

Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme master 2 en orthophonie

Option : orthophonie

Pathologie de langage et de la communication



La Compréhension Oral Chez Les Enfants IMC Scolarisé au sein du
centre (A.A.I.M.B) du 8 a12 ans



Le travail réalisé par :

- **BOUZID IMENE**
- **TOUAZI AHLAM**

Est dirigée par :

Mm Geddouch Salima

Promotion : 2021/2022

Remerciement

*Le grand merci s'adresse au bon dieu le tout-puissant, de nous
Avoir donné la force et la patience, et qui a guidé et éclairé
Notre chemin pour la réalisation de notre mémoire.*

*Au terme de l'élaboration de ce modeste travail, nous tenons à exprimer
tout notre gratitude et nos vifs remerciements à :*

*Mme la promotrice Geddouch Salima, pour avoir voulu accepter d'encadrer ce
travail, pour la confiance qu'elle a témoignée, sa disponibilité permanente et sa
patience. Ainsi, nous la remercions pleinement pour ses conseils qu'elle n'a cessé
de nous prodiguer.*

*Nous remercions également, le directeur de centre (A.A.I.M.B)Mr
BENSIDHOM RIDA pour la confiance qu'il nous accordée.*

*Ainsi que tous les orthophonistes, les psychologues, les éducatrices et le personnel
pour la chaleur de leur accueil, leur patience et leur estimables soutien ; enfin, les
enfants IMC.*

*Nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères de tous ceux qui ont
contribués à la réalisation de ce travail, en*

*Nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui ont
contribués à la réalisation de ce travail, en nous soutenant chacun à sa façon.*

«Grand merci à tous »

DEDICACE

Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce modeste travail à ceux qui, quels que soient les termes embrassés, je n'arriverais jamais à leur exprimé mon amour sincère.

A la mémoire de ma mère :

A celle qui ma donné la vie partie trop tôt, aucune dédicace serait exprimé mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon instruction et mon bien être.

Jesper que, du monde qui est sien maintenant, elle apprécie cette humble geste comme preuve de reconnaissance de la part de ca fille qui a toujours prié pour le salut de son âme. Puisse dieu, le tout puissant, l'avoir en sa sainte miséricorde.

A MON PERE :

Ce travaille est dédié a mon père, celui qui a été durant toute ma vie un exemple de dévouement, de militance, de préservation et de sacrifice. Grâce a son enseignement des principes et de valeur ma permit la force et le courage de faire face a ma vie.

Que ce modeste travail soit l'exaucement de tes vœux tant formulés, le fruit de tes innombrables sacrifices. Puisse dieux, le très haut, t'accordé santé, bonheur et langue vie

A ma grande sœur LATIFA :

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers toi ma deuxième maman. Tu as été depuis mon enfance un exemple à suivre pour atteindre ces rêves.

Tu es ma force dans cette vie. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mon grand frère LOTFI:

A toi LOTFI, le plus gentil, tendre et serviable des frères je dédie ce travail. Tu as durant toute ma vie été d'un fort soutien. Avec ta tendresse et ta générosité, la vie a été meilleure pour moi.

Je te souhaite la réussite dans la vie avec tout le bonheur pour te combler.

A ma sœur Lina:

L'adorable, la tendre et la sage je te dédie à toi ce travail en témoignage de ma plus profonde reconnaissance de tout ce que tu as fait pour moi durant ces moments qu'on a vécu ensemble. Je te souhaite toute la réussite que tu espère ma petite sœur.

A mon beau frère MOHAMED:

Plus qu'un beau frère, un frère, à toi également je dédie ce modeste travail. Toi qui a été toujours là pour moi je te remercie et je te souhaite tout le bonheur du monde.

A mon neveu MUSTAPHA RAMI :

Depuis ta naissance, ma vie est remplie de joie et de bonheur. Merci pour tout l'amour que tu me procures. Je te souhaite mon petit RAMI une vie heureuse.

A mon binôme imene :

Tu a été une bonne amie et une très belle découverte durant cette année. je te remercie.

TOUAZI AHLA

DEDICACE

Je dédie ce travail à

Mes chers et respectueux parents :

A Ma mère :

A celle qui m'a donné la vie, aucune dédicace serait exprimé mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon instruction et mon bien être.

A MON PERE :

Ce travail est dédié à mon père, celui qui a été durant toute ma vie un exemple de dévouement, de militance, de préservation et de sacrifice. Grâce à son enseignement des principes et de valeur ma permit la force et le courage de faire face à ma vie.

A mes frères (Ali, Mehdi), Ma Sœur (Manel) et à toute Ma famille.

Ainsi qu'à mes amis, (Sissa, Khadija) et Mon Mari (Hamza).

Et à tous ceux qui me sont chers

En particulier Ma binôme Ahlam a été une bonne amie et une très belle découverte durant cette année. je te remercie pour ton aide et tes soutiens.

BOUZID IMENE

Résumé de l'étude :

L'objectif de notre étude était l'évaluation des stratégies de la compréhension de oral chez les enfants atteint d'infirmité motrice cérébrale «IMC» inséré dans le centre (A.A.I.M.B).La question qui se pose était: Quelle est la stratégie la plus utilisée de la compréhension orale chez les enfants qui présentent une infirmité motrice cérébrale (IMC) inséré dans le centre (A.A.I.M.B) ?

Une étude pratique qui avait lieu, au ceins du centre A.A.I.M.B, à la Wilaya de BEJAIA, en 2021, basée sur une étude descriptive <étude de cas>, nous avons appliqué l'examen O52 de l'évaluation de l'oral, le groupe (formé de 4 cas).

Donc notre hypothèse était la suivante:

- L'enfant IMC utilise différente stratégie de compréhension oral pour le traitement de ses donnés.

Après avoir employé l'examen O52, les résultats étaient:

- L'enfant IMC utilise la stratégie lexicale pour le traitement de ses données.
- L'enfant IMC trouve des difficultés dans la stratégie morpho-syntaxique et syntaxique pour le traitement de ses données.

Summary of the study:

The objective of our study was the evaluation of oral comprehension strategies in children with cerebral palsy inserted in the center (AAIMB). The question that arose was: What is the most effective strategy used of oral comprehension in children with cerebral palsy (Cerebral Palsy) inserted in the center (AAIMB)?

A practical study which took place at the center AAIMB, in the state of BEJAIA, in 2021, based on a descriptive study <case study>, we applied the O52 examination of the oral assessment, group (made up of 4 cases).

So our hypothesis was as follows:

- The IMC child uses different listening comprehension strategies for processing his data.

After using the O52 test, the results were:

- The IMC child uses lexical strategy for processing their data.
- The IMC child finds difficulties in the morph-syntactic and syntactic strategy for processing his data.

La liste des Abréviations

QI : caution intellectuelle.

IMC : infirmité motrices cérébrale.

O52 : compréhension du langage oral.

C A M P : centre d'action médico-sociale précoce.

N1:

N2:

L: lexical.

M-s: morpho-syntaxique.

C: strategies narrative.

C-d: comportement d'aféctation.

c-a: comportement d'auto correction

Liste des figures

Numéro	Titre	Numéro de la page
N°1	Les différentes manifestations des déficiences motrices dans le corps.	
N°2	Diplégie spastique.	
N°3	Schéma de prise en charge.	
N°4	Modèle neuro-psycholinguistique de Chevrier-Muller et Narbona.	
N°5	Modèle neuro-psycholinguistique simplifié (langage orla).	
N°6	Différentes formes de compréhension proposées par P. Ferrand (2000) cité par Coquet (2004, p. 355)	
N°7	Développement fonctionnel des territoires corticaux.	
N°8	Langage et cerveau : de la réception à l'interprétation.	

Liste des tableaux

Numéro	Titre	Page
N°1	Variétés selon la nature du trouble moteur et implications sur la recherche étiologique de l'IMC.	
N°2	Développement de la compréhension orale.	
N°3	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.	
N°4	Résultat du test O52 du premier cas.	
N°5	Résultat du test O52 du deuxième cas.	
N°6	Résultat du test O52 du troisième cas.	
N°7	Résultat du test O52 du quatrième cas.	
N°8	Les Résultats du Test de la compréhension (O52) pour le groupe d'étude.	
N°9	Description statistique des résultats obtenus de groupe de recherche.	

Tables des matières

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

Partie théorique :

Problématique et hypothèses.....	3
---	----------

Chapitre I : Infirmité motrice cérébrale.

Introduction.....	8
-------------------	---

1. Définition de l'infirmité motrice cérébrale.....	8
---	---

2. Les cause de l'IMC.....	9
2-1 anténatale.....	9
2-2 néonatale.....	9
2-3 postnatale.....	9

3 Les manifestations de L' IMC.....	10
-------------------------------------	----

3-1 la diplégie spastique ou syndrome de Little.....	10
3-2 l'Hémiplégie.....	11
3-3 la triplégie.....	11
3-4 la tétraplégie.....	12
3-5 la forme spastique.....	12
3-5-1 la forme athétosique.....	12
3-5-2 la forme ataxique.....	13

4-Les symptômes associés à l'IMC.....	15
---------------------------------------	----

4-1 problèmes sensoriels.....	15
4-2 problèmes visuels.....	15
4-3 problèmes d'audition.....	15
4-4 problèmes de prononciation et d'élocution	16
4-5 Infections pulmonaires et auriculaires récurrentes	16
4-6 Gingivite et problèmes dentaires	17
4-7 Bave.....	17
4-8 problèmes comportementaux et psychologiques.....	17
4-9 Manque de contrôle sur l'urine	18
4-10 Difficulté à manger.....	18
4-11 Vomissement.....	18
4-12 Constipation.....	18
4-13 Manque de croissance.....	19
4-14 difficultés d'apprentissage	19

Tables des matières

4-15 Intelligence et retard intellectuel.....	20
4-16 Déformations physiques et retards du développement moteur.....	21
5- Diagnostique de l'IMC.....	22
5-1 Diagnostique.....	22
5-2 Bilan neuropsychologique.....	23
6- Prise en charge médicale.....	23
7- Les différents professionnels de la chaîne de soins.....	25
7-1 Le kinésithérapeute.....	25
7-2 L'orthophoniste.....	26
7-3 Psychomotricien.....	26
7-4 L'ergothérapeute.....	26
7-5 L'orthoptiste.....	26
7-6 Le psychologue.....	26
7-7 Le chirurgien.....	27
Conclusion.....	27

Chapitre II : La compréhension orale

Introduction	28
I. -Compréhension du langage oral.....	28
1- Définition de la compréhension.....	28
2- Les types de la compréhension.....	29
2-1 Compréhensions orales.....	29
2-2 Compréhensions écrites.....	30
3- Les théories explicatives de compréhension du langage oral.....	30
4- Les différentes phases de croissance.....	32
5- Diagnostique des difficultés du langage oral.....	34
II. Les stratégies de la compréhension orale.....	38
1- Compréhension immédiate.....	39
1-1 La stratégie lexicale.....	40
1-2 La stratégie morphosyntaxique	40

Tables des matières

1-3 La stratégie syntaxique	40
2- La Compréhension globale.....	40
2-1 Le comportement de fréquentation.....	41
2-2 Le comportement de changement de désignation.....	41
2-3 Le comportement d'autocorrection.....	41
Conclusion	42

Partie pratique :

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Introduction	43
1. La pré-enquête	43
2. La méthode de recherche	44
3. Le groupe d'étude	45
3-1 critères d'inclusion.....	46
3-2 critères d'exclusion.....	46
4- Lieux de recherche	46
5- L'outil de la recherche	47
5-1 Test de compréhension orale.....	47
5-1-1 L'objectif du test.....	47
5-1-2 Pratique du Test.....	
6- Le déroulement de la recherche	53
6-1 coté théorique	54
6-2 côté pratique	54

Tables des matières

Conclusion.....	54
-----------------	----

Chapitre IV : Cadre pratique de la recherche :

Introduction	55
1- Présentation et analyse des résultats selon les cas	55
1-1 Cas Sarah.....	55
1-2 Cas Salah Eldin	56
1-3 Cas Hayat.....	58
1-4 Cas lamine	60
2- Analyse des résultats.....	63
2-1 Analyse Qualitative.....	63
2-2 Analyse Quantitative	64
3- Discussion des hypothèses.....	65
3-1 Discussion des résultats de la première hypothèse	65
3-2 Discussion des résultats de la deuxième hypothèse	66
3-3 Discussion des résultats de la troisième hypothèse.....	66
Conclusion	66
Conclusion générale.....	68

INTRODUCTION

Peu connue et pourtant très répandue, l'IMC (Infirmité Motrice Cérébrale) est la conséquence de lésions cérébrales survenues autour de la naissance.

L'atteinte cérébrale peut survenir en période anténatale ou périnatale et aura pour conséquences une discordance ou une absence dans le rythme des acquisitions selon la localisation et l'étendue de la lésion.

Bien que la lésion ne soit pas évolutive, on pourra observer du fait du développement cérébral et de la croissance corporelle une apparition de certains troubles moteurs, une installation progressive de troubles orthopédiques ou encore des épilepsies auxquelles peuvent s'ajouter d'autres troubles, en particulier, les troubles du langage.

Les troubles du langage oral chez les enfants IMC sont fréquents et variés, allant d'un simple trouble de l'articulation à l'absence totale de langage oral. Ils dépendent des capacités intellectuelles de l'enfant et de la gravité de ses lésions.

Etant donné le déficit et le défaut des enfants IMC au niveau du langage oral notre objectif est d'étudier l'un des aspects du langage qui est la compréhension et spécifiquement les stratégies de compréhension chez les IMC qui sont :

- Stratégies pour une compréhension immédiate: elle est considérée comme la base pour identifier les acquisitions linguistiques, les stratégies d'infrastructure les plus importantes.
- La stratégie lexicale: permet à l'enfant de comprendre l'événement en fonction de ses gains de vocabulaire.
- Stratégie morphosyntaxique: permet à l'enfant d'identifier ses propres éléments linguistiques.
- Stratégie anecdotique: elle aborde les gains linguistiques du type le plus élevé.
- Stratégies de compréhension globale: permettent d'identifier les comportements adoptés par l'enfant en cas de chute Erreur

INTRODUCTION

Ce travail a abouti à ce présent mémoire qui est divisé en deux parties une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorie est subdivisée en deux chapitres : premier et deuxième chapitre.

Dans le premier chapitre intitulé Infirmité motrice cérébrale (IMC), nous avons abordé la définition, les causes, les manifestations, les symptômes associés de l'infirmité motrice cérébrale, comment effectuer le diagnostic de l'IMC, comment aborder la prise en charge de ce dernier, les différents professionnels de la chaîne de soins.

Quand au deuxième chapitre intitulé compréhension orale, nous avons divisé ce chapitre en deux axes : un axe concernant la compréhension orale qui contient la définition, les types de la compréhension, les théories explicatives de la compréhension du langage oral, les différentes phases de croissance et en fin le diagnostic des difficultés du langage oral.

Le deuxième axe quant à lui concerne les stratégies de la compréhension orale c'est-à-dire compréhension immédiate et compréhension globale.

La partie pratique quant à elle est subdivisée en deux chapitres : troisième et quatrième chapitre.

Le troisième chapitre est consacré à la méthodologie dans le quelle nous avons commencé par la pré-enquête, puis nous avons cité la méthode de recherche, le groupe d'étude, les lieux de recherche, l'outil de la recherche et enfin le déroulement de la recherche.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse et discussion des résultats et la discussion des hypothèses.

En fin la conclusion générale qui synthétise les réponses à notre question de départ de notre étude.

Problématique

Le terme infirmité motrice cérébrale (IMC) désigne généralement une lésion non progressive mais permanente du cerveau jeune entraînant un déficit à prédominance motrice (VARGHA-KHADEM et AL, 1992, P 115).

L'IMC regroupe les infirmités telles que la maladie de Little, hémiplégie cérébrale infantile, athétose, ataxie, spasticité, observées chez les enfants dont l'intelligence est grandement conservée et dont les troubles moteurs représentent l'essentiel du handicap (CAHUZAC M. p27-70).

Selon le dictionnaire orthophonique l'infirmité motrice cérébrale (IMC) est l'ensemble des manifestations neurologiques dues à des lésions non évolutives et non curables des tissus cérébraux survenant immédiatement avant, pendant ou après la naissance (anoxie par exemple). Les troubles, essentiellement moteurs, sont regroupés en trois grands types d'infirmité motrice cérébrale: spastique, dyskinétique et athétosique. Peuvent s'y ajouter des troubles visuels, auditifs et tactiles. Pour Tardieu (1968), le terme IMC concerne exclusivement les sujets d'intelligence normale et on nomme paralytiques cérébraux les sujets qui présentent en plus un handicap mental. (BRIN.F et al 2004.p124)

L'étude qu'a fait ZABALIA (1999) montre que le développement de l'infirmité motrice cérébrale affecte les processus cognitifs.

A travers les résultats qu'il a atteints grâce à l'étude qu'il a menée ; il a été constaté que les enfants atteints de paralysie motrice cérébrale n'utilisent pas le système pour traiter les formes qui sont positionnées dans l'espace par le même rythme auquel les enfants normaux ont et cela est évident dans leurs mauvais résultats en mathématiques, en particulier en géométrie, qui affecte d'autres acquisitions scolaires, car il est connu que la représentation spatiale et le mouvement précis sont des facteurs qui aident à l'interaction, à gérer les unités linguistiques et à mieux comprendre car la compréhension découle de ces acquisitions linguistiques, ainsi que des perceptions visuelles, du processus de synthèse et

Problématique

analyse qui est réalisée par l'enfant afin de se forger une nouvelle connaissance ou de comprendre un problème auquel il est confronté à travers notre présentation d'études antérieures qui ont été menées sur la compréhension et malgré l'absence d'études traitant de la compréhension chez les enfants atteints de paralysie motrice cérébrale.(ZABALIA M,p75-97)

Selon le dictionnaire orthophonique, la compréhension dans le domaine logicomathématique, c'est le processus mental indispensable à l'activité de classification. La compréhension consiste à envisager une classe en allant du général vers le particulier, c'est-à-dire en envisageant les propriétés communes aux différents éléments de la classe. (BRIN. F et al.2004 p57)

La compréhension rassemble donc les propriétés communes qui s'appliquent aux différents éléments de la classe. C'est le processus inverse et complémentaire de l'extension. Tous deux sont nécessaires et suffisants à la constitution de la classe : classification, extension, classe hiérarchique, classe multiplicative, décentration, propriété, réversibilité. (BRIN. F et al.2004 p57)

En situation de communication, elle est associée à la compréhension non verbale, elle-même liée à des paramètres extralinguistiques (contexte, relation entre les interlocuteurs, mimique) qui conditionnent l'interprétation du message. La compréhension dépend généralement d'un ensemble de stratégies qui sont divisées en:

- Stratégies pour une compréhension immédiate: elle est considérée comme la base pour identifier les acquisitions linguistiques. Les stratégies d'infrastructure les plus importantes.
- Stratégie lexicale: permet à l'enfant de comprendre l'événement en fonction de ses gains de vocabulaire.
- Stratégie morphosyntaxique: permet à l'enfant d'identifier ses propres éléments linguistiques.

Problématique

- Stratégie anecdotique: elle aborde les gains linguistiques du type le plus élevé.
- Stratégies de compréhension globale: permettent d'identifier les comportements adoptés par l'enfant en cas de chute Erreur

Des recherches menées dans ce domaine ont montré l'ampleur de l'effet de l'infirmité motrice sur l'apprentissage et les processus cognitifs.

Dans l'étude qu'a menée D. Barbot et Majac (1988), tous deux ont mentionné dans leur étude du groupe ; des enfants souffrant d'infirmités motrices cérébrales afin d'évaluer le niveau de réussite scolaire des enfants souffrant de problèmes scolaires (cognitifs), car ils ne peuvent pas poursuivre leurs études avec leurs pairs. Les hommes normaux ont du mal à comprendre les problèmes mathématiques et les opérations logiques et c'est ce que cela indique l'effet de la paralysie motrice cérébrale transcende le trouble du mouvement aux processus cognitifs où ses résultats sont montrés dans l'échec scolaire de ces enfants.

L'importance de cette étude découle de la nécessité urgente d'éclairer les spécialistes et les éducateurs sur l'importance d'identifier les stratégies de compréhension chez les enfants atteints de déficience motrice cérébrale, car il est fiable de juger ce que l'enfant atteint de déficience motrice cérébrale peut et ne peut pas maîtriser, puis de prendre des décisions pédagogiques appropriées sur les unités d'études ultérieures et peut-être en connaissant les stratégies de compréhension les plus utilisées pour identifier les causes des problèmes que les élèves atteints de déficience motrice cérébrale ont par rapport aux cours dans lesquels ils rencontrent de grandes difficultés.

Cette étude vise à découvrir le processus de compréhension (compréhension immédiate et compréhension totale) utilisé par les enfants ayant une déficience motrice cérébrale. En plus de connaître le rythme auquel ils marchent dans

Problématique

l'utilisation de stratégies de compréhension à la fois immédiate et totale par rapport à la fréquence de référence que les enfants normaux ont.

Et d'ici vient la question suivante à nos esprits :

Quelle est la stratégie la plus utilisée de la compréhension orale chez les enfants qui présentent une infirmité motrice cérébrale (IMC) inséré dans le centre (A.A.I.M.B) ?

HYPOTHESE GENERALE :

L'enfant IMC utilise différente stratégie de compréhension oral pour le traitement de ses donnés.

SOUS-HYPOTHESE :

- L'enfant IMC utilise la stratégie lexicale pour le traitement de ses données.
- L'enfant IMC trouve des difficultés dans la stratégie morpho-syntaxique et syntaxique pour le traitement de ses données.

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

Introduction :

L'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) est le résultat d'une lésion cérébrale précoce survenue au cours de la grossesse, autour de la naissance ou pendant la petite enfance, avant l'âge de deux ans.

Ces lésions, qui surviennent sur un cerveau encore immature, ne sont pas héréditaires et n'évoluent pas avec le temps. Elles sont responsables de déficiences motrices complexes qui se manifestent par des difficultés commander, organiser et contrôler le mouvement, et entraînent des faiblesses et raideurs musculaires.

1. Définition de l'infirmité motrice cérébrale (IMC) :

Le terme d'infirmité motrice cérébrale (IMC) est toujours utilisé pour qualifier les troubles moteurs secondaires à une lésion fixée survenue précocement, le terme anglo-saxon de cérébral paralysie (PC) définit « un groupe de pathologie avec atteinte motrice non progressive, mais dont la sémiologie peut changer, secondaire à des anomalies du cerveau qui surviennent dans les premiers stades de son développement ». Il est moins restrictif et inclut des patients dont les troubles associés peuvent être au premier plan, la description classique de l'IMC excluant les troubles cognitifs sévères. Les troubles décrits sous l'une ou l'autre appellation peuvent être tout à fait différents en termes de pronostic fonctionnel. Aussi il est primordial d'analyser les troubles moteurs et associés des sujets. (Charbrol, B et Haddad, J., 2006. P2)

2. Les causes de l'infirmité motrice cérébrale (IMC) :

L'IMC peut avoir plusieurs origines car les lésions cérébrales peuvent survenir

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

avant la naissance, pendant l'accouchement ou encore après la naissance dans les deux premières années de vie de l'enfant. Dans tous les cas, ces lésions cérébrales se produisent sur un cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturité. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

Aujourd'hui, on observe une augmentation des enfants pour lesquels l'IMC a une cause anténatale par rapport aux causes néonatales ou postnatales. Les causes d'IMC les plus fréquentes sont :

2.1.Anténatales :

L'accident vasculaire cérébral ; la malformation cérébrale éventuellement liée à l'infection du fœtus par le cytomégalo virus ou *Listeria monocytogenes* ou encore la bactérie responsable de la toxoplasmose. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

2.2.Néonatales :

La grande prématurité ; un ictère nucléaire, une jaunisse entraînant des dommages au niveau de structures cérébrales, les noyaux gris centraux ; une souffrance néonatale dû à un accouchement difficile ou un déficit d'apport en oxygène. Cette dernière cause est responsable de 35 % des IMC. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8).

2.3.Postnatales :

L'infection cérébrale (par exemple, séquelle d'une méningite); le traumatisme; le traitement d'une tumeur: la maladie métabolique. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

3. Les manifestations de l'infirmité motrice cérébrale(IMC) :

La déficience motrice peut toucher le corps entier ou seulement certaines parties. Selon sa répartition on peut distinguer :

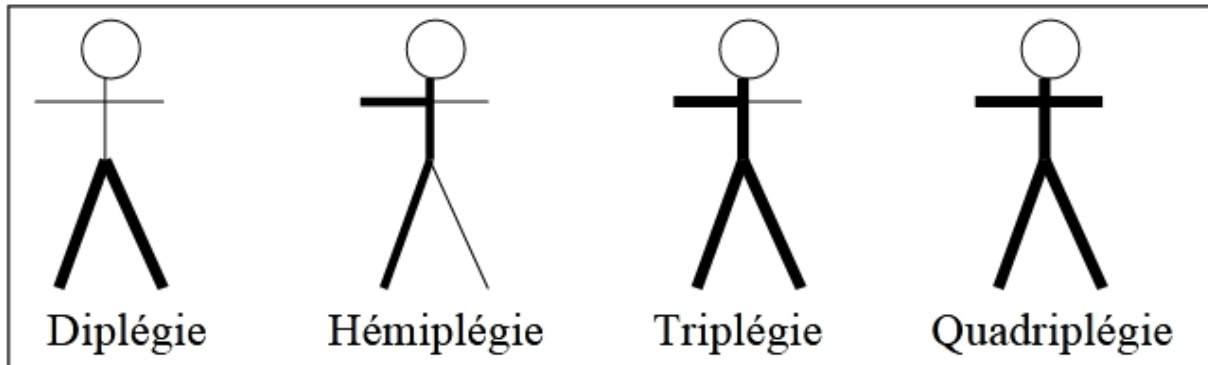
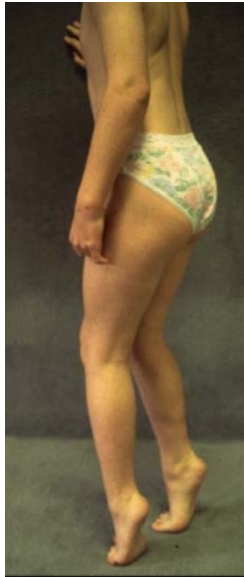


Figure 1 : les différentes manifestations des déficiences motrices dans le corps

3.1.La diplégie spastique ou syndrome de Little :

Tout le corps est atteint mais les troubles moteurs prédominent sur les deux membres inférieurs et les jambes. Les déficiences motrices peuvent s'accompagner d'un strabisme, de troubles Visio-perceptifs ou encore d'épilepsie mais le langage est habituellement intact. Cette forme d'Infirmité Motrice Cérébrale est très fréquente. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8).



diplégie spastique

Figure 2 ; diplégie spastique.

3.2.L'hémiplégie:

Un seul côté du corps est touché parfois la tête également. L'atteinte touche plus particulièrement le membre supérieur si bien qu'elle n'empêche pas la marche. S'y ajoutent parfois des troubles tels que la perte de la vision de la moitié du champ visuel, la perte de connaissance des formes des volumes et des consistances par le toucher, ou encore des troubles du langage. Cette forme d'Infirmité Motrice Cérébrale concerne 10 des cas. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

3.3.La triplégie :

Tout le corps est atteint mais l'infirmité prédomine sur trois membres, généralement les deux membres inférieurs et un membre supérieur. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

3.4.La tétraplégie :

Tout le corps est atteint. Outre une raideur des membres, il y a une insuffisance posturale du tronc et un contrôle de la tête souvent faible. Les signes associés peuvent être des convulsions, des anomalies de langage ou de parole, de la coordination oculaire. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

Comme l'atteinte est importante, le déficit est évident dès 3 mois. Par ailleurs, les lésions neurologiques sont à l'origine de différentes manifestations musculaires :

3.5.La forme spastique :

Le tonus musculaire est trop élevé. La contraction permanente des muscles lorsqu'elle prédomine sur les muscles fléchisseurs peut avoir pour conséquence la flexion permanente de l'articulation ou même l'impossibilité de la mobiliser. Haut du formulaire Cette forme est la plus courante et touche les trois quarts des personnes atteintes d'Infirmité Motrice Cérébrale. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8)

a. La forme athétosique :

Les mouvements sont involontaires et incontrôlés. Ils sont provoqués par des variations brusques et imprévisibles de la tension musculaire Ces mouvements prédominants aux extrémités, notamment au niveau des mains, peuvent également amener la personne souffrant d'IMC à baver et faire des grimaces involontaires. Cette forme touche une personne sur dix atteintes d'Infirmité Motrice Cérébrale. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

b. La forme ataxique :

Les mouvements sont effectués avec une force, un rythme et une précision anormaux. L'exécution des mouvements rapides et fins est difficile. C'est la forme la moins courante d'Infirmité Motrice Cérébrale. Elle touche moins d'une personne atteinte sur dix. Dans la plupart des cas, les personnes IMC présentent des formes mixtes de ces symptômes, la plus courante étant celle qui associe spasticité et athétose. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P8).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

Variété	Physiopathologie	Orientation étiologique	Déficits associés
Formes spastique Hémiplégie	(Pyramidal prédominant) Infarcissement d'un territoire artériel	Prénatal nouveau-né à terme	Hémianopsie déficits sensitifs
Diplégie	Leucomalacies péri ventriculaires	Post natal nouveau-né prématuré	Strabisme
Quadriplégie	Leucomalacies péri ventriculaire étendues et ou lésions corticales	Hypoxie, ischémie, infection périnatale	Débilité mentale épilepsie
Formes dyskinétiques	(Extrapyramidal prédominant) Noyaux gris centraux	Hypoxie, ischémie infection périnatale	Déficit auditif troubles du langage
Formes ataxiques	Lésions du cervelet	Rarement hypoxique ischémique plus souvent génétique	

Tableau 1: Variétés selon la nature du trouble moteur et implications sur la recherche étiologique de l'IMC.

4. Les symptômes associés à l'infirmité motrice cérébrale (imc) :

L'infirmité motrice cérébrale n'est pas seulement un problème moteur, mais le problème moteur est le plus évident dans la vue d'ensemble pour l'enfant et avec des problèmes de mouvement. Il existe d'autres problèmes tels que :

4.1.Problèmes sensoriels :

Les cinq sens sont affectés dans l'asthénie motrice cérébrale sévère, mais le pourcentage varie d'un type à l'autre. Un exemple est : Perte ou augmentation du sens du toucher, ainsi que sensibilité accrue ou diminuée du goût, manque d'odorat, diminution de l'audition et problèmes de vision. (Abdullah Al-Sabi, 2004).

4.2.Problèmes visuels :

Environ 50% des enfants paralysés cérébraux souffrent de problèmes visuels, notamment : strabisme (paralyse musculaire 40%), atrophie optique 20%, déficience visuelle 30%, défauts réfractifs tels que la myopie, en particulier chez les nourrissons prématurés Nystagmus qui est un mouvement involontaire et vibrant de l'œil, manque de vision en particulier pour les personnes paraplégiques. (Commence par Al-Obaidi, 2003, p. 39)

4.3.Problèmes d'audition :

Le pourcentage de déficience auditive est de 15 à 25% des cas, en particulier ceux atteints de myasthénie grave, en raison de son association avec la rougeole. Incompatibilité entre l'allemand et le groupe sanguin. Perte d'audition neurosensorielle (10%). Perte auditive conductrice (infections de l'oreille moyenne). (Commence, Ali al-Ubaidi, 2003, p. 40).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

4.4.Problèmes de prononciation et d'élocution :

La parole est l'une des méthodes de communication les plus importantes qui caractérise une personne de la création de Dieu tous ensemble et pour que nous puissions parler, vous avez besoin pour le travail et l'équilibre de nombreux muscles.

Le muscle du diaphragme contrôle la force de l'air qui sort puis la force du son, les cordes vocales contrôlent l'intensité de la voix et les muscles de la bouche et de la langue contrôlent le type de voix et l'enfant atteint de démence cérébrale a un défaut des nerfs qui contrôlent la voix et depuis la parole l'enfant peut avoir de grandes difficultés à parler.

Nous pouvons remarquer qu'il parle de manière difficile. Certains d'entre eux ont des lésions nerveuses, ont des difficultés à parler, comme le bégaiement et ce qu'on appelle la dysarthrie, ou ils ont un déséquilibre dans la sélection et la séquence de la parole qui est appelée apraxie de la parole brûlante qui apparaît dans le forme de difficulté à choisir l'emplacement des sons.

Des syllabes de la parole spastique, les défauts vocaux et une vitesse excessive de la parole peuvent être accompagnées de mouvements involontaires tels que les mouvements du visage, de la tête et même de tout le corps. Par conséquent, nous notons la difficulté d'élocution et de prononciation.(Antoine I. Al-Hashem 1997, p. 102).

Parmi les problèmes résultants les plus importants : dysarthrie, difficulté d'élocution, retard du développement phonologique, le rythme de la parole ainsi que le retard de la parole.

4.5.Infections pulmonaires et auriculaires récurrentes :

Les infections pulmonaires accompagnées d'infections de l'oreille moyenne sont des cas fréquents chez les enfants souffrant de problèmes musculaires

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

bouche et déglutition : dans la plupart des cas, il y a un décalage entre la déglutition et la respiration et la non-fermeture du palais mou ce qui conduit à la soi-disant chimio qui est un bon environnement pour la prolifération de bactéries puis une infection bactérienne. Une petite portion de nourriture ou de salive va aux poumons.

Nous remarquons que l'enfant peut avoir des difficultés à respirer et l'otite moyenne survient à la suite d'une inflammation fréquente du pharynx et d'un blocage de la trompe d'Eustache qui affecte l'appareil auditif. Ils doivent donc être surveillés et traités. (Abdullah Al-Sabee, 2004).

4.6. Gingivite et problèmes dentaires :

La leptospirose est un problème chronique chez les personnes atteintes de dyskinésie cérébrale. Elle s'accompagne de multiples problèmes dentaires et le principal est la carie et la mauvaise haleine est également notée. (Abdullah Al-Sabee, 2004).

4.7. Bave :

L'un des problèmes observés chez les enfants atteints de dystrophie cérébrale est la présence de bave qui survient à la suite d'une faiblesse des muscles de la bouche et de la déglutition.

De sorte que sa forme n'est pas bonne et que l'odeur de sa bouche est désagréable. Ce qui conduit à des répercussions négatives sur le psychisme de l'enfant et la difficulté est de la contrôler et cela passe par des exercices spécifiques pour la réduire.

4.8. Problèmes comportementaux et psychologiques :

Ces problèmes apparaissent à toutes les étapes de la vie et sont 4 à 5 fois plus élevés que chez les enfants normaux. Cela se produit comme une lésion

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

cérébrale, mais les causes sont concentrées dans le stress psychologique sur l'enfant et la famille, ce qui cause de la détresse pour ceux qui le font. Avec ses soins et son handicap, il augmente sa frustration Parmi les problèmes les plus importants, il y a : Trouble du sommeil. Pleurer. Plastification de l'unité d'impression. Introverti. Manque de concentration. (Abdullah Al-Sabi, 2004).

4.9. Manque de contrôle sur l'urine:

Dans les types les plus modérés et sévères de faiblesse motrice cérébrale, il y a un manque de contrôle sur l'urine et les fesses, ce qui oblige à en prendre soin à la maison et à l'école. (Abdullah Al-Soby, 2004)

4.10. Difficulté à manger :

De nombreux muscles utilisés dans la parole sont utilisés en mangeant et en mâchant et en raison du manque d'équilibre dans le mouvement musculaire, même des aliments solides ce qui peut conduire à la malnutrition.

4.11. Vomissements :

Cela se produit à la suite de la relaxation de la valve musculaire située entre l'œsophage et l'estomac et avec des problèmes dans les muscles de la déglutition et de la bouche, il est remarqué une suppression répétée (vomissements) et ces cas peuvent être traités avec des médicaments en premier ou par chirurgie.

4.12. Constipation :

La constipation est l'un des nombreux cas qui surviennent chez les personnes souffrants de dysfonctionnement cérébral en raison de la relaxation musculaire et de la malnutrition et peut être prévenue par l'utilisation d'aliments riches en fibres (fruits et légumes), la propreté, la gestion du temps et l'utilisation de suppositoires à la glycérine. (Abdullah Al-Sabee, 2004).

4.13. Manque de croissance :

Le manque de croissance fait référence à une diminution de la taille, du poids ou du tour de tête, ou le tout par rapport aux enfants du même âge.

Cela n'apparaît pas clairement dans les premières années car il y a une faiblesse dans le développement des os et on ne pouvait pas en connaître les raisons dans la plupart des cas mais le mouvement musculaire et l'activité sont nécessaires pour construire le corps et il y a un rôle inconnu du cerveau dans la croissance et la malnutrition, le manque de tendresse et la négligence jouent un rôle important.

Quant au déficit en hormone de croissance, il est chez un petit pourcentage de blessés et on peut dire que c'est la volonté de Dieu. Sa mère a réussi à le porter et à prendre soin de lui avec l'âge.

4.14. Difficultés d'apprentissage :

50 à 25% des enfants atteints de dysfonctionnement cérébral ont un certain type de difficultés d'apprentissage et ces mêmes enfants peuvent être neutres dans d'autres types.

Les difficultés d'apprentissage signifient l'absence d'une des capacités nécessaires pour enseigner, comprendre et utiliser le langage et le retard intellectuel n'est pas méchant et parmi ses causes se trouve le manque de capacité à entendre, à penser. Les difficultés d'élocution, de lecture, d'écriture, d'orthographe, d'arithmétique et d'apprentissage peuvent entraîner un certain retard intellectuel.

Les enfants qui ont un léger retard peuvent apprendre la lecture l'écriture et l'arithmétique. Mais lorsqu'il ya un retard, ils ont besoin de beaucoup de temps et d'efforts et peuvent avoir besoin d'une éducation spéciale pour atteindre l'objectif.(Bidaa Ali Al-Obaidi, 2003, p. 38).

4.15. Intelligence et retard intellectuel :

Le retard intellectuel est la carence et l'arrêt de l'acquisition de compétences individuelles, ce qui conduit à une déficience des capacités mentales par rapport aux enfants du même âge et de la même société et parfois il y a une carence dans l'un des sens (mouvement, audition, vue, discours). Ce qui conduit à un manque de capacités individuelles sans retard intellectuel (Abdullah Al-Sabi, 2004).

L'intelligence est un terme qui exprime toutes les activités intellectuelles d'une personne qui la séparent du reste des créatures de Dieu et bien que le rapport QI varie d'une personne à l'autre, chaque individu a sa propre personnalité, ses propres capacités et un degré d'intelligence qui le distingue des autres.

L'intelligence est la capacité à distinguer et à comprendre les nombres, la parole et la pensée en particulier en déduisant des faits ou des introductions, l'étendue à laquelle la personne sait, comprend et déconstruit ce qui se passe autour d'elle, les comportements émotionnels et l'humeur qui est l'expression de la personnalité à travers les mots, les actes et d'autres.

Il est difficile d'évaluer avec précision leur niveau d'intelligence requis en raison de la présence de problèmes moteurs et sensoriels et de l'incapacité totale de communiquer avec les autres (Beda Ali Al-Obaidi, 2003, p. 36) ; et la mesure, dans laquelle l'intelligence est affectée en cas d'asthénie motrice cérébrale, varie en fonction des méthodes d'évaluation et du traitement de l'enfant atteint par la société ou imbécile (un QI inférieur à 25) et les personnes paraplégiques ont de bonnes chances de développer leurs capacités mentales.

Pour les personnes hémiplégiques, leur intelligence peut être faible et l'un des facteurs les plus influents sur l'intelligence est la présence de crises d'épilepsie.

Dans son étude, DR.Pheleps a découvert que 30% des personnes étaient affaiblies Le moteur cérébral a une déficience intellectuelle et 2070 d'entre eux sont normaux.

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

En 1930, Crotter et Penn Carothers Paine mentionnent que la quantité d'intelligence dépend du type de lésion cérébrale. Dans le cas de l'asthénie cérébrale spastique (plus de trois extrémités), le manque d'intelligence apparaît dans 80% des cas, 60% de l'asthénie hémisphère cérébral, 50% de l'asthénie cérébrale extrapyramidale,

En 1970, Sophie Levitt mentionnait que le degré d'intelligence varie selon le type de blessure comme dans le spastique type moins que dans le type extrapyramidal et sa diminution du type fibrillaire a été notée.

Et en 1987, Eugence bleck a mentionné que les personnes avec le type en dehors de la hiérarchie ont une intelligence normale, mais ils peuvent avoir une intelligence élevée et ceux avec une migraine inférieure peuvent être étudié dans les écoles ordinaires et y réussir avec quelques difficultés scolaires et les personnes souffrant d'asthénie spastique tétraplégique ont un certain retard. En raison de défauts dans le développement du cerveau, ils ont un retard intellectuel sévère (Abdullah Al-Sabee, 2004).

4.16. Déformations physiques et retards du développement moteur :

C'est l'incapacité de l'enfant à acquérir les mouvements naturels du corps et des membres, ce qu'il peut faire avec ses pairs du même âge par exemple.

La capacité de s'asseoir (6-8 mois), la capacité de marcher (12- 18 mois) est à la suite d'une raideur permanente des articulations, des membres et d'un manque de croissance chez de nombreuses personnes atteintes de dyskinésie dans le cerveau, de multiples déformations du corps se produisent, ainsi que l'effet de réflexes primitifs et d'une contraction accrue dans un groupe de muscles en continu.

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

Cela entraîne certaines complications, notamment :

- Luxation de la hanche
- Articulations premium telles que genou, coude et poignet
- Scoliose : c'est la courbure latérale de la colonne vertébrale
- Bossu : c'est la courbe arrière de la colonne vertébrale
- Le zodiaque : c'est la courbure avant de la colonne vertébrale.
- Déformations de la cheville, des pieds palmaires, des pieds dorsaux, des pieds perdus.

5. Le diagnostic de l'Infirmité Motrice Cérébrale :

5.1. Diagnostique :

Le diagnostic se fait avant l'âge de deux ans et le plus souvent autour de neuf mois.

Généralement, ce sont les parents qui s'aperçoivent que leur enfant présente différents symptômes révélant une possible IMC.

Par exemple, le bébé ne tient pas sa tête, a du mal à se tenir assis seul ou n'utilise qu'une seule main. Une tenue asymétrique du corps ou le raidissement des membres inférieurs révèlent un contrôle moteur anormal.

Pour poser le diagnostic, les parents doivent se rendre dans un service hospitalier de pédiatrie ou de rééducation pédiatrique ou bien dans un CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce). Dans ces lieux, une équipe pluridisciplinaire fera un bilan complet (neuro-orthopédique, sensoriel et en termes de développement général). (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P9).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

5.2. Le bilan neuropsychologique :

La neuropsychologie est une discipline récente qui étudie les relations entre le fonctionnement du cerveau et les comportements humains. Le bilan permet d'évaluer les troubles des fonctions intellectuelles.

Il faut savoir que les déficits neuropsychologiques dépendent de la localisation et de l'étendue des lésions cérébrales. Toutes les personnes IMC ne présentent pas des troubles neurocognitifs. Il n'y a pas de corrélation entre l'atteinte motrice et le développement cognitif. Une personne peut présenter des troubles cognitifs sans trouble moteur et inversement. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P12).

Le dysfonctionnement cognitif n'est pas synonyme de déficience mentale. Ce bilan permet d'orienter la prise en charge de l'enfant afin de l'aider à trouver des outils pour contourner les difficultés. Ce bilan peut être réalisé :

- Dans les services de médecine physique et de réadaptation.
- Dans les consultations hospitalières de neuropsychologie.
- Dans les consultations libérales de neuropsychologues (attention : les bilans sont payants).
- Les associations locales sont les plus à même d'orienter vers les services ressources ou les réseaux de santé spécialisés dans l'Infirmité Motrice Cérébrale.

6. La prise en charge médicale :

Une coordination pluridisciplinaire précoce, la prise en charge précoce est issue d'un partenariat étroit entre une équipe de professionnels de la santé et les parents qui sont les premiers éducateurs de l'enfant.

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

Elle a pour but de développer chez l'enfant une autonomie maximale même si la lésion cérébrale à l'origine de l'IMC n'évolue pas dans le temps ; le handicap, lui, risque de s'aggraver avec l'âge. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

Les troubles musculaires sont en effet responsables de déformations. A partir du diagnostic, il est donc important d'établir une prise en charge précoce car elle permet de ralentir l'apparition des déformations du corps de l'enfant. Par ailleurs, les lésions cérébrales qui sont responsables des problèmes moteurs ont également un retentissement sur les fonctions cognitives.

Les troubles de la parole et les troubles visuels ou auditifs peuvent gêner l'insertion et l'apprentissage scolaires. Pour reconnaître les troubles cognitifs et bien les distinguer de la déficience intellectuelle, il faut faire des bilans neuropsychologiques. Explorer les fonctions cérébrales supérieures, c'est envisager que les lésions cérébrales aient des répercussions cognitives et pas seulement physiques. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P9).

Cette période est difficile émotionnellement pour les parents car il faut accepter le double handicap de son enfant : le moteur et le cognitif. Pourtant il s'agit bien d'appréhender l'IMC dans son ensemble pour éviter toute perte de temps. Trop souvent, les déficiences cognitives sont interprétées comme une déficience intellectuelle, ce qui peut priver les enfants d'une scolarité plus exigeante. Il existe également des tests psychométriques qui mesurent les capacités intellectuelles. Mais ces tests, standardisés, ne conviennent pas parfois aux enfants IMC et leurs conclusions peuvent orienter vers un diagnostic alarmant alors qu'il n'est pas justifié.

Le suivi de l'enfant : Le bilan neuro-orthopédique se fait une ou deux fois par an pendant la croissance, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la maturation osseuse et devient de plus en plus espacé à l'âge adulte. Ce bilan permet de déceler : des troubles moteurs, des troubles sensitifs et des troubles practognosiques : quand

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

l'enfant a des difficultés d'organisation de ses mouvements et perceptions en fonction du but à atteindre. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P9).

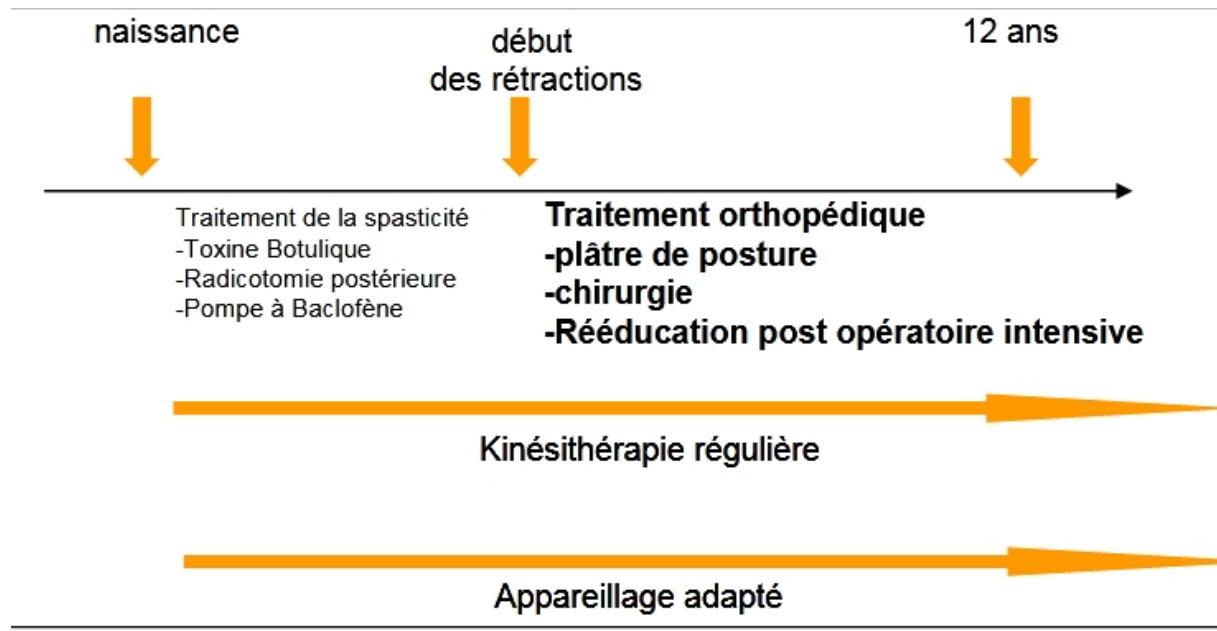


Figure 3 : schéma de prise en charge.

7. Les différents professionnels de la chaîne de soins :

7.1. Le médecin coordinateur :

Il coordonne le personnel soignant et les soins. Il est le référent et suit toutes les étapes de soins. Il met en place le projet thérapeutique. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

7.2. Le kinésithérapeute :

Le travail du kinésithérapeute consiste à développer la motricité et l'autonomie. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

Chapitre 2 : Infirmité motrice cérébrale

7.3.L'orthophoniste :

L'orthophoniste est le spécialiste du langage. Outre du langage oral et écrit, il intervient aussi dans tous les aspects cognitifs. Il joue un rôle fondamental dans l'organisation de la pensée et de la compréhension. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

7.4.Le psychomotricien :

Le psychomotricien s'occupe particulièrement des troubles de l'espace et du schéma corporel. Grâce à des jeux de mouvement des manipulations ludiques d'objets, l'enfant peut acquérir un nouveau regard sur son corps et sur sa relation au monde extérieur. Il s'agit de corriger le déficit sensori-moteur de l'enfant. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

7.5.L'ergothérapeute :

L'ergothérapeute intervient pour les troubles du geste et des praxies. Son rôle est de donner à l'enfant les moyens de son autonomie en lui apprenant à maîtriser nombreux gestes de la vie quotidienne et en préconisant des aides techniques adaptées. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

7.6.L'orthoptiste :

L'orthoptiste s'occupe des troubles neuro-visuels. Il est important d'aider l'enfant à prendre conscience des réductions de son champ visuel et de s'en méfier pendant les déplacements. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

7.7.Le psychologue :

Le psychologue est un soutien de choix pour surmonter certaines des difficultés liées au handicap comme l'atteinte de l'image de soi ou la relation avec autrui. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

Chapitre 2 : Infirmitté motrice cérébrale

7.8.Le chirurgien :

Le chirurgien intervient en complément de la kinésithérapie et des aides orthopédiques. Il peut réaliser des interventions soit sur le squelette, quand les déformations deviennent trop douloureuses et/ou invalidantes, soit sur les muscles et les tendons. (FRANCOIS POUILLAIN. 2010. P11).

CONCLUSION :

Un suivi thérapeutique tout au long de la vie de l'enfant ou adulte, le patient IMC a besoin d'une aide identique tout au long de son parcours de vie. Cela passe par des soins adaptés, le respect de sa personne, la reconnaissance de sa souffrance, l'aménagement du quotidien et, si nécessaire, un soutien psychologique.

INTRODUCTION :

La compréhension est considérée comme l'un des domaines d'activité cognitive et linguistique distincte dans la vie d'une personne, car c'est un moyen de communication important et une fenêtre à travers laquelle l'individu voit diverses connaissances et cultures et les traite dans le développement à travers lui.

L'individu satisfait ses besoins, développe sa pensée et ses émotions et enrichit ses expériences de ce qui l'aide en termes de prise de conscience et de conscience des idées, opinions, expériences et grâce à une bonne compréhension, l'individu commence à la formation continue, devenue une nécessité pour suivre le rythme du développement scientifique et technique et de l'adaptation personnelle aux changements rapides et aux évolutions modernes.

I. COMPREHENSION DU LANGAGE ORAL :

1. Définition de la compréhension :

Pour Coquet et Ferrand (2008, p.69), la compréhension est “la capacité à accéder à la signification du message”. Cela suppose l'intégrité des organes sensoriels et du système nerveux central, une organisation de la personnalité, un développement psychoaffectif et relationnel satisfaisant et des capacités d'attention, de perception et de reconnaissance, de mémoire, d'interprétation et d'abstraction. “Accéder au sens suppose la connaissance de la langue utilisée et une interprétation du contexte, de la relation entre les interlocuteurs et des mimiques et des gestes qui accompagnent le message linguistique” (Coquet et Ferrand, 2008, p. 69).

Chapitre 3 : Compréhension orale

2. Les types de la compréhension :

Il existe deux types de compréhension: la compréhension orale et écrite.

2.1. Compréhension orale :

Définition de la compréhension orale. Il existe plusieurs définitions de la compréhension orale et parmi celles-ci, nous mentionnons

Selon TABIL ZAÏRI (2007) la compréhension orale est la perception consciente du sens des mots et des phrases,

Selon Jumah Syed Yusuf 1997 <La compréhension orale est la capacité de certaines personnes à comprendre différents vocabulaires et expressions et à connaître leurs synonymes, les mots et leurs opposés, car ils sont étroitement liés au style linguistique de l'individu.

La compréhension orale fait référence aux processus mentaux par lesquels les auditeurs sont capables de distinguer les sons prononcés par le locuteur et de les utiliser pour en formuler une interprétation. En d'autres termes, il s'agit du processus de déduction des significations des sons.

Lorsqu'ils entendent une phrase, ils en extraient les nouvelles informations qu'elle véhicule et les classent en mémoire. Bref, dans la plupart des cas, les auditeurs extraient ce qu'ils doivent faire et doivent donc disposer de processus un état d'esprit supplémentaire qui leur permet d'utiliser l'interprétation qu'ils ont taché.

La compréhension orale signifie la connaissance d'un objet, d'une situation, d'un incident ou d'un rapport verbal et comprend une connaissance explicite complète Relations et principes généraux. (Jumah Syed Yusuf, 1997. P. 83).

2.2. Compréhension écrite:

Chapitre 3 : Compréhension orale

Définition de la compréhension écrite. Il existe plusieurs définitions de la compréhension biblique, notamment: - La compréhension écrite est la capacité de comprendre le sens des mots et des phrases et ce facteur se développe dès le début de l'apprentissage par l'enfant des principes de langue et ses symboles où chaque symbole linguistique est associé à une signification spécifique chez l'enfant.

3. Les théories explicatives de compréhension du langage oral ;

Pour Dubois (1982, cité par L'enfant et al. 2006, p. 18), "la compréhension de phrases correspond à l'ensemble des processus qui interviennent entre la réception du signal (acoustique ou visuel) et le sentiment du récepteur «d'avoir compris»". Selon Gineste (2002, cités par L'enfant et al. 2006), un énoncé comprend différents types d'informations.

- Des informations de surface, d'origine perceptive (auditive et/ou visuelle). Il s'agit des informations lexicales et des informations grammaticales contenues dans l'énoncé.
- Des informations sémantiques (véhiculées par les informations de surface) qui constituent le contenu du message, son sens.
- Des informations pragmatiques liées au contexte et à la situation d'énonciation.

Le modèle neuro-psycholinguistique (MNPL) proposé par Chevrie-Muller (2007) est organisé selon deux axes verticaux correspondant aux deux versants de la réception (compréhension) et de la réalisation (expression) avec trois niveaux. Nous nous limiterons à la description du versant réceptif plus directement en lien avec notre sujet, même si compréhension et expression entretiennent des rapports étroits dans le langage.

Chapitre 3 : Compréhension orale

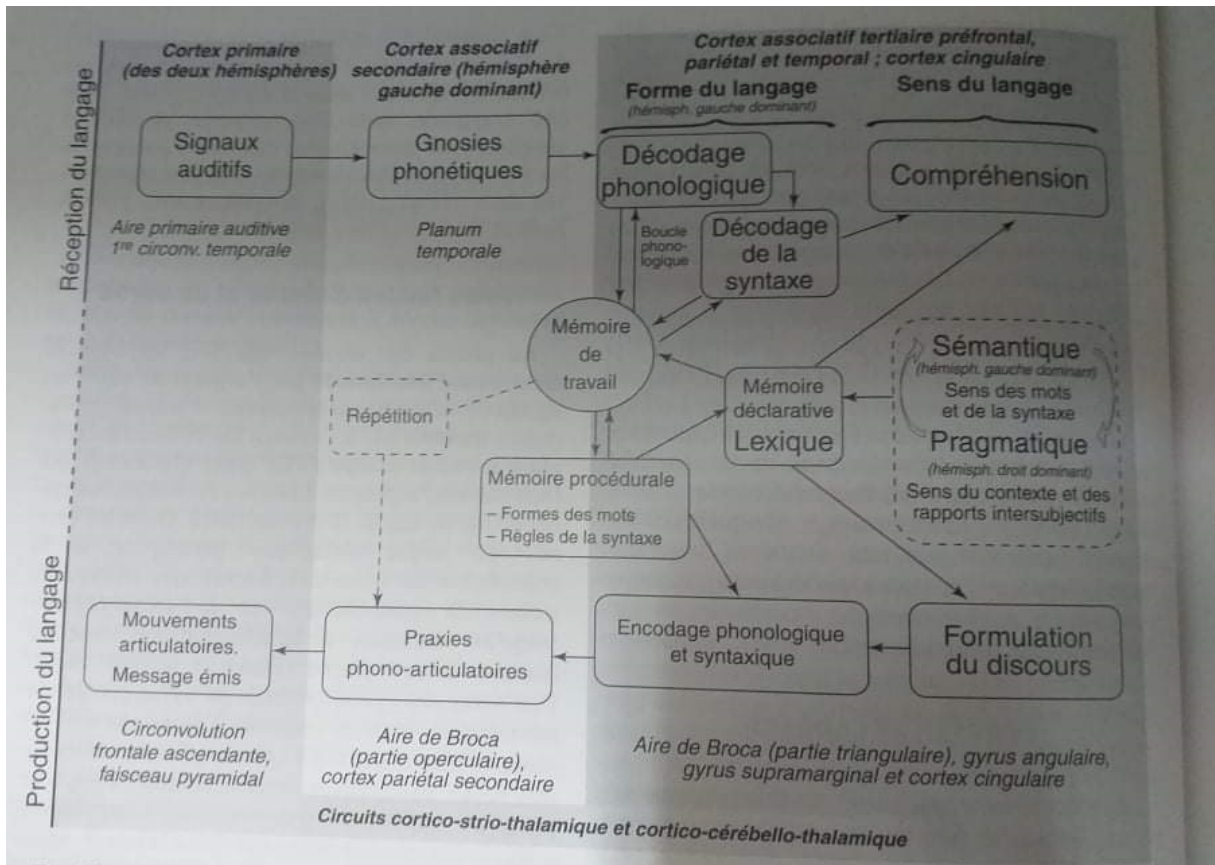


Figure 4 : Modèle neuro-psycholinguistique de Chevrier-Muller et Narbona

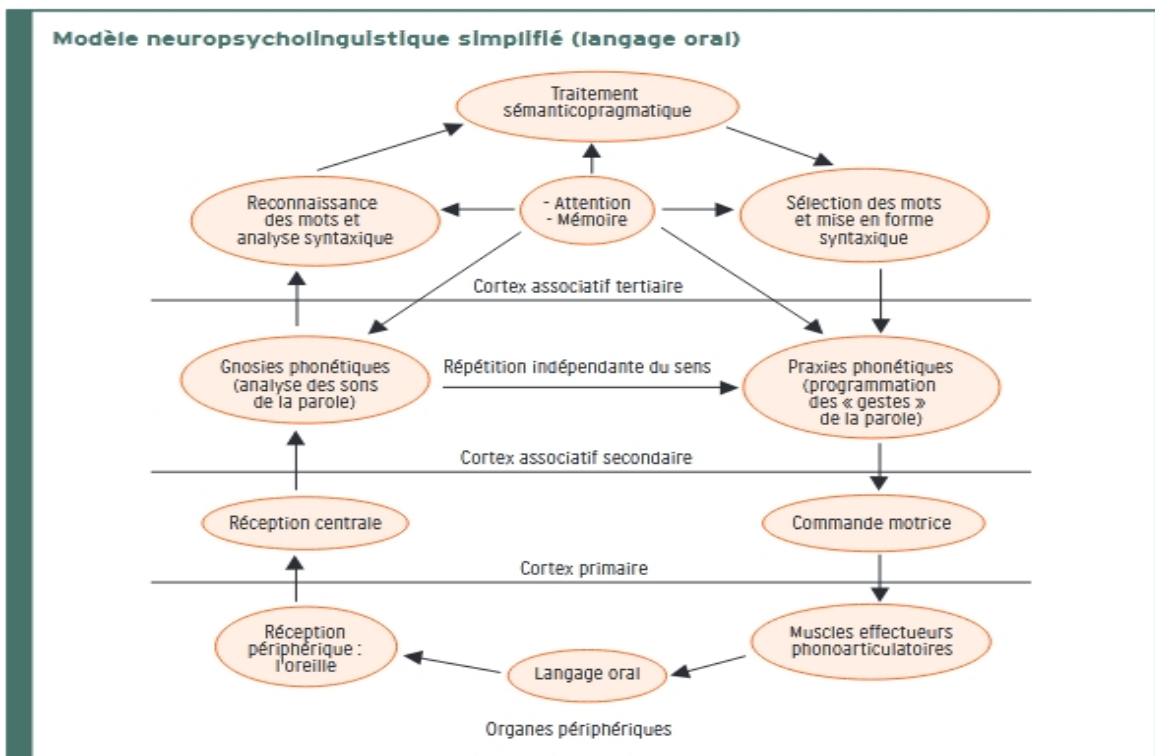


Figure 5 : Modèle neuro-psycholinguistique simplifié (langage oral).

Chapitre 3 : Compréhension orale

- Le niveau primaire ou sensorimoteur de la périphérie (organes sensoriels, audition) qui correspond aux aires primaires du traitement cortical de l'information.
- Le niveau secondaire d'intégration gnosique qui correspond aux zones d'association (cortex associatif secondaire).
- Le niveau tertiaire qui est celui des opérations cognitives linguistiques du fonctionnement interne et du langage. Sur le plan fonctionnel, il s'agit du traitement des aspects formels (phonologie, lexique et morphosyntaxe) et des aspects sémantiques et pragmatiques du langage.

4. Les différentes phases de croissance :

Pour Rondal (2003, p.379), la compréhension “inclut la série d'opérations qui, à partir d'un énoncé, permet de retrouver l'idée de départ”. L'auteur spécifie différents types de compréhension.

Une première forme de compréhension consiste à deviner le sens d'un message à partir du contexte situationnel, de l'intonation et de suppositions.

Une deuxième forme est la compréhension lexicale qui s'efforce de deviner le sens du message à partir de la signification des mots individuels ou de certains d'entre eux.

Une troisième forme procède par analyse morphosyntaxique et lexicale. Les lexèmes sont analysés dans leurs relations grammaticales.

Chapitre 3 : Compréhension orale

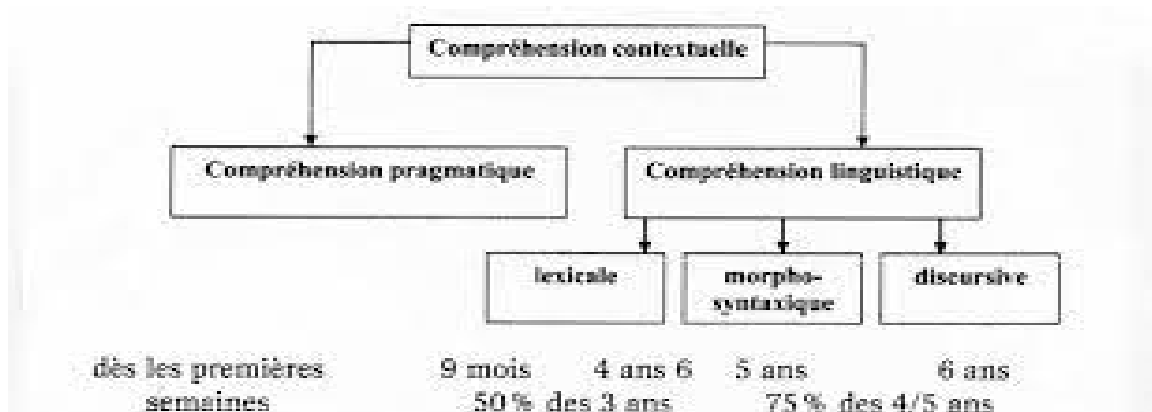


Figure 5 : Différentes formes de compréhension proposées par P. Ferrand (2000) cité par Coquet (2004, p. 355).

Coquet (2006) décrit plus précisément ces phases successives du développement de la compréhension.

PHASES DE CROISSANCE	DEVELOPPEMENT DE LA COMPREHENSION
Entre 11 à 13 mois,	L'enfant est capable <u>d'une compréhension contextuelle</u> : il prend conscience qu'il y a un lien entre la forme sonore entendue et l'événement vécu. Il comprend alors le mot en contexte situationnel.
Entre 12 et 18 mois,	L'enfant accède à <u>une compréhension symbolique</u> : il comprend alors le mot en dehors de la présence de l'objet. A 18 mois, il comprend une centaine de mots, d'abord des substantifs liés à la substance des choses, puis des verbes liés à l'action
A partir de 18 mois,	L'enfant accède à <u>une compréhension sémantique</u> : il identifie un mot dans un énoncé, le met en relation avec la situation d'énonciation et a recours aux connaissances qu'il a sur le monde pour appréhender l'idée de la phrase en contexte.

Chapitre 3 : Compréhension orale

A partir de 20 mois,	Il comprend des phrases à partir de l'ordre syntaxique des mots si le contexte, la prosodie et la sémantique sont en cohérence : c'est la <u>compréhension sémantico-syntaxique</u> . Progressivement, il est capable de prendre en compte la structure de la proposition (Sujet+Verbe+Complément), les éléments morphosyntaxiques (morphèmes, flexions nominales et verbales) : c'est la <u>compréhension morphosyntaxique</u> .
A partir de 4-5 ans	L'enfant accède à <u>la compréhension de récit</u> grâce à la maîtrise des paramètres temporels (simultanéité, succession des événements) et de la causalité (cause/effet, cause/conséquence) : c'est la <u>compréhension narrative</u> .
A partir de 7 ans	L'enfant accède à <u>la compréhension méta discursive</u> : il peut traiter l'information discursive en se décentrant de la situation d'énonciation.

Tableau 2 : développement de la compréhension orale.

5. Diagnostique des difficultés du langage oral :

L'enfant est naturellement doté d'habiletés qui lui permettent d'acquérir très rapidement sa langue maternelle.

Au cours de la première année, il apprend à en reconnaître les phonèmes et peut comprendre vers l'âge d'un an un petit nombre de mots. Le nombre de mots que l'enfant est capable de produire évolue en moyenne de 5 à 10 mots à l'âge d'un an et près de 1 500 mots vers l'âge de trois ans.

L'acquisition de la morphosyntaxe, repérable vers l'âge de dix-huit mois, permet à l'enfant dès l'âge de trois ans de produire des énoncés grammaticaux et explicites.

Chapitre 3 : Compréhension orale

La compréhension, limitée à quelques mots vers l'âge d'un an, prend en compte les principaux marqueurs grammaticaux dès l'âge de trois ans ; la prise en compte des aspects pragmatiques du langage apparaît dès l'âge de six ans.

La compréhension du langage oral et celle du langage écrit siègent au niveau d'aires cérébrales dites « tertiaires ». Le traitement des aspects morphologiques, syntaxiques et sémantico-pragmatiques siège au niveau d'un territoire partagé à la fois par le lobe temporal, le lobe pariétal et le lobe frontal de l'hémisphère gauche : le carrefour temporo-pariéto-occipital.

Pour le langage oral, la reconnaissance des mots est liée à une activation diffuse des deux hémisphères ; en revanche, la reconnaissance des mots fonctionnels est de façon préférentielle le fait de l'hémisphère gauche.

Pour le langage écrit, les données récentes de la neuro-imagerie fonctionnelle suggèrent que les signaux graphiques perçus au niveau des aires visuelles secondaires des deux hémisphères et orientés vers le carrefour pariéto-temporo-occipital gauche peuvent emprunter deux circuits fonctionnels :

Un circuit « dorsal », qui serait constitué par un pont direct entre l'aire de Broca et la partie inférieure du carrefour pariéto-temporo-occipital gauche⁴¹ et sur lequel reposerait la reconnaissance des mots chez les lecteurs experts.

Un circuit ventral, qui serait constitué par une zone plus vaste du carrefour pariéto-temporo-occipital gauche (zone également reliée à l'aire de Broca) et qui permettrait l'intégration des caractéristiques orthographiques et phonologiques des mots. Ce circuit ventral prédominerait chez l'apprenti lecteur débutant.

La compréhension du langage requiert la mobilisation de capacités d'attention et de mémoire.

Chapitre 3 : Compréhension orale

Les aires préfrontales, situées dans la partie la plus ventrale des lobes frontaux, sont le siège des opérations de la mémoire de travail (ou mémoire à court terme).

De cette forme de mémoire dépendent les aptitudes à planifier et à organiser les pensées et les actions, ainsi que les facultés de comprendre le langage et d'intégrer de nouveaux apprentissages. Les aires préfrontales interviennent également dans la régulation de l'attention et de l'humeur. La compréhension du langage nécessite par ailleurs l'intervention d'un système intellectuel de mémoire à long terme permettant la récupération des aspects sémantiques mais également de la charge symbolique et émotive des mots lus ou entendus.

Ces opérations siègent au niveau du système limbique, dont certaines structures sont visibles sur la face médiale des hémisphères. Le système limbique est également le siège de la manifestation des émotions. Il s'agit de comportements instinctifs fondamentaux liés aux motivations alimentaires (faim, appétit), aux instincts de conservation en cas de danger (agressivité, fuite) et aux instincts fondamentaux de la sexualité.

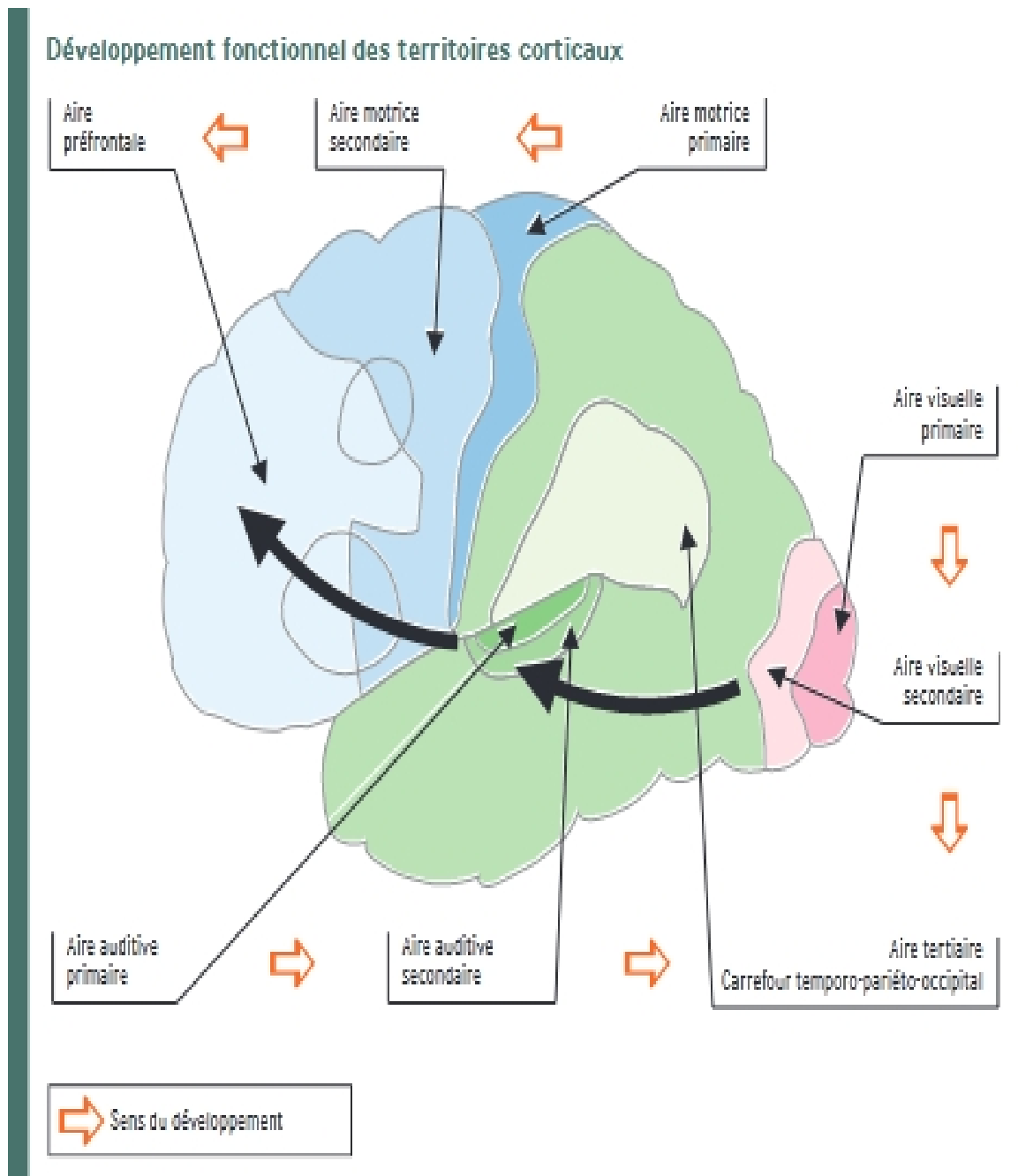


Figure 7: Développement fonctionnel des territoires corticaux.

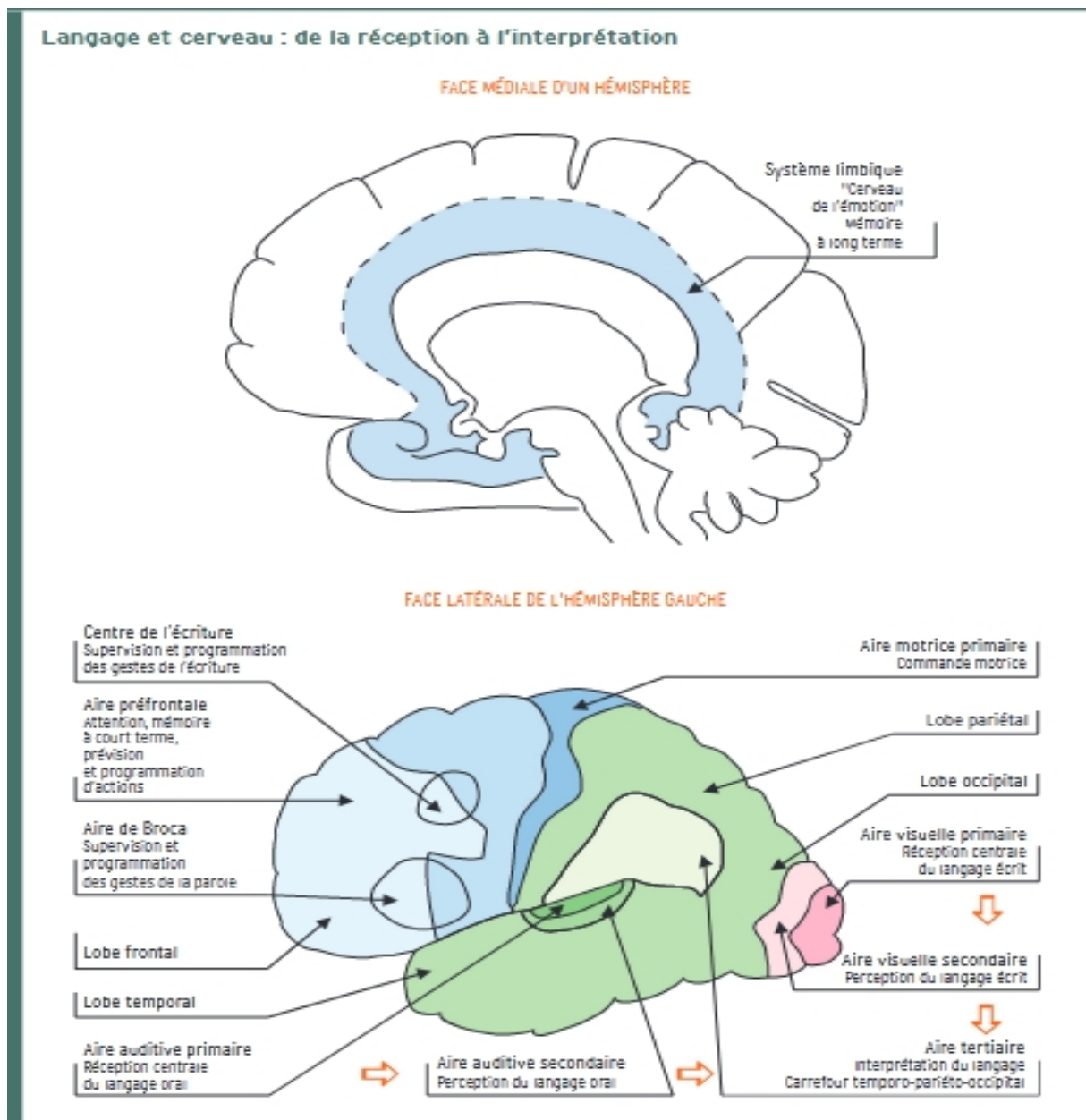


Figure 8 : Langage et cerveau : de la réception à l'interprétation.

II. Les Stratégies de la compréhension orale :

Vion (1982) considère que la compréhension des énoncés résulte de l'application d'un traitement ou de stratégies. En effet, dans une étude consacrée à la compréhension de phrases simples chez le jeune enfant, elle constate l'utilisation de deux stratégies.

Chapitre 3 : Compréhension orale

D'une part, l'enfant choisit systématiquement comme actant le nom qui désigne l'élément animé de la phrase : c'est la stratégie lexico-pragmatique. Dans cette stratégie, les enfants négligent les indices syntaxiques au profit d'informations relevant de la pragmatique des situations. Par exemple, pour comprendre "*le bébé casse la poupée*", il n'est pas nécessaire de se fonder sur la position de "bébé" et "poupée" : les caractéristiques lexico-pragmatiques des termes suffisent pour savoir qui a cassé l'autre.

Et d'autre part, l'enfant interprète les informations morphosyntaxiques de la phrase comme le ferait un adulte : c'est la stratégie morphosyntaxique. L'enfant se fonde alors sur les indices syntaxiques pour comprendre l'énoncé. Il lui est alors possible de comprendre des énoncés anti-pragmatiques. Ainsi, l'énoncé "*la poupée casse le bébé*" sera bien appréhendé, alors qu'il n'a pas de référent dans la réalité et qu'il transgresse les règles de sélection lexicale (normalement, un verbe d'action doit avoir un sujet animé).

Selon l'auteur, il existe une priorité génétique de la stratégie pragmatique. L'usage de la stratégie pragmatique est observé surtout chez les sujets les plus jeunes (avant 4 ans), celui de la stratégie morphosyntaxique est observé chez les sujets plus âgés.

Les stratégies de compréhension orale se divisent en deux types :

1. Compréhension immédiate :

Cette étape de la compréhension immédiate permet d'identifier le niveau de vocabulaire lingual de l'enfant et d'évaluer le niveau de compréhension immédiate de l'enfant doit être évalué sur trois stratégies, selon le schéma La proposition du chercheur "Abd al-Hamid Khamsi (1989)".

Chapitre 3 : Compréhension orale

1.1. La stratégie Lexicale :

Cette stratégie permet de comprendre l'incident à partir de la reconnaissance du mot et de le mettre en relation avec le contexte de la parole afin que l'enfant puisse comprendre le sens du texte et pouvoir y répondre. L'enfant acquiert cette stratégie au même stade où il acquiert le stade sensori-moteur, c'est-à-dire que l'enfant acquiert cette stratégie lorsqu'il atteint l'âge entre quatre ans et quatre ans et demi.

1.2. La stratégie Morphosyntaxique :

Cette stratégie concerne le traitement morphologique des unités linguistiques complexes (phrase), grammaticales, donc l'enfant doit être conscient de tous les transferts qui doivent être effectués. Pour comprendre l'événement, l'enfant doit être capable d'établir la relation entre le nom et le verbe, qui est le niveau le plus bas de cette stratégie. Il doit également maîtriser l'utilisation d'autres variables morphosyntaxiques entre elles qui lui permettent de comprendre l'événement. (Khomsî, A. (1989), P 101).

1.3. La Stratégie syntaxique :

Pour comprendre les événements, cette stratégie nécessite la capacité d'aborder consécutivement la structure temporelle et causale appliquée dans cette stratégie, qui est spécifique à certains textes comme les nouvelles, l'incident a donc été identifié comme une unité linguistique complexe.

Selon le chercheur (Cohen –Bacri ; 1978), cette stratégie peut être appliquée à divers textes et histoires traditionnels. Elle peut également s'appliquer à des événements plus complexes morphologiquement et cognitivement. Un enfant de sept ans peut bien maîtriser cette stratégie . (Khomsî, A. (1989), P103).

2. Compréhension globale :

Cette étape a été développée dans le but d'identifier les comportements de l'enfant à partir des stratégies développées par le chercheur "Abdul Hamid Khamsi", et elle est liée à la compréhension immédiate à travers laquelle la capacité à utiliser des stratégies de compréhension orale peut être décrite et évaluée. Il existe également trois stratégies, qui sont les suivantes :

2.1. Le Comportement de fréquentation (Comportement de persévération):

On retrouve ce comportement chez les plus jeunes enfants, qui correspondent à l'incapacité de se concentrer dans le contexte de la parole par rapport au premier symptôme d'un incident. Cela indique l'incertitude de la bonne réponse, et donc un déficit au niveau cognitif linguistique. C'est une stratégie à travers laquelle elle vise à Voyez s'il a accepté le contenu de l'incident.

2.2. Le Comportement de changement de désignation :

L'enfant peut acquérir ce type de comportement à partir d'une seconde analyse de l'incident ou du contexte de la parole. Elle peut également être acquise à partir du comportement social de l'adulte. Cela permet d'intervenir sur une autre stratégie, à savoir la stratégie sociocognitive qui interfère avec la production du para-verbale et des signaux de l'adulte et le traitement du comportement qui demande l'enfant à changer Affectation en cas de réponse erronée. Ce type de comportement ne nécessite donc pas de nouvelles connaissances, mais plutôt des connaissances sociales.

2.3. Comportement d'autocorrection :

Ce type de comportement nécessite l'acquisition du comportement social qui contrôle ce dernier. Ce comportement permet à l'enfant de passer d'une stratégie lexicale à une stratégie grammaticale et donc à une stratégie anecdotique.

Chapitre 3 : Compréhension orale

La perturbation de ce comportement conduit nécessairement à la perception immédiate perturbée des événements.

La réussite de l'enfant dans les stratégies de compréhension immédiate l'amène à prendre le comportement devant tout problème auquel il est confronté et ainsi à développer son niveau de connaissances linguistiques. C'est ce qui lui permet d'aller à des stratégies plus complexes que celles énumérées ci-dessus. L'auto-observation nécessite des performances positives dans le processus d'apprentissage et non des performances négatives, alors que les étudiants semblent ne pas être au courant des offres et de cette manière les étudiants apprennent à examiner le matériel pour lequel le protecteur de la pièce est de réduire la réponse avant de répondre à une question et le but de l'auto-surveillance est de réduire la réponse impulsive qui est impulsive et la seconde en réponse jusqu'à ce que nous atteignons la bonne réponse grâce à une recherche structurée, où les étudiants ne savent pas comment interagir efficacement avec le texte pour obtenir de nouvelles informations avec ce qu'ils ont des informations antérieures.

Conclusion :

La connaissance de toutes ces stratégies cognitives, liées à la compréhension est considérée comme l'une des questions difficiles, malgré la difficulté de rechercher ces stratégies en fonction de ce que voient certains experts dans ce domaine, en raison de considérations liées à la nature de ces stratégies, qui sont représentées dans la difficulté à détecter ce qui se passe à l'intérieur du cerveau en termes d'activités et de processus mentaux qui l'accompagnent surtout chez les infirmes motrices cérébraux.

INTRODUCTION :

L'étude et les procédures qu'elle implique doivent être adaptées à la nature de l'étude et justifie la capacité du chercheur à choisir l'approche et les outils appropriés pour son étude et sa capacité à utiliser ces outils pour obtenir des résultats plus proches de la crédibilité scientifique.

Afin de bien conduire notre étude, nous avons choisi de faire une évaluation de la compréhension orale chez les enfants scolarisés qui présentent une infirmité motrice cérébrale (IMC).

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation de différentes étapes qu'on a suivies dont le but de réaliser les objectifs attendus.

1 PRE-ENQUETE :

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche méthodologique et scientifique. Cette dernière nous permettra de recueillir des informations sur la nature et les caractéristiques de notre population d'étude et c'est ce qui va nous permettre la bonne application de nos outils de recherche. En revanche elle va nous permettre d'apporter et d'élaborer des changements et des modifications à notre problématique et la formulation des hypothèses.

La phase d'opérationnalisation au cours de laquelle nous allons chercher à répondre à toutes ces questions préalables. La pré-enquête contribue à la définition des liens entre un cadre conceptuel encore relativement lâche et des faits observables. Elle permet également de recueillir des données dont l'analyse autorisera un affinement de ce cadre conceptuel que de sélectionner les indicateurs pertinents qui seront nécessaires à la construction de l'objet scientifique visé (mochet, 2008, p23).

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

Cette étude est conçue à la lumière d'objectifs spécifiques et des limites temporelles et spatiales, car elle est considérée comme une étude exploratoire.

Nous avons mené notre pré-enquête au sein du centre pédagogique pour enfants et adolescents Ihadadden (A.A.I.M.B) dans la wilaya de Bejaia sur une période de 50 jours (mars, avril, mai) pour un total de 18 séances.

2 LA METHODE DE LA RECHERCHE :

Chaque chercheur suit une méthode ou une méthode sur laquelle s'appuie sa recherche pour analyser les phénomènes et arriver à des résultats objectifs. Plus il y a de phénomènes plus il existe des méthodes et d'approches vérifiées par un ensemble de règles.

Par conséquent, la nature de notre recherche nous impose une approche particulière à atteindre pour prouver ou nier notre hypothèse et puisque notre étude cherche à connaître les stratégies de compréhension orale d'un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale, nous nous sommes appuyés sur la méthode descriptive < étude de cas>.

L'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus, des comportements et des personnes. Plus précisément l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus appartenant à divers phénomènes individuels ou collectifs. La description répond aux questions : Qui ? Quoi ? Quand ? Et comment ? L'explication vise à éclairer le pourquoi, la prédiction. Elle recherche à établir à court et long terme quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements (Gagnon, 2012, p02).

Quant à la méthode descriptive de la recherche, c'est une méthode scientifique consistant à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon. De nombreuses disciplines scientifiques utilisent cette méthode

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

pour obtenir une vue d'ensemble du sujet, en particulier les sciences sociales et la psychologie. (Bouchard et Coraline.2005, p10).

3 LE GROUPE D'ETUDE :

- Le groupe d'étude a été choisi de manière intentionnelle et cela est dû au but de l'étude et son but est une étude des stratégies de compréhension orale de l'enfant IMC .
- Le groupe comprend 4 cas souffrant d'un léger retard intellectuel, des deux sexes, âgés entre 9 et 12ans.

Enfant	Age	Sexe	Classe	QI
Sarah	9ans	Féminin	Préparatoire	Léger
lamine	10ans	Masculin	Eveil	Léger
Hayat	12ans	Féminin	Préparatoire	Léger
Salah Eldin	9ans	Masculin	Préparatoire	Léger

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

Le tableau ci-dessus représente les cas étudiés, au centre pédagogique pour enfants et adolescents Ihadadden (A.A.I.M.B) dans la wilaya de Bejaia.

Ce tableau nous a permis d'englober les différentes caractéristiques des enfants ; l'âge, le sexe, ainsi que la classe. Et on a opté au changement des noms pour garder la confidentialité indiquée par la déontologie et l'éthique de la recherche en orthophonie.

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

La population de notre étude répond à des critères pertinents et d'autres critères non pertinents qui sont comme suit :

3.1 Critères d'inclusions :

-Les enfants sont diagnostiqués et atteints d'une infirmité motrice cérébrale (IMC).

-Les enfants âgés (09 à 12 ans).

-Les enfants ne présentent pas de troubles associés mais d'après le dossier médical ils présentent un léger retard mental, pouvant affecter la compréhension orale.

3.2 Critères d'exclusions :

-Le sexe n'a pas été pris en considération ; on n'a pas porté d'importance uniquement aux filles ou uniquement aux garçons.

- le niveau d'instruction et la pression exercée n'ont pas été pris en considération dans notre échantillon de recherche.

-La forme d'IMC présentée n'a pas été un critère important pour le groupe de notre étude.

4 Le lieu de recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein du centre psychopédagogique pour Enfants et Adolescents surnommé Association **D'aide aux Inadaptés Mentaux Ihadadden Bejaia (A.A.I.M.B)** qui se situe à Ihadadden cité des 1000 logements dans la wilaya de Béjaia ; une association qui a été créée en 1983 par les sept parents d'élèves sous l'agrément N 242/83 DRAL/SDRG.

Cette association est une unité de prise en charge psychopédagogique : des enfants et adolescents présentant des déficiences mentales, non scolarisables, de

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

niveau semi éducatif ne présentant pas de troubles graves de comportement et de la personnalité.

5 L'outil de la recherche :

5.1 Test de compréhension orale O52:

Ce test a été conçu par le chercheur Abdel Hamid Khamsi en 1987 en France, au Centre de Psychologie Appliquée à Paris.

5.1.1 L'objectif du test:

Le test vise à révéler les stratégies de compréhension orale utilisées par les jeunes enfants. Ces stratégies ne vont pas au-delà de la seule compréhension en lecture, mais elles sont liées à la compréhension en position orale en utilisant les stratégies grammaticales qui à leur tour mènent à des stratégies plus complexes. Une stratégie anecdotique, qui permet à l'enfant de développer et de développer les stratégies de compréhension nécessaires.

5.1.2 Principe du test:

Le test contient 52 incidents et la réponse ne se limite pas à la page que l'enfant a acquise à l'école uniquement, mais permet également en détectant et en reconnaissant les gains de base qui se produisent à un âge précoce et qui sont ensuite développés à l'école, s'ils sont basés sur une règle de base à partir de là, les stratégies utilisées par l'enfant peuvent être révélées. Afin de comprendre un incident dans la situation avec cartographie à l'image et les stratégies les plus importantes que nous trouvons dans ce test:

- La stratégie lexicale.
- Stratégie morphologique-syntaxique.
- Stratégie syntaxique.
- La stratégie globale, qui permet d'identifier le comportement du sponsor en cas de réponses correctes et fausses qui est divisée. Il va également au:

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

- Comportement de présence.
- Comportement de changement d'affectation.
- Comportement auto-correcteur.

Avant d'effectuer le test, il faut s'assurer que l'enfant comprend ce que signifie la désignation sur les photos. Le test contient sur 52 incidents répartis en 30 panneaux, chaque panneau contient 4 images et il y a des panneaux qui sont utilisés plus d'une fois, c'est-à-dire qu'un panneau peut inclure deux incidents en même temps et les panneaux sont divisées en trois parties:

Partie1: Cette partie contient 17 incidents répartis sur 14 panneaux qui permettent de choisir la stratégie lexicale, symbolisée par (L). On suppose que l'enfant de 6, 5 et 4 ans pourra réussir.

Le plus important des panneaux que l'on retrouve dans les stratégies lexicales sont: les premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, septième, dixième, onzième, treizième, seizième, vingtième, vingt-troisième, vingt-cinquième et vingt-huitième. Il est à noter que le nombre d'incidents ne correspond pas au nombre de coups et cela est dû au fait qu'il existe des panneaux représentant deux incidents différents à la fois au même moment. Le plus important de ces panneaux: le deuxième le troisième, comme illustré dans le schéma suivant:

L'homme est debout	La fille court
Le garçon court	Le garçon est debout

Point de la stratégie lexicale / Panel 3.

Partie 2: Cette partie contient 23 incidents répartis en 17 panneaux. Cette partie nous permet de choisir la stratégie morphologique Conduction, symbolisée par (M s). L'enfant est censé être capable de réussir cette stratégie à l'âge de Cinq et demi.

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

Les panneaux les plus importants que nous trouvons dans cette stratégie sont les quatrième, cinquième, septième, treizième, seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingt et unième, vingt-deuxième, Vingt-troisième, vingt-cinquième, vingt-sixième, vingt-neuvième et planche trente. Nous rappelons qu'il existe des tableaux qui représentent deux incidents à la fois.

Cette stratégie est jugée plus difficile que la stratégie précédente (la lexicale) et cette utilisation de variables morphologiques et grammaticales, ce qui apparaît dans tous les panneaux est ce qui permet à l'enfant d'activer ses capacités linguistiques (c'est ce qui apparaît dans tous les panneaux, ce qui permet par exemple: prépositions, pronoms, structure temporelle, pluriel, singulier, dualiste, masculin ... etc.).

L'enfant active ses capacités linguistiques (métalinguistiques) et lui permet ainsi de choisir une image plutôt qu'une autre, par exemple le second illustre quelqu'un qui génère cette stratégie:

Le garçon et la fille regardent le ciel	Le garçon et la fille se serrent la main
La jeune fille regarde le garçon tenant une fleur à la main	Les deux garçons remettent le cadeau à la fille

Objet de la stratégie morphologique - panel syntaxique (29).

Partie 3: Il contient 12 incidents répartis en 12 panels, c'est-à-dire pour chaque incident un panel, la partie (3) nous permet de choisir la stratégie de l'histoire symbolisée par C. L'enfant est censé être capable de passer cette stratégie de 6 ans et plus. Les panneaux les plus importants que nous trouvons dans cette stratégie sont: Panel sixième, neuvième, dixième, onzième, vingtième, vingt-huitième, vingt-neuvième.

Cette partie est plus complexe que les précédentes et cette diversité de données linguistiques ainsi que la similitude entre un incident et un autre, à clarifier.

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

Mère lave pour sa fille	La fille lave le garçon
Le garçon lave la fille	Le garçon joue avec un bateau dans l'eau

Un élément de la stratégie de narration: la peinture (12) .

a. Outils de test:

Le test comprend les outils suivants: Un cahier contenant les étapes les plus importantes à suivre pour appliquer le test (manuel). Un deuxième cahier qui rassemble les 25 panneaux de test.

- La feuille de points dans laquelle les réponses de l'enfant sont enregistrées pour chaque stratégie et c'est un papier double.
- La première page contient des informations sur l'enfant, en plus de la date de calcul des points obtenus. Le graphique reflète le niveau de compréhension orale de chaque cas.
- La deuxième et la troisième page contiennent les phrases de 52 incidents répartis entre les différentes stratégies, à savoir divisé en 7 colonnes, chaque colonne est marquée avec la marque appropriée pour la première colonne (L) et la deuxième colonne (M. S) et la troisième colonne (C) enregistrent la réponse à la première affectation de chaque stratégie. La quatrième colonne (D2), dans laquelle les réponses à la deuxième réponse sont enregistrées, si la réponse était erronée dans le premier. La cinquième colonne (p) dans laquelle les réponses sont enregistrées après la première et la deuxième réponse, si les réponses sont erronées dans les deux cas. La sixième colonne (AD1) et la septième (AD2), dans lesquelles les réponses sont enregistrées dans le cas où l'image n'est pas définie <conforme à l'exigence de l'examineur (aberrante)>.
- La quatrième et dernière page contient des graphiques pour l'homogénéité résultante afin que le spécialiste puisse voir quel type de comportement

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

l'enfant se comporte lorsqu'il utilise les stratégies de compréhension en position verbale.

b. Apprentissage:

L'examineur doit d'abord s'assurer que l'enfant comprend la signification du rendez-vous sur le tableau qui contient 4 images et que la plaque (0) présente au début est utilisée pour la formation et présentée à l'enfant comme suit: Nous allons faire un jeu: je vais lire une phrase et vous devez vous référer à l'image qui correspond à la phrase.

Exemple:

1 - Montrez-moi l'image "Petite fille".

2 - Montrez-moi l'image "L'homme aux mains carrées". D'où l'instruction générale de sélection Comme suit: "Montre moi la photographie ..." Vous devez donner les instructions: - à haute voix. Sans insistance ni urgence. - Sans changement d'intensité du son

c. NOTATION :

Un signe (+) est donné dans le cas de la bonne réponse de l'enfant dans le premier devoir et la note est placée devant l'une des cases (L, M - C) et ceci selon toutes les stratégies, mais dans le cas de la mauvaise réponse, le numéro de l'image est placé que si l'enfant échoue dans la première tâche, il a une seconde chance. Le signe est écrit dans le champ (D2). L'enfant l'a indiqué dans la case appropriée. Surtout pour la deuxième réponse.

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

➤ Comment calculer les points:

Dans la première étape, il suffit de calculer le nombre de signes (+) dans les sept colonnes et le résultat final est placé en bas de la feuille, et cela est sous chaque colonne dans l'ordre suivant : L, M-s , C ,C- D ,A-C, DA1, DA2.

Point N1: est la somme des points dans les trois colonnes (l, M s, C) selon la règle suivante :

$$N1 = L + M - S + C$$

Point N2: peut être obtenu à partir du point (N1) en plus du résultat du point ((D2) à travers les deux expressions, alors la loi suivante est appliquée:

$$N2 = N1 + D2$$

Point P: s'obtient en additionnant toutes les notes obtenues dans sa colonne à appliquer après cette loi :

$$P = \text{total } p / (52 - N1) \cdot 100$$

Le point A-c: Ce point est calculé à partir des deux points : N. N des première et deuxième affectations. Après cela, la loi suivante est appliquée:

$$A-c = (N2 - N1) \cdot 100 / (52 - N1)$$

Point C - D: à calculer à partir du point A - C en appliquant la formule suivante:

$$C-D = 100 - A-C - P$$

Et à partir de tous ces points calculés, il est possible d'arriver à une identification des stratégies qu'utilise l'enfant pour comprendre l'incident, ainsi que pour reconnaître le comportement que l'enfant se comporte face à ces événements quelles que soient les réponses : correctes ou incorrectes et pour obtenir toutes ces informations, il y a deux virages dans la feuille de ponctuation:

La première approche trouvée dans la première feuille du papier à points permet de comprendre le niveau de compréhension de l'enfant, à partir des points N1 et N2

La deuxième orientation située dans le dernier papier, toujours à partir du papier de pixellisation permet de vérifier l'homogénéité Résultats, ainsi que s'assurer que l'enfant est assis dans la zone normale.

➤ **Méthode d'action et instruction:**

Nous avons suivi une méthode pour appliquer le test qui est la méthode individuelle, après la fin des périodes du matin et du soir. Quant à l'instruction, c'était la même instruction donnée dans le test, c'est-à-dire: "Montrez-moi l'image ..." La méthode est expliquée à l'enfant en disant: "Je vais vous lire une phrase et vous devriez écouter attentivement cela." Vous mettez le doigt sur l'image qui correspond à la phrase.

6 LE DEROULEMENT DE LA RECHERCHE :

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

Chapitre4 : Partie pratique : 1- Méthodologie

a. La partie théorique :

Nous avons pris pas mal de temps pour recueillir à travers les ouvrages, les articles de revues et bases de données, un ensemble assez important à partir de cela nous avons défini la problématique de départ et les hypothèses à confirmer, puis nous avons choisi une méthode de recherche et les outils de recueil de données valides et fiables.

b. La partie pratique :

Afin de réaliser notre recherche, nous nous sommes déplacée vers un centre d'handicapés mentaux à Ibadaden 1000 logements à fin de vérifier notre groupe de recherche « enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale » ou nous avons été accueillis par la pédagogue et l'orthophoniste du centre qui nous ont confirmé la disponibilité de seulement 4 cas d'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale et cela à cause des mesures prises à cause du Covid-19. Ce qui nous a contraints à diminuer notre groupe de recherche à 4 cas seulement.

CONCLUSION :

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie, nous avons présenté certaines étapes que nous avons appliqué dans notre recherche pour nous aider à organiser et à structurer notre travail de recherche et grâce à la méthode descriptive et aux outils de recherche que nous avons utilisé dans ce chapitre, nous avons pu répondre aux questions posées, rassembler des données et des résultats que nous pouvons analyser et interpréter, afin de vérifier nos hypothèses.

Introduction :

Nous présentons dans ce chapitre la description de nos cas étudiés, puis nous allons analyser les résultats des données recueillies à partir du test qui a été conçu par le chercheur Abdel Hamid Khamsi en 1987 en France, au Centre de Psychologie Appliquée à Paris. On terminera ensuite par une synthèse des résultats de chaque cas et discussion de nos hypothèses.

1. Présentations et analyses des résultats selon les cas :

1.1.Cas Sarah :

Sarah est née le 10 février 2012, dernière d'une fratrie composée d'une sœur et de trois frères. La maman de Sarah est une femme au foyer et le père a une entreprise privée.

La période de grossesse s'est déroulée sans aucune complication. Mais l'accouchement était long et douloureux (présente une asphyxie) et a causé une hospitalisation pendant quelques mois où Sarah a été allaitée pendant un mois et demi, puis la transition vers une nourriture mixte s'est déroulée sans difficulté. Aujourd'hui, Sarah mange de tout et avec plaisir.

Depuis petite, Sarah s'endort dans les bras de sa maman et se réveille régulièrement dans la nuit, mais se recouche facilement après un biberon.

Aucun cas semblable dans la famille. Ses parents confirment que leur fille est la première IMC dans la famille.

Sarah n'a pas d'autre maladie et ne prend aucun médicament. Son développement psychomoteur a une mauvaise coordination. Elle a acquis la position assise à l'âge de 2 ans et a commencé à marcher à quatre pattes à l'âge de 3 ans et la marche en position debout à l'âge de 4ans et demie.

Son premier mot était à l'âge de 2ans et son mot phrase à 4 ans et la phrase à l'âge de 5 ans.

Sarah n'a jamais été prise en charge chez un orthophoniste ou scolarisée dans une école ordinaire avant d'avoir été admise dans l'association (A.A.I.M.B) à l'âge de 6ans le 05 /09/2018.

Lors de notre interaction avec Sarah nous avons observé qu'elle est sociable, affectueuse mais présente une mauvaise coordination motrice.

Tableau 01 du 1^{er} cas :

CAS	D1			N1	D2	N2	P	A-C	C-D	DA1	DA2
	L	M-S	C								
CAS 1	12	12	5	29	15	44	43.5	65,21	8,71	2	0

Tableau 4 : Résultat du test O52 du premier cas.

A travers le tableau ci-dessus qui montre des résultats pour le niveau de compréhension pour chacun de (N1) et (N2),

Il nous apparaît que le niveau de compréhension immédiate est faible (N1=29/52) par rapport au niveau de référence dans lequel ses pairs sont du même âge et à travers les résultats présentés dans le tableau (Il apparaît que son utilisation de la stratégie lexicale (L=12/17) l'emporte sur son utilisation de la stratégie de conversion-morphologique (M-S=12/23) et narrative ou complexe (C=5/12) Cependant, l'utilisation est généralement supérieure à la moyenne pour la première introduction D1.

Quant à la compréhension globale (N2=44/52), Il y a une légère diminution car elle s'appuie davantage sur le comportement d'autocorrection (A-C=65,21) que sur le comportement de persistance (P=43,5) avec le changement de comportement d'affectation(C-D=8,71).

1.2.Cas Salah el dine :

Salah est né le 30 Mai 2012, premier d'une fratrie composé d'une sœur et d'un frère. Le père de Salah n'a pas un travail stable et la maman est une femme au foyer.

La période de grossesse s'est déroulée sans aucune complication. Mais l'accouchement était long et douloureux. Le petite Salah est né avec une trisomie 21 et une infirmité motrice cérébrale (IMC). Salah a été allaité pendant trois mois et demi, puis la transition vers une nourriture mixte s'est déroulée sans difficulté. Aujourd'hui, Salah mange de tout et avec plaisir.

Depuis petit, Salah s'endort dans les bras de sa maman et se réveille régulièrement dans la nuit, mais se recouche facilement après un biberon.

Aucun cas semblable dans la famille. Ses parents confirment que leur fils est le premier qui présente une Trisomie 21 et IMC dans la famille.

Salah n'a pas d'autre maladie et ne prend aucun médicament. Son développement psychomoteur a une mauvaise coordination. Il a acquis la position assise à l'âge de 3 ans et a commencé à marcher à quatre pattes à l'âge de 4 ans et la marche en position debout à l'âge de 6ans et demie.

Son premier mot était à l'âge de 2ans et demi ; son mot phrase à 4 ans et la phrase à l'âge de 6 ans.

Salah n'a jamais été pris en charge chez un orthophoniste ou scolarisé dans une école ordinaire avant d'avoir été admis dans l'association (A.A.I.M.B) à l'âge de 7ans le 21/10/2020.

Lors de notre interaction avec Salah nous avons observé qu'il est sociable, affectueux mais présente une mauvaise coordination motrice.

Tableau 02 du 2ème cas Salah Eddine :

CAS	D1			N1	D2	N2	P	A-C	C-D	DA1	DA2
	L	M-S	C								
CAS4	13	10	7	30	15	45	31.81	68.18	0.01	0	0

Tableau 5 : Résultat du test O52 du deuxième cas.

A travers le tableau ci-dessus qui montre des résultats pour le niveau de compréhension pour chacun de (N1) et (N2).

Il nous apparaît que le niveau de compréhension immédiate est faible (N1=30/52) par rapport au niveau de référence dans lequel ses pairs sont du même âge et à travers les résultats présentés dans le tableau (Il apparaît que son utilisation de la stratégie lexicale (L=13 /17) l'emporte sur son utilisation de la stratégie de conversion-morphologique (M-S=10/23) et narrative ou complexe (C=7 /12).

Cependant, l'utilisation est généralement supérieure à la moyenne pour la première introduction D1.

Quant à la compréhension globale (N2=45/52), Il y a une légère diminution, car elle s'appuie davantage sur le comportement d'autocorrection (A-C=68.18) que sur le comportement de persistance (P=31.81) avec le changement de comportement d'affectation (C-D=0.01).

1.3.Cas Hayat :

Hayat est née le 20 décembre 2009, première d'une fratrie composée d'une sœur et d'un frère. La maman de Hayat est une femme au foyer et le père est un coiffeur.

La période de grossesse s'est déroulée sans aucune complication. Mais l'accouchement était long et douloureux (présente une asphyxie) et a causé une hospitalisation pendant quelques mois où Hayat a été allaitée pendant 2 mois et

demi, puis la transition vers une nourriture mixte s'est déroulée sans difficulté. Aujourd'hui, Hayat mange de tout et avec plaisir.

Depuis petite, Hayat s'endort dans les bras de sa maman, et se réveille régulièrement dans la nuit, mais se recouche facilement après un biberon.

Hayat et sa sœur sont les premiers cas dans la famille, ses parents le confirment.

Hayat est épileptique et prend des médicaments. Son développement psychomoteur a une mauvaise coordination. Elle a acquis la position assise à l'âge de 3ans et a commencé à marcher à quatre pattes à l'âge de 3 ans et demi et la marche en position debout à l'âge de 7ans.

Son premier mot était à l'âge de 4ans, son mot phrase à 4 ans et la phrase à l'âge de 5 ans.

Hayat n'a jamais été prise en charge chez un orthophoniste ou scolarisée dans une école ordinaire avant d'avoir été admise dans l'association (A.A.I.M.B) à l'âge de 10 ans le 04/09/2019.

Lors de notre interaction avec Hayat nous avons observé qu'elle est sociable, affectueuse avec un très bon niveau de compréhension mais présente une mauvaise coordination motrice

Tableau 03 du 3ème cas Hayat :

CAS	D1			N1	D2	N2	P	A-C	C-D	DA1	DA2
	L	M-S	C								
CAS2	15	15	8	38	10	48	33.33	71.4	4.73	01	0

Tableau 6: Résultat du test O52 tu troisième cas

A travers le tableau ci-dessus qui montre des résultats pour le niveau de compréhension pour chacun de (N1) et (N2).

Il nous apparaît que le niveau de compréhension immédiate est faible (N1=38/52) par rapport au niveau de référence dans lequel ses pairs sont du même âge et à travers les résultats présentés dans le tableau (Il apparaît que son utilisation de la stratégie lexicale (L=15 /17) l'emporte sur son utilisation de la stratégie de conversion-morphologique (M-S=15/23) et narrative ou complexe (C=8 /12).

Cependant, l'utilisation est généralement supérieure à la moyenne pour la première introduction D1.

Quant à la compréhension globale (N2=48/52), Il y a une légère diminution, car elle s'appuie davantage sur le comportement d'autocorrection (A-C=71.4) que sur le comportement de persistance (P=33.33) avec le changement de comportement d'affectation (C-D=4.73).

1.4.Cas Lamine :

Lamine est né le 11 juin 2011, dernier d'une fratrie composée d'une sœur et de trois frères. Le père de lamine est un chauffeur médical et la mère est une femme au foyer.

La période de grossesse s'est déroulée sans aucune complication. Mais l'accouchement était long et douloureux. Lamine a été allaité pendant 8mois et demi, puis la transition vers une nourriture mixte s'est déroulée sans difficulté. Aujourd'hui, Lamine mange de tout et avec plaisir.

Depuis petit, Lamine s'endort dans les bras de sa maman et se réveille régulièrement dans la nuit, mais se recouche facilement après un biberon.

Aucun cas semblable dans la famille ; ses parents confirment que leur fils est le premier dans la famille.

Lamine n'a pas d'autre maladie et ne prend aucun médicament. Son développement psychomoteur, il a acquis la position assise à l'âge de 9 mois et a

commencé à marcher à quatre pattes à l'âge de 1 an et la marche en position debout à l'âge de 2ans.

Son premier mot était à l'âge de 2ans et demi, son mot phrase à 3 ans et la phrase à l'âge de 3 ans.

Lamine n'a jamais été pris en charge chez un orthophoniste ou scolarisé dans une école ordinaire avant d'avoir été admis dans l'association (A.A.I.M.B) à l'âge de 7ans le 11/11/2018.

Lors de notre interaction avec Lamine, nous avons observé qu'il est sociable, affectueux avec un faible niveau de compréhension mais présente une bonne coordination motrice.

Tableaux 04 du 4ème cas Lamine :

CAS	D1			N1	D2	N2	P	A-C	C-D	DA1	DA2
	L	M-S	C								
CAS3	15	16	5	36	10	46	31.25	62.5	6	0	1

Tableau 6: Résultat du test O52 du quatrième cas

A travers le tableau ci-dessus qui montre des résultats pour le niveau de compréhension pour chacun de (N1) et (N2).

Il nous apparaît que le niveau de compréhension immédiate est faible (N1=36/52) par rapport au niveau de référence dans lequel ses pairs sont du même âge et à travers les résultats présentés dans le tableau (Il apparaît que son utilisation de la stratégie lexicale (L=15 /17) l'emporte sur son utilisation de la stratégie de conversion-morphologique (M-S=16/23) et narrative ou complexe (C=5 /12).

Cependant, l'utilisation est généralement supérieure à la moyenne pour la première introduction D1.

Quant à la compréhension globale (N2=46/52), Il y a une légère diminution, car elle s'appuie davantage sur le comportement d'autocorrection (A-C=62.4) que sur le comportement de persistance (P=31.25) avec le changement de comportement d'affectation (C-D=6).

Résumé des résultats des 4 cas :

	D1			D2	P	DA1	DA2	N1	N2	A- C	C D
	L	M-S	C								
Sarah	12	12	05	15	43,5	02	00	29	44	65,21	8,71
Salah – el-din	13	11	8	15	31,81	0	0	30	45	68,18	0,01
Lamine	15	16	05	10	75	0	1	36	46	62,5	6
Hayat	15	15	08	10	33,33	1	0	38	48	71,42	4,75

Tableaux 07 : Les Résultats Du Test De La Compréhension (O52) Pour Le Groupe D'Etude

Tableau des descriptions statistiques :

Les résultats suivants fournissent une description statistique comme suit :

	N	MINIMUM	MAXIMUM	MOYENNE
L	4	12	15	13.5
M-S	4	11	16	13.5
C	4	5	8	6.5
N1	4	29	38	33.5
N2	4	44	48	46
D2	4	10	15	12.5
P	4	31.81	75	53.4
DA1	4	0	2	1
DA2	4	0	1	0.5
A-C	4	62.5	71.42	66.96
C-D	4	0.01	8.71	4.36
N VALIDE	4			

Tableau 08 : Description statistique des résultats obtenus de groupe de recherche.

2. Analyse des résultats :

2.1. Analyse Qualitative :

Nous constatons à travers les résultats que nous avons obtenu que les enfants n'utilisent pas de stratégies de compréhension orale, de sorte qu'ils n'ont pu répondre qu'après avoir répété l'instruction pour la deuxième fois et il y a des enfants qui n'ont pas pu répondre même après avoir répété l'instruction une deuxième fois. Ils ont insisté sur la première réponse même si elle était fausse.

Nous notons également que le taux d'échec était élevé dans les stratégies morphologiques-grammaticales et narratives, contrairement à la Stratégie lexicale qui montre le succès des enfants.

L'échec des enfants dans la première et la deuxième tâche indique leur incapacité à bien contrôler ces stratégies, car les enfants ne pouvaient pas s'auto corriger en cas de mauvaises réponses et ils n'étaient pas capables de bien contrôler la réponse, si elle était fausse ou juste, c'est ce qui les fait continuer dans l'erreur (à travers les résultats du comportement de persévérance et de continuité).

A partir de là, on peut dire que l'incapacité de contrôler les stratégies de compréhension immédiate conduit à l'incapacité de contrôler les stratégies de compréhension totale ; En d'autres termes, ne pas adopter un comportement approprié lors du processus de correction.

A partir de là, on peut juger temporairement que les enfants souffrent d'un manque de compréhension orale, de sorte que lorsqu'on passe d'une stratégie à une autre plus complexe, on constate une diminution du pourcentage de bonnes réponses ainsi que dans la compréhension immédiate ; ce qui entraîne

automatiquement une diminution du niveau de compréhension totale par le comportement de persévérance, d'autocorrection et de changement d'affectation.

2.2. Analyse Quantitative Des Résultats :

A travers les résultats que nous avons présentés dans les tableaux précédents, nous proposons une analyse quantitative de ces résultats.

On part de la compréhension immédiate, qui comprend trois stratégies sous-jacentes, qui sont la stratégie lexicale, la stratégie grammaticale morphologique, et enfin la stratégie narrative ou complexe, qui représente la première introduction de l'instruction. : (D1) (première présentation).

Concernant la stratégie lexicale (1), on note que le taux de réussite est élevé, car il s'agit de la moyenne. L'équivalent arithmétique est de 13,5 et cela s'exprime par 43,4%. Ce qui est un pourcentage élevé atteint par ce groupe de personnes Enfants atteints d'infirmité cérébrale.

Quant à la stratégie morphologique grammaticale (M - S), la moyenne arithmétique atteint 13,5 ce qui correspond à un pourcentage équivalent 45.88% ce qui est supérieur à la précédente.

En ce qui concerne la stratégie narrative ou complexe (C), les résultats obtenus par ce groupe sont insignifiants. La moyenne arithmétique atteignant (6,5), ce qui correspond à un pourcentage équivalent à 20,33% ce qui est un pourcentage faible par rapport aux deux précédents.

Grâce aux résultats obtenus dans les stratégies précédentes, l'organisation de la moyenne arithmétique qui a été étudiée dans la compréhension immédiate était de 33,5% ce qui équivaut à un pourcentage de 36,83%. Ce qui est un pourcentage important qui atteint la moyenne.

Quant à la compréhension globale, qui comprend le comportement de persévérance dans l'erreur, le comportement d'autocorrection, le changement de

comportement, à partir de la deuxième introduction de l'instruction (deuxième présentation) ou si l'étudiant ne répond pas correctement lors de la première présentation.

Nous notons que pour le comportement de persévérance (P), la valeur atteinte était équivalente à 53.4% en moyenne arithmétique des pourcentages totaux atteints par chaque cas du groupe. Ce qui équivaut à 77,42% ce qui est un pourcentage important de persévérance d'erreur.

Quant au comportement d'autocorrection (A-C), le groupe a atteint un pourcentage très proche, puisqu'il a atteint la valeur de 66,96%. Ce qui est un pourcentage important, car sa valeur est suffisante au regard de la valeur de référence atteinte à l'ordinaire. En ce qui concerne le changement de comportement d'affectation (c-d), la valeur moyenne atteint 4,36%. Ce qui est considéré comme une valeur importante en regardant son calcul qui part des points (a-c) et (P).

3. Discussions des hypothèses :

Sur la base des résultats obtenus dans la présente étude et sur la base du cadre théorique adopté dans ce sujet, nous essaierons de discuter les résultats de chaque hypothèse une par une et de poursuivre par une discussion générale.

3.1. Discussions se la première Hypothèse :

- L'enfant IMC utilise différente stratégie de compréhension oral pour le traitement de ses donnés.

D'après l'analyse des résultats du test Khomsi des quatre cas et après avoir appliqué tous les items du test de compréhension orale 052, l'enfant utilise différentes stratégies que ca soit la stratégie lexicale, morpho-syntaxique et syntaxique. Et ceux malgré qu'il ya une diminution de bonne réponse lors du

changement d'une stratégie à une autre. On déduit que notre première hypothèse est confirmée.

3.2. Discussions De La Deuxième Hypothèse :

- L'enfant IMC utilise la stratégie lexicale pour le traitement de ses données.

D'après l'analyse des résultats du test Khomsi des quatre cas et après avoir appliqué tous les items du test de compréhension orale 052, nous constatons que les quatre cas souffraient d'un manque de compréhension immédiate lors du passage d'une stratégie à une autre.

Là où l'on constate que les enfants de la stratégie lexicale ont des réponses moyennes et parfois supérieures à la moyenne et après avoir fourni un vocabulaire qui les a aidés à obtenir la bonne réponse. On déduit que notre première hypothèse est confirmée.

3.3. Discussions Des Résultats De La Troisième Hypothèse :

- L'enfant IMC trouve des difficultés dans la stratégie morpho-syntaxique et syntaxique pour le traitement de ses données.

D'après l'analyse des résultats du test Khomsi des quatre cas et après application du test de compréhension orale 052, nous constatons que les cas souffraient d'une déficience au niveau de la compréhension totale lors du passage d'une stratégie à une autre.

Là où l'on a remarqué que les enfants souffrent d'une déficience quelque peu importante dans la stratégie morphosyntaxique et la stratégie syntaxique, en raison de leur manque d'acquisition des règles du langage comme l'articulation des outils et de la grammaire. On déduit que notre hypothèse est confirmée.

Conclusion :

De tous les résultats précédents, nous concluons que la compréhension de ce groupe d'enfants est particulière, de sorte que tout ce qui a été transféré d'une stratégie simple en compréhension instantanée comme la stratégie lexicale à une stratégie plus complexe comme syntaxique, plus le pourcentage de réponses correctes est faible. C'est ce qui affecte le contrôle global de la compréhension à travers les comportements de persévérance, autocorrection et changement de correction. Tout cela est dû au faible niveau de capacités mentales.

Suite à cette discussion, nous avons pu répondre à notre question de départ ainsi que de confirmer nos trois hypothèses et dire selon notre recherche, qu'effectivement les enfants IMC utilisent les stratégies de la compréhension orale.

Il reste à souligner que nos hypothèses ne permettent 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 est limitée.

L'étude que nous avons menée nous a permis en tant qu'étudiantes en orthophonie, d'enrichir nos connaissances sur les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale et leur atteinte à d'autre trouble.

Conclusion générale

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est une maladie neurologique résulte de lésions cérébrales précoces survenues pendant la grossesse de la mère ou au cours de la petite enfance, c'est-à-dire pendant le plein développement du cerveau.

Pour vérifier notre hypothèse de recherche nous nous sommes référés à la méthode descriptive qui est l'étude de cas, sur un groupe de recherche composé de 4 enfants IMC, âgés entre 8 à 12 ans insérés au sein du centre Psycho Pédagogique Pour Enfants et Adolescents surnommé Association **D'aide aux Inadaptés Mentaux (A.A.I.M.B)** qui se situent à Bejaia, où nous avons appliqué le teste **O52** qui nous a permis de déterminer la stratégie la plus utilisée chez les enfants **IMC**.

A travers l'étude que nous avons menée dont le but était d'étudier les stratégies utilisées dans la compréhension orale chez les enfants IMC et à travers les études dont nous avons discuté dans l'aspect théorique.

Les résultats ont indiqué la présence d'une différence significative, en particulier les deux stratégies qui mesurent le niveau morpho-syntaxique, la grammaire, et le niveau syntaxique, narratif, sont faibles par rapport au niveau lexical ce qui affecte le contrôle global de la compréhension à travers les comportements de persévérance, et partir de là l'hypothèse principale « L'enfant IMC utilise différentes stratégies de compréhension orale pour le traitement de ses données » de notre recherche est confirmée.

Tout au long de ce travail nous avons constaté l'importance de la compréhension orale qui a un rôle déterminant dans la communication, de la conversation et qui jusqu'à nos jours reste un aspect complexe quant à son évaluation auprès de ces enfants qui présentent l'Infirmité Motrice Cérébrale.

Malgré le fait qu'un centre spécialisé soit plus efficace dans la prise en charge, l'exemple que nous venons de citer échappe à la règle car avec beaucoup

Conclusion générale

de volonté, de motivation un IMC peut évoluer plus ou moins comme un individu ordinaire puisqu'il est doté d'une même capacité intellectuelle.

Enfin, il est important de préciser que cette recherche reste une bonne expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan humain et en particulier sur le plan scientifique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique.

Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des problèmes des enfants qui ont des difficultés à savoir, l'infirmité motrice cérébrale, et comprendre leur vécu. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

La liste des ouvrages :

- 1. CAHUZAC M. L'enfant infirme moteur d'origine cérébrale. MASSON.p27-70**
- 2. COQUET F. (2004). Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent. Méthodes et techniques de rééducation. Isbergues : Ortho Edition.**
- 3. COQUET F., (2006). Prise en compte du versant compréhension dans l'évaluation et la prise en charge du langage oral chez l'enfant. in : Rééducation Orthophonique, vol. 44, n°227, 7-20.**
- 4. COQUET F., FERRAND P., (2008). Rééducation des retards de parole, des retards de langage oral. In : ROUSSEAU T. dir. Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 1, Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral. Isbergues : Ortho Edition, 65-115.**
- 5. Charbrol.B et Hadded.J., (2006), «< handicaps de l'enfant >, Doin, Pays-Bas.**
- 6. CHEVRIE-MULLER C, NARBONNA J. (2007). Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques. Paris : Masson.**
- 7. Chevrie- Muller, C., Narbona, T. (2007). Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques. Paris, France : Elsevier Masson**
- 8. CROTEAU P.; LORANGER M.; LAPORTE P. Fonctionnement cognitif et neurophysiologique clinique des enfants atteints de déficience motrice cérébrale : Aspects cognitifs et neurophysiologiques cliniques (motricité cérébrale réadaptation neurologie du développement) (décembre 2002 tome 23) p176.**
- 9. Guidetti, M et Tourette, C., (1999), « Handicap et développement psychologique de l'enfant », 2ème Ed. Paris.**

10. **Dahmoune, S., Jeannie, E. (2016). Evaluation du langage orale chez l'enfant. Paris, France : boek supérieur.**
11. **Khoms, A. (1989). Evaluation la compréhension en lecture, Nantes, travaux de psycholinguistique université de Nantes.**
12. **LENFANT M., THIBAUT M.P., Heloin M.C., (2006). L'évaluation de la compréhension chez les 3-15 ans : une approche axée sur l'interprétation. In : Glossa, n° 95, 6-22.**
13. **LEROY S., PARISSE C, MAILLART C., (2009). Les difficultés morphosyntaxiques des enfants présentant des troubles spécifiques du langage oral : une approche constructiviste. In : Rééducation Orthophonique, n°238, 21-45.**
14. **Marc ZABALIA : traitement analogique et traitement propositionnel des rotations mentales chez l'enfant IMC, in l'année psychologique, 1999, p95-96**
15. **RONDAL J.A., SERON X., (2003). Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation. Sprimont : Mardaga, 375-411.**
16. **Roland et François., (2005), «< dictionnaire de psychologie >>, Puf, Paris**
17. **VERONIQUE Leroy Malherbe, « L'infirmité motrice cérébrale », in Déficiences Motrices et Situations de Handicaps, APF, 2002, pp.153-162.**
18. **VAN NIEUWENHOVEN C., DE VRIENDT S. : L'enfant en difficultés d'apprentissage en mathématiques, Masson, France, 2010, pp167-1**

Cite internet

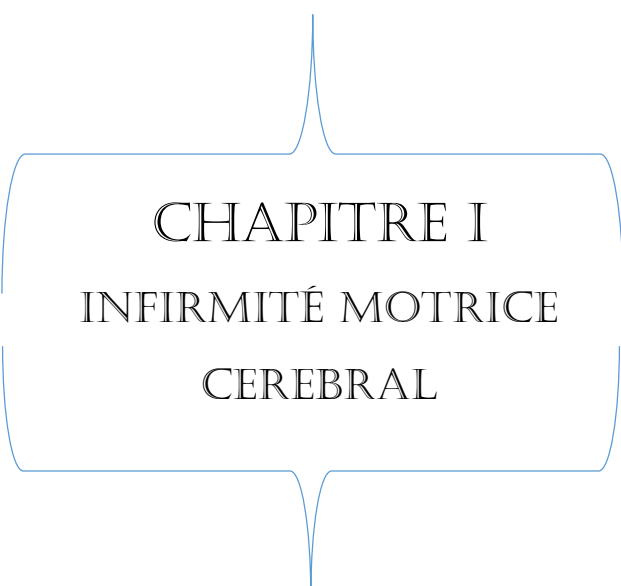
1. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/2893.pdf> 01/12/2020
[18:22](#)
2. https://www.item51c_cours_univ_lyon.pdf 18/01/2021. 15/16
3. <https://www.sndl.cerist.dz/index.php?p=11> 05/02/2021. 11 :30
4. <https://informations.handicap.fr/a-deficience-intellectuelle-handicap-mental-3110.ph> 19/03/2021. 13:45
5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S176256880300006X> 17/04/2021. 10 :30
6. <https://www.guideimc.pdf/> 20/04 :2021. 14 :20
7. <http://www.imc.apf.asso.fr/spip.php?article720> 30/04/2021. 17 :45
8. http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_MORT_2010_AGULO_LUCIE.pdf .05/05/2021. 22 :30



INTRODUCTION



PARTIE
THÉORIQUE



CHAPITRE I
INFIRMITÉ MOTRICE
CEREBRAL



CHAPITRE II
COMPRÉHENSION
ORALE

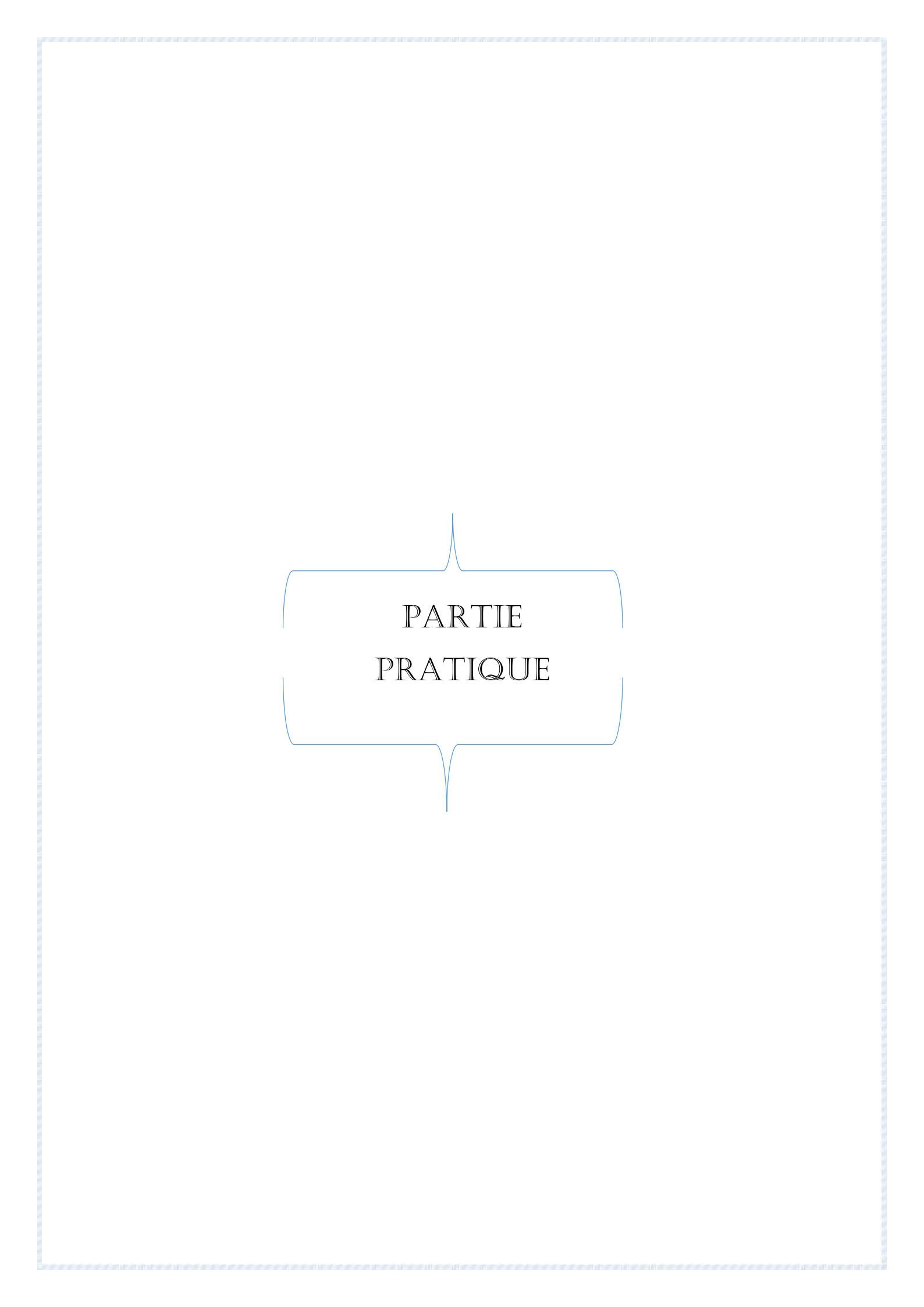


PROBLÉMATIQUE


ET

FORMULATION

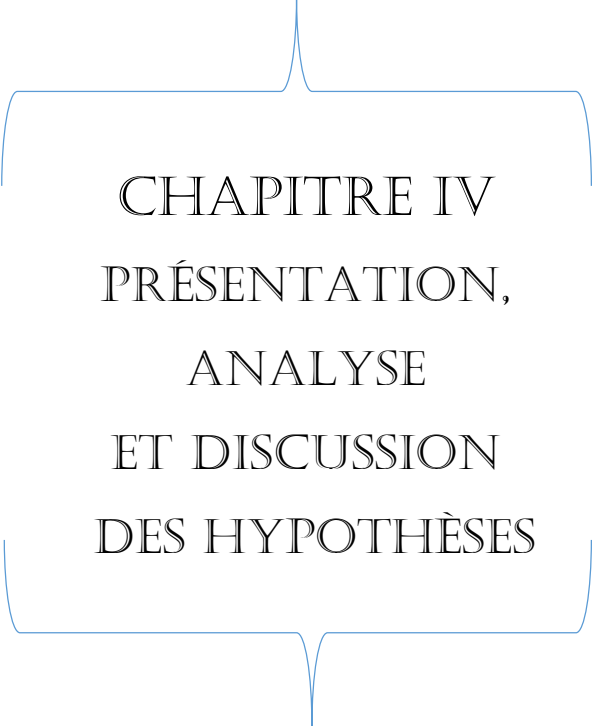
HYPOTHÈSE



PARTIE
PRATIQUE



CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE
DE
LA RECHERCHE



CHAPITRE IV
PRÉSENTATION,
ANALYSE
ET DISCUSSION
DES HYPOTHÈSES



CONCLUSION



LISTE
BIBLIOGRAPHIE



ANNEXE

1

