quand je dirai « à toi ».

Les mots sont dits discrètement, à un rythme constant, en se conformant à la transcription phonétique indiquée sur le protocole :

- Ne pas détacher les syllabes.
- Transcrire phonétiquement chaque mot répéter par l'enfant, au fur et à mesure de son émission (vérifier au besoin ensuite à l'audition de la bande enregistrée.)

Cotation :

La cotation est identique à celle de de la dénomination d'image

Epreuve n° 03 Articulation

L'épreuve explore une aptitude praxique purement articulatoire ou « phonétique ». Il s'agit d'apprécier les capacités de l'enfant à reproduire l'articulation d'un phonème.

Matériel :

La tâche est une répétition des syllabes comportant une consonne constructive dans une séquence « consonne + a ». Les trois constructives sonores sont explorées.

Passation :

On dit à l'enfant : « tu répètes après moi... ». On suit l'ordre de présentation indiqué sur le protocole. Une fois la série des six syllabe répéter, on reprend une deuxième fois chacune des syllabes qui éventuellement donné lieu à un échec. On ne tiendra compte que du meilleur résultat.

Cotation :

Chaque syllabe répétée correctement, soit au premier essai, soit au deuxième, correspond 1 point.

Un léger défaut d'articulation, comme un stigmatisme inter-dental pour s et z n'est pas considéré comme un échec à condition que l'opposition sur le plan paradigmatique, avec les autres constrictive, soit préservée.

On tient la note en valeur absolue (sans conversion). La note maximum est 6.**Epreuve n°4 « pareil »**

Dans cette épreuve la compréhension de l'adjectif « pareil » est acquise plus précocement.

Matériel :

On utilise les images originales (comprise dans le matériel de test) choisies pour apprécier la compréhension par l'enfant de vocabulaire « pareil » en inspirant des images de THIBERGE utilisées par S.BOREL-MAISONNY. Il y a cinq séries de deux images :

- A et B porteur sur la différence de forme
- C et D porteur sur la différence de couleur
- E porte sue la différence de la taille.

Passation :

On prend les cinq séries d'images et poser la question (sans demander d'explication) :

« Est-ce qu'elles sont pareilles ! »

Cotation :

- Si la réponse est celle attendue : 2 points.
- Si la réponse est autre : 0points.

Additionner les points obtenus en multiplier cette note par 10 pour obtenir ainsi la note sur 100.

3- Le déroulement de la recherche :

Dans cette partie, nous résumons brièvement les circonstances et le déroulement de notre recherche.

3.1- la partie théorique :

Nous avons pris une bonne période du temps pour recueillir des ouvrages, les articles et les revues. À partir de cela, nous avons défini la problématique et les hypothèses. Ensuite, nous avons choisi une méthode de recherche ainsi les outils de recueil de données valides et fiables.

3.2- la partie pratique :

Dans un premier temps, nous nous sommes déplacées vers le centre A.A.I.M.B pour vérifier la disponibilité de la population de recherche des cas qui correspond à notre étude. L'orthophoniste et les éducatrices nous ont fourni des informations détaillées, plus précise et plus riche sur la vie personnelle des enfants. Après la pédagogie nous ont fourni aussi des informations, des données sur le centre et le programme à suivre dans le centre.

Après l'orientation de l'orthophoniste et les éducatrices, nous avons sélectionné nos cas à travers les critères du groupe de recherche qu'on a cité, Après une période d'un mois, nous nous sommes déplacés une autrefois vers le centre pour poursuivre notre étude ou nous avons rencontré certains obstacles tels que le manque de test, ce qui a empêché d'avancer dans notre recherche.

Après plusieurs semaines, nous avons trouvé un test du langage oral, dans lequel nous avons choisi quatre épreuves de la batterie vu le manque du temps et aussi à cause des absences répétés des enfants, avons retrouvé aussi des difficultés lors de la passation par exemple, on n'a supprimé deux images dans l'épreuve de dénomination d'image jambon et saucisson parce que ne sont pas adapté à notre culture.

L'application de la batterie du langage oral N-EEL était dans le bureau de l'orthophoniste, elle a duré deux semaines et demie à cause du manque de concentration des enfants et la longueur des épreuves. En plus les enfants avaient des absences répétées. Nous avons fait passer le test individuellement sur les enfants deux fois par semaine sans la présence de l'orthophoniste car cette dernière avait beaucoup de guidance à faire ce qui l'empêchait d'être présente avec nous lors de l'application de notre test. En revanche dans l'épreuve de répétition de mot facile on a trouvé des difficultés ce qui nous a obligés à traduire certains mots en kabyle et arabe pour qu'elle soit bien comprise par l'enfant.

Synthèse :

Ce Chapitre est très important, il nous a permis d'ordonner et d'organiser la structure de notre travail, nous a servies dans la limitation de notre recherche scientifique, ainsi d'éclairer et de faciliter l'application de nos outils. A ce fait après avoir finalisé ces chapitres théoriques et méthodologique on va mettre l'accent sur le chapitre pratique « Analyse et interprétation des résultats

Chapitre V

Présentation et interprétation des résultats

Plan

1- Présentation et analyse des cas

- 1.1- Présentation et analyse des résultats du cas « N°01 »
- 1.2- Présentation et analyse des résultats du cas « N°02 »
- 1.3- Présentation et analyse des résultats du cas « N°03 »
- 1.4- Présentation et analyse des résultats du cas « N°04 »

2- Discussion des hypothèses

Conclusion

Préambule :

Dans cette partie on va présenter notre population d'étude ainsi qu'une analyse et une interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre pratique en vue de confirmer ou infirmer l'hypothèse émise au début de notre recherche.

1- Présentation et analyse des cas :**1.1- Présentation du cas n°1 :**

Il s'agit d'un enfant trisomique âgé de 8 ans, il présente une trisomie 21 détectées à la naissance, présente un retard simple du langage oral (d'après l'orthophoniste), il est l'inné d'une fratrie d'un seul frère, il est issu d'un milieu socioculturel moyen, son père est un fonctionnaire sa mère est une femme au foyer. L'âge de la mère à la naissance de l'enfant était 27 ans.

Insérer aux centres psychopédagogiques pour les enfants inadaptés mentaux, le 16/02/2021. Selon les données recueillies dans son dossier, l'enfant a eu le développement suivant : Le cas n°1 est un enfant désiré, sa naissance été à terme (normal), son poids été 4 kg à la période poste natale.

D'après la psychologue son âge mental est 4 ans et demi, ce cas à bénéficier d'une éducation précoce à l'âge de deux ans et demi.

1.1.1- Analyse des quatre épreuves de la batterie EEL du cas n°1 :

Durant la passation des épreuves de la batterie, le cas n°1 s'est adapté facilement aux consignes.

1.1.2- Epreuve dénomination d'image :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
• Table	[tãlã]	-
• Lapin	[lãpẽ]	+
• Bébé	[bebe]	+
• Voiture	[vwãtyr]	+
• Roue	[ru]	-
• Banane	[bãñãñã]	+
• Avion	esVion [vj]	-
• Couteau	[rãmo]	-
• Poupée	[rũpe]	-
• Piano	[jãno]	-
• Maison	[mezc]	+
• Saucisson	/	0
• Fromage	[rãmãğ]	-
• Ciseau	/	0
• Jambon	/	0
• Chaise	[Šez]	+
• Cigarette	[xãñ]	-
• Stylo	[tãlo]	-
• Casserole	/	0
• Arbre	[Šğrã]	-
• Brouette	/	0
• Parapluie	[pãpui]	-
• Crayon	[kxjc]	+
• Clé	[kle]	+
• Train	/	0
• Bouque	/	0
• de fleur	[tãwawin]	-
• Doigt	[ata]	0
• Nez	[ano]	-
• Gomme	/	0
• Glace	[glas]	+
• Bougie	[buzi]	+
• Bouchon	/	0
• Allumette	/	0

Note : 43,47 %

1.1.3- L'analyse de l'épreuve de dénomination d'image :

Le cas N°1 à dénommée un effectif 43,47% des images tel que bébé, lapin, voiture et banane...Etc. Il présente des problèmes phonétiques dans certaines prononciations de certaines images exemple : table, roue, avion et couteau.). Il maîtrise beaucoup plus les mots quotidiens que les autres

1.1.4- Epreuve de répétition de mot facile :

Les résultats obtenus dans l'épreuve répétition de mot facile :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
Bon point	/	0
Tableau	/	0
Gomme	/	0
Farine	[Fajna]	-
Saucisson	/	0
Fromage	[romdǧ]	-
Promenade	/	0
Voiture	[Vxaʦyr]	+
Route	/	0
Grand piano	/	0
Piano	[jano]	-
Musique	/	0
Cravate	/	0
Glace	[ʁlemri]	+
Vrai clé	/	0
Clé	[kle]	+
Bras droit	[rafo]	-
Il pleur	[il plœr]	+
Chat	[Ša]	+
Table	[taha]	-
Lapin	[ʁpě]	-
Bébé	[bebe]	+
Auto	[ʦOmɔbil]	-
Roue	[ru]	-
Banane	[banan]	+
Avion	[ravjɔ]	+
Couteau	/	0
Poupée	[pupe]	+
Maison	[taxm]	+
Ciseaux	/	0
Jambon	/	0
Chaise	[Šez]	+

Cigarette	[xan]	-
Stylo	[ʧilo]	+
Casserole	/	0
Arbre	[Šgra]	.
Brouette	/	0
Parapluie	[Papui]	-
Train	/	0
Bouquet de fleur	/	0 0
Doigt	[rʧa]	-
Nez	[ʧanɔ]	+
Bougie	[buzi]	+
Bouchon	[bušc]	+
Crayon	/	0
Allumette	/	0

Totale : 55,55%

1.1.5- L’analyse de l’épreuve de l’épreuve de répétition de mots facile :

Dans cette épreuve il a eu un effective de 55,55%, il arrive à répéter certain mots tel que (farine, promenade, il pleure, chat, bébé, auto, roue, banane, avion, poupée, couteaux.....etc.), parmi les mots qu’il n’arrive pas à prononcer (bon point, tableau, gomme, cravate....etc.)

1.1.6- Epreuve articulation :

Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai	Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai
Item1 SA....	1	/	Item 4 VA	0	0
Item2 JA....	0	0	Item 5 FA	1	/
Item3 CHA...	1	/	Item 6 ZA	0	0

Total : 50%

1.1.6.1- L’analyse de l’épreuve de l’articulation :

Il a eu un effectif de 50% dans l’épreuve d’articulation il a articulé : SA, CHA, FA, il n’a pas articulé VA, ZA, JA, donc ici on dit que concernant les phonèmes qu’il n’a pas pu prononçait correctement :

[VA] : sont des consonnes sonores, donc le problème se situe au niveau de labiodentale.

[ZA] : sont des consonnes sonore, donc le problème situe au niveau alvéolaire.

[JA] : sont des consonnes sonore, donc le problème situe au niveau d’alvéolaire.

1.1.7- Epreuve pareil :

Item	Note
• Deux vases différents	0
• Deux vases semblables	2
• Deux casseroles différentes	0
• Deux casseroles semblables	2
• Deux chats différents	0

Total 40 %

1.1.7.1- L'analyse de l'épreuve de pareille :

Ce cas a eu un effectif de 40% dans cette épreuve qui s'agit de faire la différence entre des images qui se ressemblent et des images différentes. Donc il n'a pas pu faire la différence entre deux vases différents. Et puis il arrive à savoir qu'il s'agit de deux vases semblables ainsi de deux casseroles semblables. Il avait juste une difficulté au niveau des images suivantes : deux vases et deux casseroles différentes ainsi de deux chats différents aussi.

Analyse quantitative :

Epreuve	Items	Résultats
Phonologie	Dénomination d'image	43,47 %
	Répétition de mots faciles	55,55%
Articulation	Articulation	50%
Compréhension	Compréhension (pareil)	40 %

1.1.8- La synthèse de premier cas :

Nous référons aux résultats obtenus lors de la passation de la batterie de Nouvelle Epreuve d'Examen du Langage, on peut déduire que notre cas présente plus des capacités au niveau de l'épreuve de répétition de mot facile et l'articulation et des capacités moins fortes au niveau de compréhension et de dénomination d'image vu qu'il présente des problèmes phonétiques.

1.2.1- Présentation du cas N°02 :

Il s'agit d'une fille trisomique, âgée de 7 ans, cette enfant était insérée aux centres inadaptés mentaux le 21/10/2020, Elle est la benjamine d'une fratrie de deux Frères, elle présente un retard simple du langage (d'après l'orthophoniste). Selon la psychologue son âge mental est 5ans cette dernière c'est à bénéficier d'une éducation précoce à l'âge de 3ans. Son père est retraité et sa mère est femme au foyer.

D'après les données recueillies dans son dossier elle a eu le développement suivant : et une fille désiré, l'âge de sa maman durant la grossesse est de 42ans sa grossesse été à terme césarienne, elle est sociable et têtue

1.2.2- Analyse des quatre épreuves de la batterie EEL du cas n°02 :

Au départ du test notre deuxième cas été motivée, attentive, attentionnée et volontaire à faire ce qu'on lui demande

1.2-3- Epreuve dénomination d'image :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
1- Table	/	0
2- Lapin	[apj]	-
3- Bébé	[bebe]	+
4- Voiture	[vwaty]	-
5- Roue	/	0
6- Banane	[banana]	+
7- Avion	/	0
8- Couteau	/	0
9- Poupée	[pupe]	+
10- Piano	/	0
11- Maison	[mezc]	+
12- Saucisson	/	0
13- Fromage	/	0
14- Ciseau	/	0
15- Jambon	/	0
16- Chaise	[Šez]	+
17- Cigarette	/	0
18- Stylo	/	0
19- Casserole	/	0
20- Arbre	[Šgra]	+
21- Brouette	/	0

22- Parapluie	[paraplj]	+
23- Crayon	[ʃaʃ]	-
24- Clé	[kle]	+
25- Train	/	0
26- Bouque	/	0
27- de fleur	[flœr]	+
28- Doigt	[dwa]	+
29- Nez	[raxnof]	+
30- Gomme	/	0
31- Glace	[mri]	-
32- Bougie	[ʁʃmɛ]	-
33- Bouchon	/	0
34- Allumette	[briki]	-

Total :66.66 % (8 X 100)/12

Résultat : 66.66%

1.2.4- L’analyse de l’épreuve de dénomination d’image :

Le cas n°02 à dénommée un effectif de 66,66% des images tels que bébé, lapin, voiture et banane....etc. et elle présente certains problèmes phonétique on l’observer dans la pronostications de certains images : table, roue, avion et couteau. Elle maitrise beaucoup plus les images du quotidien que les autres.

1.2.5- Epreuve de répétition de mot facile

Les résultats obtenus dans l’épreuve répétition de mot facile :

Item en français	La réponse de l’enfant	La note
Bon point	/	0
Tableau	/	0
Gomme	/	0
Farine	[farjna]	+
Saucisson	/	0
Fromage	[frɔma]	-

Promenade	[prɔmna]	-
Voiture	[vwaty]	-
Route	[ru]	-
Grand piano	[glã]	-
Musique	[myzi]	-
Cravate	/	0
Glace	/	0
Vrai clé	[mefa]	-
Clé	[kle]	-
Bras droit	[rfos]	-
Il pleur	[il plœr]	+
Chat	[ʃa]	+
Table	[tab]	-
Lapin	[apɛ]	-
Bébé	[bebe]	+
Auto	[ɔto]	+
Roue	[ru]	+
Banane	[banan]	+
Avion	[avjɔ]	+
Couteau	/	0
Poupée	[pupe]	+
Maison	[raxam]	+
Ciseaux	/	0
Jambon	/	0
Chaise	[rhsi]	-
Cigarette	[siga]	-
Stylo	[te]	-
Casserole	[rasro]	-
Arbre	[rağra]	-
Brouette	/	0
Parapluie	[parapwi]	-
Train	/	0
Bouquet de fleur	[flœr]	+
	/	0
Doigt	[ɾata]	-
Nez	[ne]	+

Bougie	[ʃemaε]	-
Bouchon	[buʃ]	-
Crayon	/	0
Allumette	/	0

Total : 37,5 %

Résultat : 37.5%

1.2.5.1- L'analyse de l'épreuve de l'épreuve de répétition de mots facile :

Dans cette épreuve elle a obtenu un score de 37.5%, elle a répété certain images tel que (farine, promenade, il pleure, chat, bébé, auto, roue, banane, avion, poupée, couteaux.....etc.), parmi les images qu'elle n'arrive pas à répéter exemple (bon point, tableau, gomme, cravate...). Cette fille maîtrise beaucoup plus les mots quotidiens et les mots familiers

1.2.3- Epreuve articulation :

Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai	Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai
Item1 SA....	1	/	Item 4 VA	1	/
Item2 JA....	1	/	Item 5 FA	1	/
Item 3 CHA...	1	/	Item 6 ZA	1	/

Total: 6/6 100%

1.2.3- L'analyse de l'épreuve de l'articulation :

Dans l'épreuve de l'articulation le cas n° 02 eu un effective de 100% dans l'épreuve d'articulation. Ou cette dernière à articuler correctement tous les phonèmes : SA, JA, CHA, VA, FA, ZA.

1.2.4- Epreuve pareil :

Item	Note
• Deux vases différents	2
• Deux vases semblables	2
• Deux casseroles différentes	0
• Deux casseroles semblables	2
• Deux chats différents	0

Total 6 X 10= 60

1.2.4.1- L'analyse de l'épreuve de pareille :

Le cas n°02 a eu un effectif de 60% dans cette épreuve elle arrive à faire la différence entre les deux vases et deux vases semblables, et concernant les autres images elle n'arrive pas à faire la différence entre les deux casseroles et les deux chats. Donc elle n'a pas répondu à toute l'épreuve.

Analyse quantitative :

Epreuve	Items	Résultats
Phonologie	Dénomination d'image	66,66 %
	Répétition de mots faciles	37,5%
Articulation	Articulation	100%
Compréhension	Compréhension (pareil)	60 %

1.2.5- La synthèse du deuxième cas N° : 02

D'après les résultats obtenus durant la passation du test, on peut mentionner que ce cas présente des points forts aux niveaux de la dénomination d'images ainsi que l'articulation plus la compréhension (pareil), on déduit aussi que cette fille présente des capacités faible au niveau de répétition de mots facile, elle a rencontré beaucoup de difficultés dans cette épreuve.

1.3.1- Présentation du cas N°03

Il s'agit d'un enfant trisomique âgé de 7 ans, ce garçon a été insérer au centre inadaptés mentaux le 15/10/2019, c'est le benjamin d'une fratrie de deux frères, il présente un retard du langage. D'après la psychologue son âge mental est quatre ans et demi. Ce dernier n'a pas bénéficié d'une éducation précoce. Son père est retraité et sa mère est une femme au foyer. Selon les données recueillies dans son dossier :

C'est un garçon désiré, l'accouchement est à terme. Il est sociable juste avec ses frères. Son premier mot : 3 ans, il fait des phares justes à deux difficilement

1.3.1.1- Analyse des quatre épreuves de la batterie EEL du cas n°03**1.3.2- L'analyse des résultats de la batterie EEL du cas n°03 :**

Le cas n°03 été très attentif et concentrer ce qui as aidée de réaliser mieux ce qu'on lui demande. Le contact a été présent grâce aux encouragements. Ce dernier parle avec une voix chuchoté ce qui a rendu un peu la passation difficile.

Durant la passation de la batterie, notre cas c'est adapté facilement aux consignes de l'épreuve de dénomination d'image. En revanche dans l'épreuve de répétition de mot facile on a trouvé des difficultés ce qui nous a poussé à traduire certains mots en kabyle et arabe.

1.3.2- L'épreuve de dénomination d'image :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
1. Table	/	0
2. Lapin	/	0
3. Bébé	[bebe]	+
4. Voiture	[temɔ]	-
5. Roue	/	0
6. Banane	[banan]	+
7. Avion	/	0
8. Couteau	[mos]	+
9. Poupée	/	0
10. Piano	/	0
11. Maison	[raxam]	+
12. Saucisson	/	0
13. Fromage	/	0
14. Ciseau		0
15. Jambon		0
16. Chaise	[rakarsi]	-
17. Cigarette	/	0
18. Stylo	[stilo]	+
19. Casserole	[rakasrol]	-
20. Arbre	/	0
21. Brouette	[tawite]	-
22. Parapluie	/	0
23. Crayon	/	0
24. Clé	[mefah]	-
25. Train	/	0
26. Bouque	/	0
27. de fleur	[flœ]	-
28. Doigt	/	0
29. Nez	[raxno]	-
30. Gomme	/	0
31. Glace	[meri]	-
32. Bougie	[Šamea]	-
33. Bouchon	[buʃɔ̃]	+
34. Allumette	/	0

Note : 40%

1.3.2.1- L'analyse de l'épreuve de dénomination d'image :

Il a dénommée un effectif inférieur à la moyenne des mots tel que bébé, lapin, voiture et banane...etc. et il présente des difficultés dans la dénommée certain mots exemple : tomo, roue, avion et couteau. Bien que cette dernière à bénéficier d'une éducation précoce mais elle présente un retard du langage.

1.3.3- Epreuve de répétition de mot facile :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
1) Bon point	/	0
2) Tableau	[ablo]	-
3) Gomme	[gum]	-
4) Farine	[farin]	+
5) Saucisson	/	0
6) Fromage	[frɔmaʒ]	+
7) Promenade	[prema]	-
8) Voiture	[vwaɥɔr]	+
9) Route	[rut]	+
10) Grand piano	/	0
11) Piano	[pjno]	+
12) Musique	[myzik]	+
13) Cravate	/	0
14) Glace	[glas]	+
15) Vrai clé	/	0
16) Clé	[mfah]	-
17) Bras droit	/	0
18) Il pleur	[iru]	-
19) Chat	[ʃa]	+
20) Table	[tabl]	+
21) Lapin	[lapɛ̃]	+
22) Bébé	[bebe]	+

23) Auto	[oto]	+
24) Roue	[ru]	+
25) Banane	[banan]	+
26) Avion	[vjɔ]	-
27) Couteau	[relmus]	+
28) Poupée	[pupe]	-
29) Maison	[axam]	+
30) Ciseaux	[sizo]	-
31) Jambon	/	0
32) Chaise	[rakasi]	+
33) Cigarette	/	0
34) Stylo	[tilo]	-
35) Casserole	[akasrɔ]	-
36) Arbre	/	0
37) Brouette		0
38) Parapluie	/	0
39) Train	/	0
40) Bouquet de fleur	[fœu]/	-
41) Doigt	/	0
42) Nez	[ranuf]	-
43) Bougie	/	0
44) Crayon	/	0
45) Allumette	/	0

Total : 58,62%

1.3.2- L'analyse de l'épreuve de l'épreuve de répétition de mots facile :

Dans cette épreuve le cas n°03 à un effectif de 58,62%, il a arrivé à répéter certain mots tel que (farine, promenade, il pleure, chat, bébé, auto, roue, banane, avion, poupée, couteaux.....etc.), parmi les mots qu'il n'arrive pas à prononcer (bon point, tableau, gomme, cravate.....etc.) ces dernier mots on les a traduit en langue kabyle et arabe. Ce cas maitrise beaucoup plus les monts quotidiens.

1.4.1- Epreuve articulation :

Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai	Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai
Item1 SA....	1	/	Item 4 VA	1	/
Item2 JA....	1	/	Item 5 FA	1	/
Item 3 CHA...	1	/	Item 6 ZA	1	/

Total: 100%

1.4.2- L'analyse de l'épreuve d'articulation :

Le cas N°03 a eu la note complète dans l'épreuve d'articulation : SA, JA, CHA, VA, FA, ZA. Il a peu répondre à toute l'épreuve

1.4.5- L'épreuve de la Linguistique : compréhension (pareil)

Item	Note
A. Deux vases différent	0
B. Deux vases semblables	2
C. Deux casseroles différentes	0
D. Deux casseroles semblables	0
E. Deux chats différents	0

Total 20/100

1.4.5.1- L'analyse de l'épreuve de pareille :

Il a eu un effectif de 20% dans cette épreuve il arrive à faire la semblance de deux vases, puis pour le restes des images il n'arrive pas à faire la différence entre deux vases différents, casseroles différentes et deux casserole semblables et deux chats différents. Donc il n'a pas répondu à toute l'épreuve.

Tableau récapitulatifs de quatre épreuves de la batterie N-EEL :

Epreuve	Items	Résultats
Phonologie	Dénomination d'image	- 40 %
	Répétition de mots faciles	- 58,62%
Articulation	Articulation	- 100%
Compréhension	Compréhension (pareil)	- 20 %

La synthèse du cas 03 :

D'après les résultats obtenus durant la passation du test, on peut noter que notre cas a un bon niveau compréhensif qu'expressif.

1.4.1- Présentation du cas N°04

Il s'agit d'un enfant trisomique âgé de 7 ans, ce garçon a été insérer au centre inadaptés mentaux le 15/10/2019, c'est le 02eme d'une fratrie de deux garçons et une fille, il présente un trouble du langage et une bonne compréhension. D'après l'orthophoniste son âge mental est 4ans ce dernier n'a pas bénéficié d'une éducation précoce.

1.4.1.1- Analyse des quatre épreuves de la batterie EEL du cas n°04**1.4.2- Les résultats obtenus dans l'épreuve de la dénomination d'image :**

Item	La réponse de l'enfant	La note
1. Table	/	0
2. Lapin	/	0
3. Bébé	/	0
4. Voiture	/	0
5. Roue	/	0
6. Banane	/	0
7. Avion	/	0
8. Couteau	/	0
9. Poupée	/	0
10. Piano	/	0
11. Maison	/	0
12. Saucisson	/	0
13. Fromage	/	0
14. Ciseau	/	0
15. Jambon	/	0
16. Chaise	/	0
17. Cigarette	/	0
18. Stylo	/	0
19. Casserole	/	0

20. Arbre	/	0
21. Brouette	/	0
22. Parapluie	/	0
23. Crayon	/	0
24. Clé	/	0
25. Train	/	0
26. Bouque	/	0
27. de fleur	/	0
28. Doigt	/	0
29. Nez	/	0
30. Gomme	/	0
31. Glace	/	
32. Bougie	/	0
33. Bouchon	/	0
34. Allumette	/	0

Total : 00%

1.4.2.1- Analyse de l'épreuve de dénomination d'image :

Le cas n°4 a eu un effectif de 00% dans cette épreuve vu que ce dernier n'pas saisi la consigne demandé.

1.4.5- Epreuve de répétition de mot facile

1.4.5.1- Les résultats obtenus dans l'épreuve répétition de mot facile :

Item en français	La réponse de l'enfant	La note
Bon point	/	0
Tableau	[ablɔ]	-
Gomme	[gɔm]	+
Farine	/	0
Saucisson	/	0

Fromage	/	0
Promenade	/	0
Voiture	/	0
Route	/	0
Grand piano	/	0
PIANO	/	0
Musique	/	0
Cravate	/	0
Glace	[ramri]	-
Vrai clé	/	0
Clé	/	0
Bras droit	/	0
Il pleur	/	0
Chat	/	0
Table	/	0
Lapin	[apě]	-
Bébé	[bebe]	+
Auto	[omobi]	-
Roue	/	0
Banane	[banan]	+
Avion	[ajɔ]	-
Couteau	/	0
Poupée	[pup]	-
Maison	[axam]	+
Ciseaux	/	0
Jambon	/	0
Chaise	[rakasi]	-
Cigarette	/	0

Stylo	/	0
Casserole	/	0
Arbre	/	0
Brouette	/	0
Parapluie	[parapy]	-
Train	/	0
Bouquet de fleur	/	0
	/	0
Doigt	/	0
Nez	[ne]	+
Bougie	/	0
Bouchon	/	0
Crayon	/	0
Allumette	[ikε]	-

Total : 28,57 %

1.4.5.2- L'analyse de l'épreuve de l'épreuve de répétition de mots facile :

Dans cette épreuve le cas n°04 à un effectif de 28,57%, il a arrivé à répéter certain mots tel que (gomme, glace, lapin, bébé, voiture, bananeect), parmi les mots qu'il n'arrive pas à prononcer (bon point, tableau, gomme, cravate.....etc) ces dernier mots on les a traduit en langue kabyle et arabe. Ce cas maitrise beaucoup plus les monts quotidiens.

1.4.6- Epreuve articulation :

Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai	Item	1 ^{er} essai	2 ^e essai
Item1 SA....	1	/	Item 4 VA	1	/
Item2 JA....	0	/	Item 5 FA	0	/
Item 3 CHA...	0	/	Item 6 ZA	0	/

Total: 2/6 25%

1.4.6.1 L'analyse de l'épreuve de l'articulation :

Le cas n°04 a obtenu un score de 25%, il n'a pas eu la note complète dans l'épreuve d'articulation il a répété juste : SA, VA. Donc on dit que le problème se situe :

[VA] : sont des consonnes sonore, donc le problème se situe au niveau de labiodentale.

[ZA] : sont des consonnes sonore, donc le problème se situe au niveau alvéolaire.

[JA] : sont des consonnes sonore, donc le problème se situe au niveau de alvéolaire.

[CHA] : sont des consonnes sourdes, donc le problème se situe au niveau de post-alvéolaire.

1.4.7- L'épreuve de pareille :

1.4.7.1- Linguistique : compréhension (pareil) :

Item	Note
A. Deux vases différent	0
B. Deux vases semblables	0
C. Deux casseroles différentes	2
D. Deux casseroles semblables	2
E. Deux chats différents	0

Résultats (4 *10)

Total 40/10

1.4.7.2- L'analyse de l'épreuve de pareille :

Ce quatrième cas a eu un effectif de 40% dans cette il arrive à faire la différence entre deux casseroles semblables et la différence entre deux vesses, et pour le restes d'images il n'arrive pas à faire la différence entre deux casseroles et deux casserole semblable et deux chats différents. Ce cas n°04 n'a pas pu répondre à toute l'épreuve.

Tableau récapitulatifs des quatre épreuves de N-EEL

Phonologie	Dénomination d'image	00 %
	Répétition de mots faciles	28,57%
Articulation	Articulation	25%
Compréhension	Compréhension (pareil)	40 %

1.4.8- La synthèse du cas n°4 :

Nous référons aux résultats obtenus lors de la passation de la batterie Nouvelle Epreuve d'Examen du Langage, on peut déduire que notre cas présente plusieurs capacités faibles on l'observe dans l'épreuve de la dénomination là où il obtenu un score de 0% dans toute l'épreuve, ainsi on l'observe dans l'épreuve de répétitions de mots facile où il a répété juste quelque mot. Après, dans l'épreuve de l'articulation il a répété deux phonèmes correctement, en finale dans l'épreuve de pareille il a répondu juste à 25% de l'épreuve.

2- Discussion des hypothèses :

Suite aux résultats obtenus par l'analyse de notre outil de recherche, nous avons pu atteindre l'objectif de notre investigation. On rend dans cette partie nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie.

On rappelle les hypothèses partielle et générale :

- Les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un niveau du langage plus élevé par rapport aux enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.
- L'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental.

2-1 L'hypothèse Partielle :

Rappelons le principe de notre première hypothèse qui dicte :

Les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un niveau du langage plus élevé par rapport aux enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.

D'après l'analyse des données du test de langage oral N-EEL nouvelle épreuve de l'examen de langage, et sur la base des résultats obtenus dans notre recherche au niveau du centre A.I.M.M.B à Bejaia

Nous observons que le langage oral est perturbé chez les enfants qui ne présentent pas une éducation précoce.

Tableau N°23 : Tableau récapitulatif des scores du test N-EEL des enfants bénéficiant d'une éducation précoce et ce qu'ils n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce :

La batterie du langage oral E-E-L						
Cas avec éducation précoce	Dénomination d'image	Répétition de mot facile	Articulation	Compréhension Pareil	Total	Le niveau du langage
Cas N°01	43,47 %	55,55%	50 %	40 %	47,25	Moyen niveau
Cas N°02	66,66%	37,5%	100%	60%	66.04	Bon niveau
Cas N° 03	40 %	58,62 %	100 %	20 %	54,65	moyen niveau
Cas N° 04	00%	28,57 %	25 %	40%	23,39	Faible niveau

A partir des résultats collectés dans la batterie du langage oral E-EEL, nous n'avons accompli que le langage oral est perturbé chez les cas qui ne présentent pas une éducation précoce. D'ailleurs on retrouve les résultats suivants :

Le cas N° 01 : a obtenu un score de 47,25 % dans les quatre épreuves, ce qui démontre que ce cas à un niveau de langage oral élevé.

Le cas N° 02 : a obtenu un score de 66,04 % dans les quatre épreuves, ce qui démontre que cette fille a un niveau du langage oral élevé.

Le cas N° 03 : a obtenu un score de 54,65 % dans les quatre épreuves, ce qui démontre que ce garçon a un niveau du langage oral moyen par rapport aux enfants qui ont bénéficié d'une éducation précoce.

Le cas N° 04 : a obtenu un score de 23,39 % dans les quatre épreuves, ce qui démontre que ce cas à un niveau faible de langage oral.

Ces scores se diffèrent en fonction des composantes de la batterie du langage oral E-EEL montre comme étant que les enfants présentent un niveau du langage oral fort, moyen et faible.

A partir des données recueillies dans la batterie E-EEL du langage oral, on confirme l'hypothèse partielle qui dicte « Les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un niveau du langage plus élevé par rapport aux enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce. », Avec les quatre (04) cas.

On peut constater que y a pas que l'éducation précoce qui améliore le langage oral chez les enfants ayant un handicap mental il, existe d'autres facteurs aussi tels le degré de l'âge mental, coopération des parents ...etc. comme le dit Bigras N et Lemay L « divers facteurs sont susceptibles d'influencer le développement du langage des enfants. Parmi ces facteurs, nous retrouvons ceux d'ordre individuel, familial et ceux associés à l'environnement de garde de l'enfant ». (Bigras N et Lemay L., 2012. p.93).

2-2 L'hypothèse générale :

Nous rappelons le principe de notre hypothèse générale qui dit :

L'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental.

D'après l'analyse des données du test de langage oral N-EEL et sur la base des résultats obtenus dans notre recherche au niveau du centre de handicap mental Bejaïa auprès des enfants bénéficiant d'une éducation précoce et d'autres qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.

Le cas N° 01 présente un score de 43.25 %. Dans l'épreuve de dénomination d'image a eu un score de (43,47 %), répétition de mot facile a eu un score de (55,55 %) et dans l'épreuve d'articulation (50 %) par contre dans l'épreuve de pareil un score de (40 %) ce qui montre que ce cas n°1 présente une amélioration dans l'épreuve de répétition de mot facile. Cette hypothèse est confirmée avec ce cas.

Pour le cas N°02, elle a eu un score qui varie entre (66,66 % et 100 %), (60%) dans l'épreuve de dénomination d'image (66,66 %), l'épreuve Répétitions de mot facile (37,5 %), d'articulation un score de (100 %) et l'épreuve de pareil (60%). cependant, dans l'épreuve de répétition de mot difficile, elle a obtenu un score faible (37.5 %). Cette hypothèse est confirmée avec ce cas.

Pour le cas N°03, présente un score qui varie entre (20% à 100 %) ou dans l'épreuve de la dénomination d'image son score de réussite et de (40 %) il a pu répondre à une partie de l'épreuve et c'est pareil pour l'épreuve de répétition d'image il a répondu à (58,62 %) de l'épreuve. Et pour l'épreuve d'articulation il a obtenu un score complet (100 %) et concernant l'épreuve de compréhension pareille il a obtenu un effectif faible (20 %). Cette hypothèse est confirmée avec cas N°03 on dit qu'il pas que l'éducation précoce qui joue un rôle dans le développement du langage oral.

Le cas N°04 présente un score (0 %) dans l'épreuve de dénomination d'image ensuite, il a arrivé à répondre à un effectif de (28,57 %) dans l'épreuve de répétition de mots facile, après dans l'épreuve d'articulation a obtenu un score de (25%) et pour l'épreuve de pareille, il a obtenu un score aussi faible (40 %). Notre L'hypothèse est confirmée avec ce dernier cas.

A partie des données recueillie dans la batterie E-EEL du langage oral, on confirme l'hypothèse générale qui dicte « L'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental.», avec les quatre (04) cas. D'après leurs résultats les enfants qu'on effectuant une éducation précoce, ils ont un bon niveau du langage oral. Par contre pour les enfants dont ils n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce leurs niveaux se diffère entre un moyen niveau et faible niveau du langage oral, on dit que ce n'est pas que l'éducation précoce qui a un effet positif sur le développent du langage oral.

A partir des résultats recueillis dans le test de langage oral N-EEL, nous observons que les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un langage bien développé par rapport aux autres enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce.

D'après CUILLERET Monique « La prise en charge précoce permet d'éviter les difficultés qui s'aggravent ou se surajoutent. Cette prise en charge précoce, bien conduite n'est pas une sus stimulation mais un recours à des aides évaluées et précises qui suivant pas à chaque enfant ». En basent sur les études antérieures, donc nos résultats concordent avec notre recherche, que les enfants ayant bénéficiant d'une éducation précoce à un impact positif sur le développent du langage oral.

Suite à cette discussion, nous avons pu répondre à notre a notre question de départ ainsi que de confirmer notre hypothèse, et dire selon notre recherche, qu'effectivement l'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral.

Suite aux résultats recueillis dans le test de langage oral N-EEL on dit que les enfants bénéficiés d'une éducation précoce ont un langage bien développé que les autres qui n'ont pas présenté d'une éducation précoce.

A partir de cette discussion, nous avons pu répondre à notre question de départ ainsi que de confirmer notre hypothèse, et dire selon notre recherche, qu'effectivement l'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage.

Il reste à souligner que notre hypothèse, ne permet en aucun cas de généraliser les résultats obtenus, elles sont réfutables et non absolues.

Le premier facteur est : les résultats obtenus sont les résultats d'une population d'étude restreinte, elle ne représente pas la population mère.

Le deuxième facteur est : la période de la réalisation de l'étude qui est limitée.

Conclusion

Conclusion

L'objectif de cette étude est d'explorer et de cerner la problématique de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les ayant un handicap mental.

L'étude que nous avons menée sur quatre(04) cas deux cas bénéficiant d'une éducation précoce et les deux autres n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce, ce constat été obtenu par l'application de la batterie de la nouvelle épreuve du langage N-EEL, cet outil nous a permis de connaître la différence entre les enfants présentant une éducation précoce et ce qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce. De vérifier et de validité de notre hypothèse qui dit « L'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental. », nous avons confirmé cette hypothèse avec les quatre(04) cas de notre étude.

A travers cette étude, nous avons pu atteindre les objectifs que nous avons tracés et nous somme arrivée à notre finalité de départ qui est de savoir l'impact de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental, et les résultats finaux confirment notre hypothèse. Enfin, cette recherche est une bonne expérience en termes d'apprentissage et dans laquelle nous avons appris beaucoup de choses.

Pour conclure, nous estimons aussi, qu'avec ce modeste travail, nous pouvons ouvrir des pistes de recherche pour des travaux similaires, en allant dans la même direction, mais avec une autre démarche.

Annexes

Le planning :

Tél : 031.17.02.92

EMPLOIE DU TEMPS
2020/2021


CLASSE: Eveil (1,2)

Chargée pédagogique: M^{me} GACEM

Jours Heures	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
8h30 - 8h45	Accueil + Mise de blouse + Chant				
8h45 - 9h10	Passage aux toilettes (Propreté sphinctérienne)				
9h10 - 9h30	Causerie				
9h30 - 10h00	Psychomotricité Salle	Triage	- Psychomotricité /Salle - Schéma corporel	Habillage	Toilette et Hygiène
10h30 - 11h00	Stimulation Sensorielle	Coloriage ou jeux organisés collectif	Exercice souffle	Imitation de geste	Motricité fine
11h00 - 11h20	Sortie Toilette Et Hygiène		Jeux individuel	Coloriage limité ou peinture	Jeux ou Audio visuel
11h20 - 11h30	Rangement de la classe				


Programme de la classe éveil :

Association d'Aide aux Inadaptés Mentaux de BEJAIA
Agrément N° 242/83/DRAL/SDRG du 09 Août 1983
Centre Psycho - Pédagogique pour Enfants et Adolescents - Ihaddaden



Programme annuel

Année 2020/2021



Chargé pédagogique: Mme GACEM Sabrina

Classe: **Eveil**

1- CHANT :

But : Enrichir le vocabulaire

Objectif :

- Etablir une relation
- Faire l'enfant de son inertie
- Renforcer les fruits
- Renforcer les légumes
- Renforcer les animaux domestiques etc....

Mme GACEM Sabrina
Chargée Pédagogique
A.A.I.M.S

2- PASSAGE AUX TOILETTES :

But : La propreté sphinctérienne

Objectifs :

- Faire le travail de conditionnement
- Demander ses besoins
- Faire descendre son pantalon
- Faire descendre sa culotte
- Apprendre à rester aux toilettes
- Faire monter sa culotte/pantalon

3- L'HABILLAGE :

But : L'Autonomie

Objectif :

- Reconnaître ses habilles
- Apprendre à boutonner / déboutonner
- Apprendre à mettre sa blouse (1 manche puis l'autre)
- Pliage de la serviette de table.

Remarque : Important de commencer l'apprentissage par déboutonner en 1^{er} lieu puis boutonner.

Page 1 sur

4- CAUSERIE :

But : Enrichir le vocabulaire

Objectif :

1)- Apprentissage des objets usuels(ustensile de cuisine)

(Cuillère/ Fourchette/ couteau/ verre/ assiette/ tasse/ torchon)

2)- Apprentissage de :

Savon /serviette de toilette/ dentifrice/ brosse à dent/ peigne/ papier hygiène/déodorant ou parfum.

3)- Apprentissage des animaux domestiques :

Mouton/ vache/ chat/ chien/ poule/ lapin / oiseau/ poisson.

4)- Apprentissage des légumes / fruits en alternance

Pomme de terre/ tomate/ carotte/ oignon/ salade...

Banane/ orange/ pomme/ pêche/ abricot.

5)- Apprentissage/ nomination de la petite famille : papa / maman

Mme GACEM Sabrina
Chargée Pédagogique
A.A.I.M.B

5- TOILETTE ET HYGIENE :

But : L'hygiène corporelle

Objectifs :

- Apprendre à se laver les mains
- Apprendre à se laver le visage
- S'essuyer

6- IMITATION DE GESTE :

But : imitation de geste

Objectifs :

- Exécution d'une consigne
- Faire la relation
- Stabilité
- Concentration
- Enrichir vocabulaire.

Remarque : Faire le modèle à l'enfant sauf le geste, une fois qu'il le fait on ajoute la consigne verbale par la suite (associé la parole au geste).

Exp : - Regarde moi, - Mets tes mains sur la tête, - Mets tes mains sur la bouche,
- Emettre quelques son (papa, maman...)

7- TRIAGE :

1)- Triage de choses usuelles :

- Cuillère/Fourchette
- Gros noyaux / grosses perles
- Les pattes pênes / poids chiches

2)- Triage des couleurs de base :

- Triage du rouge / jaune
- Intégrer le triage du bleu / vert au fur et à mesure

3)- Triage de formes – Triage des ronds – Triage des carrés

8- STIMULATION SENSORIELLE :

But : Prendre conscience différents sens

Objectifs : Développements des cinq sens

a)- Sens tactif : Avec les mains et les pieds

Objectifs :

- Toucher et se rouler dans une couverture : 1 couverture rugueuse/douce
- L'eau chaude / froide
- Mettre les pieds dans l'eau chaude / froide
- Mettre les mains / pieds dans le sable gros /fin
- Mettre les mains / pieds dans la terre.

b)- Sens gustatif :

Objectifs :

- Gout Salé/ sucré
- Citron /biscuit/ chocolat/ limonade
- Les enfants s'expriment par grimaces

c)- Sens olfactif :

Objectifs : différents odeurs

- Odeur du savon
- Odeur de l'eau de Cologne
- Odeur du café
- Odeur du parfum

Mme GAKEM Sabrina
Chargée Pédagogique
AAIMB

d)- Sens auditif :

Différents sens des animaux domestiques : chat/chien/mouton/vache/oise

9- PSYCHOMOTRICITE :

1)- En classe :

But : Prendre conscience des ses grandes/petites parties du corps

Objectifs :

- Désignation des grandes parties du corps sur soi
- Désignation des petites parties du corps sur soi

2)- En salle :

But : Développement de la motricité fine/globale

Objectifs : Renforcement des grandes/petites parties du corps

Voir la psychomotricienne

10- EXERCICE DE SOUFFLE :

But : Développement de l'appareil phonatoire

Objectifs :

- Souffler sur 1 plume
- Souffler sur 1 boule de papier
- Souffler sur 1 balle de ping-pong
- Souffler sur 1 boule de coton
- Souffler sur 1 bougie.

Remarque : S'éloigner petit à petit pour un meilleur souffle

11- MOTRICITE FINE :

But : Développement de la motricité fine

Objectifs :

- Allumer /éteindre le bouton de la lumière
- Ouvrir /fermer la poignée de la fenêtre
- Ouvrir /fermer un robinet d'eau
- Passer 1 anneau dans 1 tige
- Saisir 1 objet dans 1 bassine
- Transvasée plusieurs objet (du grand /petit)
- Transvasée liquide avec grands objets
- Enfiler de grosses perles

Mme GACQUIN Sa
Chargée de l'éducation
A.A.L.M.B

- Faire du chiffonnage
- Déchiquetage
- Modelage.

12- COLORIAGE :

But : Développer la motricité fine

Objectifs :

- Manipulation du crayon de couleur
- Pour renforcement des choses déjà requises

13- PEINTURE :

But : Développer la motricité fine

Objectifs :

- Suivre la progression
- 1^{er} chape (empreinte avec objets/ main / pieds)

Mme GAZEM Sabrina
Chargée Pédagogique
AAIMB

14- JEUX :

But : Développer l'imagination de l'enfant

Objectifs :

- Organisés collectifs : Ballon/course/ dépasser une limite
- L'individuel : Encastrement / empilement/ sériation/ construction/ emboitement.

15- AUDIO VISUEL :

But : Enrichir le vocabulaire

Objectifs : Renforcer les notions acquises

L'après midi :

Les coins :

But : Relaxation

Objectifs : Suivre la progression

Remarque : IL faut changer les coins de temps à autre.

Motricité fine



Déchiquetage



Jeux de concentration :







EPREUVES POUR L'EXAMEN DU LANGAGE

Feuille de notation et d'enregistrement

NOM : PRENOM : SEXE :
 AGE : Ans Mois EXAMINATEUR :
 ECOLE : CLASSE :
 DATE DE NAISSANCE : DATE DE PASSATION :

Âges d'application : La **FORME P** s'applique aux enfants âgés de 4 ans, 4 ans 1/2, et 5 ans (inclus).
 La **FORME G** s'applique aux enfants âgés de 5 ans (inclus), 5 ans 1/2, 6 ans, 7 ans et 8 ans.

TABLEAU RECAPITULATIF DES NOTES

Ordre de passation	Epreuves	Note obtenue	Ecart-types en + ou en - (σ)
4	ARTICULATION	ART = / 6	.....
	PHONOLOGIE		
1	Dénomination d'images	DEX = / 100	.....
2	Répétition de mots faciles	REP = / 100	.....
3	Répétition de mots difficiles	N.ER = C.RE =	..... .....
	LINGUISTIQUE		
	A. Expression		
13	Vocabulaire - Dénomination	LX2 = / 100 LX3 = / 100	..........
12	Récit d'une histoire courte (Forme G)	IDE = / 100	.....
14	Récit sur images (si réalisé, porter oui)	MOT = <input type="checkbox"/>
	B. Compréhension		
5	Canards (Forme P)	CAD = / 100	.....
	(Forme G)	CAN = / 100	.....
7	Couleurs (Forme P)	COU = / 100	.....
8	Jetons	JET = / 100	.....
9	Différence (Forme G)	DIF = / 100	.....
10	Pareil	PAR = / 100	.....
15	Compréhension verbale	VER = / 100	.....
17	Désignation d'images	DSX = / 100	.....
	RETENTION		
6	Répétition de chiffres	CH1 = / 100	.....
11	Répétition de phrases		
	Partie A (Forme P)	CW1 = / 100 CW2 = / 100	..........
	Partie B (Forme G)	PH1 = / 100 PH2 = / 100	..........
16	Reproduction de struct. rythm. (Forme G)	RYT = / 100	.....

1. PHONOLOGIE : Dénomination

Âges d'application : FORME P : 4 ans à 5 ans — FORME G : 5 ans à 8 ans.

Coter chaque item 0, + ou —.

Item	Note	Définition	Enregistrer
1. table	on en a une : pour travailler, pour manger (en montrer une)	
2. lapin	c'est une bête avec de grandes oreilles	
3. bébé	un tout petit enfant, c'est un ...	
4. auto	c'est pour aller se promener dedans	
5. roue	il y en a aux voitures, aux bicyclettes	
6. banane	cela se mange, c'est un fruit	
7. avion	il vole dans le ciel	
8. couteau	tu en as un à table, pour couper	
9. poupée	c'est un jouet pour les petites filles	
10. piano	c'est pour faire de la musique	
11. maison	c'est pour habiter dedans	
12. saucisson	c'est pour manger ; on coupe des tranches	
13. fromage	c'est pour manger, tu sais le gruyère, c'est du ...	
14. ciseaux	c'est pour couper du papier, du tissu	
15. jambon	tu en manges, vois la tranche de ...	
16. chaise	c'est pour s'asseoir	
17. cigarette	papa doit en fumer, ou bien tu as vu des gens en fumer	
18. stylo	c'est pour écrire, tu vois il y a une plume	
19. casserole	c'est pour faire la cuisine, on fait chauffer le lait dedans	
20. arbre	il y en a dehors dans les jardins	
21. brouette	pour porter des choses dans le jardin	
22. parapluie	c'est pour quand il pleut	
23. crayon	c'est pour écrire	
24. clé	c'est pour ouvrir la porte	
25. train	c'est pour partir en voyage, en vacances	
26. bouquet de fleurs	on en donne à maman pour sa fête (s'il dit « des fleurs », « quand il y a beaucoup de fleurs ensemble, c'est un ... »)	
27. doigt	montrer un doigt de la main (s'il dit « main », « un seul, c'est un ... »)	
28. nez	montrer le nez	
29. gomme	Pas de définition	
30. glace		
31. bougie		
32. bouchon		
33. allumette		

$$\text{Note} = \frac{\text{nombre de mots corrects phonétiquement} \times 100}{\text{nombre d'images dénommées correctement sur le plan lexical}}$$

DEX

/ 100

2. PHONOLOGIE : Répétition de mots faciles

Ages d'application : FORME P : 4 ans à 5 ans – FORME G : 5 ans à 8 ans.

Coter chaque item 0, + ou –.

Item	Note	Enregistrer	Item	Note	Enregistrer
1. bon point [bɔ̃pwɛ̃]		24. roue [ru ]	.....
2. tableau [tablo]		25. banane [banan ]	.....
3. gomme [gɔm]		26. avion [avjɔ̃ ]	.....
4. farine [farin]		27. couteau [kuto ]	.....
5. saucisson [sosisɔ̃]		28. poupée [pupe ]	.....
6. fromage [frɔmaz]		29. maison [mezɔ̃ ]	.....
7. promenade [prɔmnad]		30. ciseaux [sizɔ ]	.....
8. voiture [vwatyʀ]		31. jambon [ʒãbɔ̃ ]	.....
9. route [rut]		32. chaise [ʒez ]	.....
10. grand piano [grãpjano]		33. cigarette [sigaret ]	.....
11. piano [pjano]		34. stylo [stilo ]	.....
12. musique [myzik]		35. casserole [kasʀol ]	.....
13. cravate [kravat]		36. arbre [arbr ]	.....
14. glace [glas]		37. brouette [bʀuɛt ]	.....
15. vraie clé [vʀekle]		38. parapluie [paraplqi ]	.....
16. clé [kle]		39. train [trɛ̃ ]	.....
17. bras droit [bradrwa]		40. bouquet de fleurs [buke dflœʀ]	.....
18. il pleure [ilplœʀ]		41. doigt [dwa ]	.....
19. chat [ʃa]		42. nez [ne ]	.....
20. table [tabl]		43. bougie [buʒi ]	.....
21. lapin [lapɛ̃]		44. bouchon [buʃɔ̃ ]	.....
22. bébé [bebe]		45. crayon [KRɛjɔ̃ ]	.....
23. auto [oto]		46. allumette [alymet ]	.....

$$\text{Note} = \frac{\text{nombre de mots corrects phonétiquement} \times 100}{\text{nombre de mots répétés effectivement}}$$

REP

/ 100

3. PHONOLOGIE : Répétition de mots difficiles

Ages d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans . Administrer SEULEMENT les items précédés d'un astérisque.
FORME G : de 5 ans à 8 ans . Administrer TOUS les items.

Items	x		Enregistrer
* Topinambour	7	[tɔpinãbur]	
Nabuchodonozor	8	[nabykodonozɔR]	
Cosmopolitisme	11	[kɔsmopolitism]	
Excommunication	7	[ekskɔmynikasjɔ]	
Familiarité	8	[famiɓjarite]	
* Instabilité	7	[ěstabilite]	
* Sardanapale	5	[sardanapal]	
* Désenchantement	6	[dezããtmã]	
* Constantinople	7	[kɔstãtinɔpl]	
Irrévocablement	11	[irevɔkablẽmã]	
(un jeu de) * construction	6	[kɔstryksjɔ]	
(papa a acheté un journal au) kiosque	4	[kjɔsk]	

Cotation : (Se reporter également au Manuel, page 56) :

Pour chaque mot, transcrire phonétiquement la réponse de l'enfant.

Compter successivement et relever sur le tableau de dépouillement les erreurs suivantes :

- Phonèmes en plus (en +)
- Phonèmes en moins (en -)
- Remplacements de phonèmes (RM)
- Changements de place (CH)

Pour obtenir la **note N.ER**, additionner le nombre total d'erreurs (mettre «x» pour un mot qui n'a pas été répété ou qui a été bredouillé) dans la colonne N.ER.

Pour obtenir la **note C.RE**, donner une note de réussite à chaque mot selon le code suivant :

- 0 : mot méconnaissable ou non répété,
- 1 : mot bredouillé,
- 2 : mot reconnaissable, mais comportant des erreurs,
- 3 : mot correct.

Porter cette note dans la colonne C.RE.

Items	x					Notes	
		en +	en -	RM	CH	N.ER	C.RE
* Topinambour . .	7						
Nabuchodonozor .	8						
Cosmopolitisme . .	11						
Excommunication	7						
Familiarité	8						
* Instabilité	7						
* Sardanapale	5						
* Désenchantement	6						
* Constantinople . .	7						
Irrévocablement .	11						
(un jeu de) * construction	6						
(papa a acheté un journal au) kiosque	4						
Totaux							

4. ARTICULATION

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
FORME G : 5 ans, 5 ans 1/2, 6 ans et 8 ans.

Coter chaque item 1 ou 0 point.

N'administrer le second essai QUE s'il y a échec (0) au premier, et ne tenir compte, pour établir la note ART, que du meilleur résultat.

Item	1er essai	2e essai	Item	1er essai	2e essai
Item 1 SA	Item 4 VA .....	.....	.....
Item 2 JA	Item 5 FA .....	.....	.....
Item 3 CHA	Item 6 ZA .....	.....	.....

ART

TOTAL = / 6 =

/ 6

**5. LINGUISTIQUE : Compréhension
Les canards**

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans . Administrer les groupes d'items A, B et C (Note CAD).
FORME G : de 5 ans à 8 ans . Administrer les groupes d'items C, D et E (Note CAN).

	Cotation	Note
A. 1. Prends un canard .....	.. ± ..	.....
2. Mets-le devant la boîte .....	.. 1 ..	.....
3. Mets-le sur la boîte .....	.. 1 ..	.....
4. Mets-le derrière la boîte .....	.. 1 ..	.....
5. Mets-le sous la boîte .....	.. 1 ..	.....
B. 6. Combien as-tu de canards ? .....	.. 1 ..	.....
C. 7. Prends les canards qui nagent .....	.. ± ..	.....
8. Mets-les chacun dans un bassin .....	.. 1 ..	.....
9. Mets-les dans le même bassin .....	.. 1 ..	.....
10. Fais-les nager dans l'eau autour du bassin .....	.. 1 ..	.....
11. L'un derrière l'autre .....	.. 1 ..	.....
D. 12. Dos à dos (dozado) .....	.. 2 ..	.....
13. Côte à côte .....	.. 2 ..	.....
14. Face à face .....	.. 2 ..	.....
E. 15. Fais marcher les canards .....	.. ± ..	.....
16. Le long du bassin .....	.. 1,5 ..	.....
17. Fais arrêter un canard .....	.. 1,5 ..	.....
18. Entre les deux bassins .....	.. 2 ..	.....

CAD

TOTAL = / 9 =

/ 100

CAN

TOTAL = / 15 =

/ 100

Pour obtenir la note CAD (FORME P) ou CAN (FORME G), se reporter aux Tables N° 5 et 6.

6. LINGUISTIQUE : Rétention
Répétition de chiffres

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans . Administrer les groupes d'items A et B.
FORME G : de 5 ans à 8 ans . Administrer les groupes d'items B et C.

Coter chaque item 1 ou 0 point.

Items	Note	Items	Note
A. 3 - 5 - 9	C. 3 - 1 - 8 - 5 - 9 .....	.....
2 - 4 - 7	4 - 8 - 3 - 7 - 2 .....	.....
5 - 2 - 3	9 - 6 - 1 - 8 - 3 .....	.....
B. 4 - 7 - 2 - 9	CHI	
3 - 8 - 5 - 2	TOTAL = / 6 = <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> / 100	
7 - 2 - 6 - 1		

Pour obtenir la note CHI, se reporter à la Table N° 2 .

7. LINGUISTIQUE : Compréhension
Les couleurs

Âges d'application : FORME P : de 4 ans à 5 ans.

S'il y a échec à la dénomination d'une couleur ou plus, administrer B. Pour la cotation, se reporter au Manuel, page 76.

Items	Cotation	Note
A. Dénomination des couleurs		
« Celle-là c'est ... »		
– rouge .....	... 2 ...	.....
– bleu .....	... 2 ...	.....
– jaune .....	... 2 ...	.....
– vert .....	... 2 ...	.....
B. Désignation des couleurs		
« Montre-moi le ... »		
– jaune .....	... 1 ...	.....
– rouge .....	... 1 ...	.....
– vert .....	... 1 ...	.....
– bleu .....	... 1 ...	.....

COU
TOTAL = / 8 = **/ 100**

Pour obtenir la note COU, se reporter à la Table N° 4 .

8. LINGUISTIQUE : Compréhension
Les jetons

Âges d'application : } FORME P : de 4 ans à 5 ans . Administrer les groupes d'items 1 et 2. N'ADMINISTRER les groupes d'items 3 et 4 QUE s'il y a réussite aux groupes d'items 1 et 2. (La réussite à 1c et 2c suffit pour passer aux groupes 3 et 4).
FORME G : de 5 ans à 8 ans, administrer les groupes d'items 1, 2, 3 et 4.

Items	Cotation	Note
1. Jetons de même forme et de couleurs différentes		
a) Classe-les par couleur	1	.....
b) Mets ensemble ceux qui ont la même couleur	0,50	.....
c) Mets tous les rouges ensemble tous les bleus ensemble tous les verts ensemble	0,25	.....
2. Jetons de même couleur et de formes différentes		
a) Classe-les par forme	1	.....
b) Mets ensemble ceux qui ont la même forme	0,50	.....
c) Mets tous les ronds ensemble tous les longs ensemble tous les courts ensemble	0,25	.....
3. Jetons de différentes formes et de différentes couleurs		
a) Classe-les par couleur sans t'occuper de la forme	1,50	.....
b) Mets ensemble ceux qui ont la même couleur	0,50	.....
c) Mets tous les rouges ensemble tous les bleus ensemble tous les verts ensemble	0,25	.....
4. Jetons de différentes formes et de différentes couleurs		
a) Classe-les par forme sans t'occuper de la couleur	2	.....
b) Mets ensemble ceux qui ont la même forme	0,50	.....
c) Mets tous les ronds ensemble tous les longs ensemble tous les courts ensemble	0,25	.....

JET

TOTAL = / 5,5 = / 100

Pour obtenir la note JET, se reporter à la Table N° 1

**9. LINGUISTIQUE : Compréhension
« Différence »**

Âges d'application : FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Coter chaque item 2, 1 ou 0 points, en se reportant aux explications du Manuel, page 81.

Items	Note	Relever la réponse de l'enfant (Enregistrer)
<p>A. Deux vases différents :</p> <p>– Tu vois ces 2 images. Qu'est-ce qu'elles représentent ? Si l'enfant ne répond pas, dire : « un vase... un vase ».</p> <p>a) Regarde bien. Est-ce qu'il y a une différence ? b) Pourquoi me dis-tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence). Explique-moi ?</p>		
<p>B. Deux vases semblables :</p> <p>– Tu vois ces 2 images. Qu'est-ce qu'elles représentent ? Si l'enfant ne répond pas, dire : « un vase... un vase ».</p> <p>a) Regarde bien. Est-ce qu'il y a une différence ? b) Pourquoi me dis-tu qu'il n'y a pas de différence ? (ou une différence). Explique-moi ?</p>		
<p>C. Deux casseroles différentes :</p> <p>– Tu vois ces 2 images. Qu'est-ce qu'elles représentent ? Si l'enfant ne répond pas, dire : « une casserole ... une casserole ».</p> <p>a) Regarde bien. Est-ce qu'il y a une différence ? b) Pourquoi me dis-tu qu'il n'y a pas de différence ? (ou une différence). Explique-moi ?</p>		
<p>D. Deux casseroles semblables :</p> <p>– Tu vois ces 2 images. Qu'est-ce qu'elles représentent ? Si l'enfant ne répond pas, dire : « une casserole ... une casserole ».</p> <p>a) Regarde bien. Est-ce qu'il y a une différence ? (ou pas de différence). b) Explique-moi ?</p>		
<p>E. Deux chats différents :</p> <p>– Tu vois ces 2 images. Qu'est-ce qu'elles représentent ? Si l'enfant ne répond pas, dire : « un chat... un chat ».</p> <p>a) Regarde bien. Est-ce qu'il y a une différence ? b) Pourquoi me dis-tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence). Explique-moi ?</p>		

TOTAL = x 10 =

DIF

/ 100

Pour obtenir la note DIF, il suffit de multiplier le total par 10.

10. LINGUISTIQUE : Compréhension
« Pareil »

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
FORME G : de 5 ans à 8 ans . Cette épreuve n'est administrée QUE si la note DIF est inférieure à 100.

Coter chaque item 2 ou 0 points.

Reprendre les images de l'épreuve précédente dans le même ordre et poser la question :
« Est-ce qu'elles sont pareilles ? »

Items	Note
A. Deux vases différents
B. Deux vases semblables
C. Deux casseroles différentes
D. Deux casseroles semblables
E. Deux chats différents

PAR

TOTAL = x 10 = / 100

Pour obtenir la note PAR, il suffit de multiplier le total par 10.

11. LINGUISTIQUE : Rétention
Répétition de phrases

Deux épreuves différentes sont proposées suivant l'âge de l'enfant : une épreuve 11.A, pour les enfants de 4 ans, 4 ans 1/2 et 5 ans (le CLOWN) et une épreuve 11.B, pour les enfants de 5 ans, 5 ans 1/2, 6 ans, 7 ans et 8 ans (les PHRASES).

11.A – Le CLOWN

Âges d'application : FORME P : de 4 ans à 5 ans.

Coter chaque phrase suivant les indications du Manuel, page 92 . Deux notes sont attribuées à cette épreuve : une note CW1, calculée sur l'ensemble des items et une note CW2, calculée UNIQUEMENT sur les items précédés d'un astérisque.

Enregistrer et transcrire la réponse obtenue	Note Max.	Note
* A. Au cirque, le gentil clown a fini sa chanson.	6	.....
B. Les enfants applaudissent très fort le gentil clown et rient.	10	.....
* C. Il salue, mais il fait tomber ses lunettes rondes.	6	.....
D. Il les ramasse en riant et il sort en marchant à reculons.	14	.....
E. Dans la nuit, le clown cherche son amie : il se demande où elle est.	9	.....

Enregistrer et transcrire la réponse obtenue	Note Max.	Note
* F. Est-ce qu'elle ne s'est pas cachée derrière la roulotte ?	7	.....
G. C'est sous la roulotte que le clown la trouve cachée.	9	.....
H. La chatte tient entre ses pattes de devant une grosse souris qu'elle a attrapée.	13	.....
I. Il veut la lui reprendre mais elle se sauve plus loin.	11	.....
J. Le clown l'appelle par la porte ouverte pour qu'elle revienne.	11	.....
* K. Il prend la bouteille pleine de lait qui est sur la table.	6	.....
* L. Il lui en donne un bol parce qu'elle a soif.	7	.....
* M. Le clown et la chatte vont aller dormir dans leur chambre.	6	.....
* N. Avant d'aller au lit, le clown se lave la figure.	6	.....
* O. Il est tard, alors ils s'endorment chacun dans son lit.	7	.....

TOTAL = / 128 = CW1 / 100

TOTAL = / 51 = CW2 / 100

Pour obtenir les notes CW1 et CW2, se reporter aux Tables N° 10 et 8.

11.B – Les PHRASES

Âges d'application : FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Deux notes sont attribuées à cette épreuve : PH1 et PH2.

Phrase 1	Enregistrer	Note Max.	Note
a) Mon oncle / est allé / acheter / un journal / illustré / au kiosque /.		6	.....

TOTAL = / 6 = PH1 / 100

Pour obtenir la note PH1, se reporter à la Table N° 2

Phrases 2	Enregistrer	Note Max.	Note
b) J'aimerais / bien / m'asseoir / dans l'herbe / mouillée / toute / fraîche / .		7	.....
c) Jean demande / à son père / de l'emmener / voir / les clowns / au cirque / .		6	.....
d) Pierre / a fait / un beau / bateau / de bois / avec son canif / pointu / .		7	.....

PH2

TOTAL = x 5 = / 100

Pour obtenir la note PH2, il suffit de multiplier le total par 5.

12. LINGUISTIQUE : Expression
Récit d'une histoire courte

Âges d'application : FORME G : de 5 ans à 8 ans.

La cotation s'effectue selon le nombre d'idées retenues (Note IDE) et selon le nombre de mots employés (Note MOT). Se reporter aux indications données dans le Manuel, page 69.

Texte	Enregistrer
Françoise / a reçu / une poupée / . C'était une belle poupée / de porcelaine / . La poupée avait les yeux bleus / et une robe jaune / . Mais le jour même / où Françoise avait reçu cette poupée, la poupée est tombée / et s'est cassée / . Françoise a beaucoup pleuré / parce qu'elle aimait bien sa poupée / .	

IDE

TOTAL = / 6,5 = / 100

Pour obtenir la note IDE, se reporter à la Table N° 3 .

MOT

TOTAL = =

13. LINGUISTIQUE : Expression
Vocabulaire-Dénomination

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
 FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Chaque mot est coté 4, 2, 1 ou 0 points suivant les indications du Manuel, page 59.

Deux notes sont attribuées à cette épreuve : LX2, calculée UNIQUEMENT à partir des items EN GRAS dans la liste (item n° 7 à item n° 31), et LX3, calculée sur l'ENSEMBLE des items.

Items	Note	Enregistrer
« Comment ça s'appelle, là ? » (L'examineur montre sur lui)		
1. menton	
2. genou	
« Regarde cette image. Qu'est-ce que c'est ? »		
3. pinceau	
4. tasse	
5. lavabo	
6. radiateur	

7. carte à jouer	
8. loupe	
9. domino	
10. décapsuleur	
11. canif	
12. sécateur	
13. rame	
14. écureuil	
15. gland	
16. chauve-souris	
17. établi	
18. coccinelle	
19. louche	
20. tire-bouchon	
21. passoire	
22. salière	
23. entonnoir	
24. évier	
25. oignon	
26. carafe	
27. poêle	
28. moule	
29. robinet	
30. ampoule	
31. tétine	

TOTAL = / 100 = LX2 / 100

TOTAL = / 124 = LX3 / 100

Pour obtenir la note LX2, il suffit de reporter le total des points correspondants aux mots 7 à 31 ; pour la note LX3, se reporter à la Table N° 9.

14. LINGUISTIQUE : Expression
Récit sur images

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Enregistrer et transcrire, dans un deuxième temps, le récit suivant les indications du Manuel, page 71.

Cotation et Notes, voir le Manuel, page

CRO =	COS =	NID =	RDB =	RAP =	TPS =
-------	-------	-------	-------	-------	-------

15. LINGUISTIQUE : Compréhension verbale

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Cotation : L'épreuve comprend cinq groupes d'items correspondant chacun à une image (même matériel que l'épreuve 14).

Chaque item est coté 2, 1 ou 1/2 points, suivant les indications du Manuel, page 84.

Items	Note Max.	Note	Enregistrer et transcrire
1. a) Que fait le garçon ?	1	
b) Avec quoi tient-il le chien ?	1	....
c) Comment est-il habillé ?	1	....
2. a) Où le garçon est-il tombé ?	1	....
b) Pourquoi est-il tombé ?	1	....
c) Quelle est la position du garçon ?	2	....
3. a) Comment sont les habits du garçon ?	1	....
b) Le garçon est-il content ? Pourquoi ?	1	....
c) Ici, que fait le chien ?	2	....

Items	Note Max.	Note	Enregistrer et transcrire
4. a) Avec quoi le garçon se lave-t-il ?	1	
b) Qui l'aide ?	1	....
c) Où sont ses habits ?	1	....
d) Où sont ses jambes ?	1	....
5. a) Où le garçon se regarde-t-il ?	1	....
b) Pourquoi est-il content ?	1	....
c) Regarde ses pieds. Comment se tient-il ?	2	....
d) Pourquoi se tient-il comme ça, sur la pointe des pieds ?	1	....

VER

TOTAL = x 5 = / 100

Pour obtenir la note VER, il suffit de multiplier le total par 5.

**16. LINGUISTIQUE : Rétention
Reproduction de structures rythmiques**

Âges d'application : FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Coter chaque item 1 ou 0 point. Il y a échec (0) quand l'enfant échoue 2 fois à la même structure.

Administrer les 12 premiers items, même s'il y a un ou plusieurs échecs. A partir de l'item 12, arrêter l'épreuve après 3 échecs consécutifs.

ESSAIS

a) **

b) * *

Items	Note	Items	Note	Items	Note
1. ***	8. ** ** ** .....	....	15. * * * * .....	....
2. ** **	9. ** ** * .....	....	16. ** * * * .....	....
3. * **	10. * * * * .....	....	17. * * * * * .....	....
4. * * *	11. * * * * * .....	....	18. ** * * * .....	....
5. ****	12. **** * .....	....	19. *** * * * .....	....
6. * ***	13. ** * ** .....	....	20. * ** * * * .....	....
7. ** * *	14. **** ** .....	....	21. * * * * * .....	....

RYT

TOTAL = / 21 = / 100

Pour obtenir la note RYT, se reporter à la Table N° 7

**17. LINGUISTIQUE : Compréhension
Désignation d'images**

Âges d'application : { FORME P : de 4 ans à 5 ans.
FORME G : de 5 ans à 8 ans.

Coter chaque item 4 ou 0 points suivant les instructions du Manuel, page 87.

Items		Note
« Montre-moi ... » :		
1. ton genou .....		.....
2. ton menton .....		.....
Ordre de présentation	Ordre de désignation	
A. 3. pinceau	radiateur .....	.....
4. tasse	lavabo .....	.....
5. lavabo	tasse .....	.....
AQUARIUM	pinceau .....	.....
6. radiateur		
B. 7. carte à jouer	loupe .....	.....
8. loupe	domino .....	.....
9. domino	carte à jouer .....	.....
10. décapsuleur	décapsuleur .....	.....
PIOCHE		
C. ARC EN CIEL		
11. canif	gland .....	.....
12. sécateur	sécateur .....	.....
13. rame	rame .....	.....
14. écureuil	écureuil .....	.....
15. gland	canif .....	.....
D. 16. chauve-souris	coccinelle .....	.....
17. établi	établi .....	.....
CHENILLE	louche .....	.....
18. coccinelle	chauve-souris .....	.....
19. louche		
E. 20. tire-bouchon	tire-bouchon .....	.....
21. passoire	passoire .....	.....
22. salière	évier .....	.....
ARROSOIR	oignon .....	.....
23. entonnoir	entonnoir .....	.....
24. évier	salière .....	.....
25. oignon		
F. 26. carafe	robinet .....	.....
CUVETTE	poêle .....	.....
27. poêle	carafe .....	.....
28. moule	moule .....	.....
29. robinet	tétine .....	.....
30. ampoule	ampoule .....	.....
31. tétine		

TOTAL = / 124 = DSX / 100

Pour obtenir la note DSX, se reporter à la Table N° 9 .

ÉTABLISSEMENT DU PROFIL

- Transformer, dans le tableau récapitulatif de la première page, les notes obtenues en nombre d'écart-types (de -6σ à $+6\sigma$) à l'aide de la Table d'étalonnage correspondant à l'âge de l'enfant (voir Manuel pages 125 à 133).
- Reporter pour chaque épreuve le nombre d'écart-types au-dessus ou au-dessous de la moyenne sur l'un des deux graphiques ci-dessous. (FORME P : enfants de 4 ans, 4 ans 1/2 et 5 ans ; FORME G : enfants de 5 ans, 5 ans 1/2, 6 ans, 7 ans et 8 ans).
- Relier les points portés.
- Examiner le PROFIL obtenu (homogénéité, dissociation, anomalies ...).

FORME P

		-6σ	-5σ	-4σ	-3σ	-2σ	-1σ	Moy.	+1σ	+2σ	+3σ	+4σ	+5σ	+6σ
Phonologie	ART													
	DEX													
	REP													
	NER													
Expr.	CRE													
	LX2													
	LX3													
	CAD													
Compréhension	COU													
	JET													
	PAR													
	VER													
Rétent.	DSX													
	CH1													
	CW1													
	CW2													

FORME G

		-6σ	-5σ	-4σ	-3σ	-2σ	-1σ	Moy.	+1σ	+2σ	+3σ	+4σ	+5σ	+6σ
Phonologie	ART													
	DEX													
	REP													
	NER													
Expr.	CRE													
	LX2													
	LX3													
	IDE													
Compréhension	MOT													
	CAN													
	JET													
	DIF													
Rétention	PAR													
	VER													
	DSX													
	CH1													
	PH1													
	PH2													
	RYT													

COMPORTEMENT VERBAL :

INHIBE

NORMAL

EXPANSIF

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- 1- Anne-Lise Zaffini. (2016) .L'éducation précoce des enfants avec trisomie 21 : quelles pistes pour relayer l'information auprès des professionnels de santé dans les Alpes-Maritimes État des lieux des pratiques de diffusion d'information réalisées auprès des médecins et des maternités sur la nécessité d'une intervention orthophonique, (Certificat de capacité d'orthophonie, Nice). En ligne :
file:///C:/Users/ns/Desktop/pr%C3%A9coce/ORTH_2016_ZAFFINI_ANNE-LISE.pdf.
- 2- Birgars Nathalie, Lemay, lise. (2012). petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants état de connaissances. Presse de l'université de Québec.
- 3- Camille Grautier, Marie Portier. (2014). Etude des stimulations rythmiques dans le de l'éducation précoce de l'enfant porteur de trisomie 21, (Certificat de capacité d'orthophonie, Lorraine France). En ligne :
[file:///C:/Users/ns/Desktop/test/BUMED_MORT_2014_GAULTIER_CAMILLE_PORTIER_MARIE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ns/Desktop/test/BUMED_MORT_2014_GAULTIER_CAMILLE_PORTIER_MARIE%20(1).pdf)
- 4- Cono. (2012). Etude comparative de langage écrit, et du raisonnement logique et mathématique, chez les personnes trisomique 21. France : Nice.
- 5- Denni-kriche N. (2000). Le partenariat parents / orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur d'un handicap. Rééducation orthophonique, vol. 38, N° 77-88, page 27-33.
- 6- DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française Marc-Crocq et Julien Daniel Guelfi, Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2015.
- 7- Emillie, Barrant. (2012). Promotion des Droit des Personnes en Situation de Handicap. Marseille Accatone.
- 8- Frédérique BRIN, Catherine COURRIER, Emmanuelle LEDERLE et Véronique MASY, Dictionnaire d'orthophonie, ortho édition, France, 2004.
- 9- Inserm. Déficiences intellectuelles. (2016).Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences. En ligne
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/expcol_2016_DI.pdf?sequence=3 le 05-04-2021 à 21 :00 déficience intellectuelle.
- 10- Jehanne Mignot Laetita Vande Vonder et Marie Claire Hael Exyck. (2011).Intervention précoce et approche cognitive, volume 14, page 271-296. DOI : 10.3917/cont.034.0271.
- 11- Lacombe,D et Brun,V . (2008). Trisomie 21 communication et insertion, éd Masson. Paris.
- 12- Lambert, L et Randal, J. (1997). Le mongolisme, éd Mardaga.

Références bibliographiques

- 13- Marc, D. (2009). L'évaluation du langage de l'enfant et de la difficulté au trouble, Inpes. En ligne :https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_plaquette_inpes.pdf consulté le 05-04-2021 à 21 :00h.
- 14- Michel Marciaux. (2004). Personnes handicapés mentales Ethique et droit. Gwen terrenoire, Fleurus, Paris.
- 15- Monique CUILLERET. (2003) .Trisomie 21 Aide et conseil. éd Masson. Paris.
- 16- Monique CUILLERET. (2007). Trisomie et handicaps génétiques associés Potentialités, compétences, éd Masson. Paris.
- 17- Norbert Sillamy, (2003) Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse.
- 18- Rondal, J, A. (1985). Langage et communication chez les handicapés mentaux. Bruxelles : Pierre Mardaga
- 19- Rondal, J. (1986). Le développement du langage chez l'enfant trisomique 21. Manuel pratique d'aide et d'intervention. Bruxelles : Mardaga
- 20- Rondal J, A. (1995). Exceptional language development in down syndrom. Implications for the cognition- language relation schips, New York : cambridge university pres.
- 21- Rondal J A. (1996). Faire parler l'enfant retardé mentale : un programme d'intervention psycholinguistique, Edition : Bruxelles.
- 22- Rondal, J.A. (1997), L'évaluation du langage, Sprimont : Mardaga.
- 23- Sillamy, N. (2004). Dictionnaire de psychologie, Paris, Larousse.
- 24- Yvon L, James L, Robert L, Nicola L, Claude G et Fléchère F. (2010).Handicaps et Retards. « De Développement Prévention et intervention précoce ». Canada : Béliveau.

L'impact de l'éducation précoce sur le développement du langage oral chez les enfants ayant un handicap mental

Etude de quatre (4) cas au Centre Psychopédagogique pour
Enfants et Adolescents Iheddaden de Bejaia

Résumé

L'objectif de notre recherche est de vérifier si l'éducation précoce a un impact positif sur le développement du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental.

Notre recherche est une étude descriptive et comparative pourtant sur 4 enfants (deux cas présentent une éducation précoce et les deux autres ne présentent pas une éducation précoce).

Cette étude concerne une fille et trois garçons, âgées entre 7 et 8 ans, l'âge de la prise en charge précoce pour les enfants ayant une éducation précoce varies entre deux ans et demi et trois ans.

Nous avons utilisé la Batterie du langage orale N-EEL avec les enfants. Nos résultats ont montré que l'éducation précoce a un rôle positif sur le développement du langage chez les enfants ayant un handicap mental.

Les résultats recueillis dans le test de langage oral N-EEL, ont révélé que les enfants bénéficiant d'une éducation précoce ont un langage bien développé par rapport aux autres enfants qui n'ont pas bénéficié d'une éducation précoce. A partir de ces résultats nous, pouvons dire que l'éducation précoce à un impact positif sur le développement du langage oral.

Mots clés : Education précoce, handicap mental, le langage oral.

Abstract:

The objective of our research is to verify whether early education has a positive impact on the development of oral language in children with intellectual disabilities.

Our research is a descriptive and comparative study however on 4 children (two cases present an early education and the two others do not present an early education).

This study involves a girl and three boys, aged between 7 and 8, the age of early care for children with early education ranging from two and a half to three years.

We used the N-EEL Speech Battery with children. Our results showed that early education has a positive role on language development in children with intellectual disabilities.

The results, collected in the N-EEL oral language test, revealed that children with early education have well-developed language compared to other children who did not receive early education. From these results, we can say that early education has a positive impact on the development of oral language.

Key words: Early education, mental handicap, oral language.