



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira – Béjaïa*  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*  
*Département des Sciences Sociales*

## *Mémoire de fin de cycle*

*En vue de l'obtention du diplôme de Master*  
*Option : Orthophonie*

### **Thème**

# **Le pronostic du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental**

***Présenté par :***

MECHEKAK Kamilia

MENDI Imene

***Encadré par :***

Dr. HOUARI Amina

**Année 2020/2021**

# *Remerciements*

En premier lieu nous tenons à remercier le tout puissant bon Dieu de nous avoir fournis la santé, la force, le courage, la volonté, et la patience tout au long de notre travail.

Ensuite nous tenons à remercier notre promotrice Dr. Houari Amina qui nous a guidé dans le bon sens et dirigé ce travail dans les meilleures conditions en nous faisant bénéficier de la qualité de son encadrement

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Mr. MERRAKCHI pour sa précieuse aide et conseils.

Un grand remerciement pour l'orthophoniste et tout le personnel du centre psychopédagogique,

Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.

Enfin nous remercions nos familles, nos proches, et nos amies de nous avoir soutenus et consacrés de leurs temps pour la réussite de notre travail

Merci à toute personne qui a participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire

*Merci à tous*

## *Dédicaces*

*Avec un cœur plein d'amour et de fierté*

*Je dédie ce Travail à*

*Mon défunt grand père et mon cher petit  
frère Mohamed que dieu vous accueille dans  
son vaste paradis*

*Mes chers parents et ma grand mère.*

*À mon frère et mes deux sœurs.*

*Sans oublier mes tantes et mon oncle*

*Ma binôme Mendi Imene*

*Ainsi que tous mes enseignants*

**Kamilia**

# *Dédicaces*

*Avec un cœur plein d'amour et de fierté*

*Je dédie ce Travail à*

*Mon défunt grand père et mon cher petit frère Mohamed que dieu vous accueille dans  
son vaste paradis*

*Mes chers parents et ma grand mère.*

*À mon frère et mes deux sœurs.*

*Sans oublier mes tantes et mon oncle*

*Ma binôme Mendi Imene*

*Ainsi que tous mes enseignants*

*Xamilia*

# *Dédicaces*

*Avec un cœur plein d'un amour et fierté*

*Je dédie ce travail à mes chers parents et mes deux chères sœurs Farah et*

*Amina et mon cher Mari.*

*Ma binôme Mechekak kamilia*

*Ainsi que tous mes enseignants*

*Imene*

## LISTE DES FIGURES

Numéro	Titre	Pages
N 01	Photo d'un enfant atteint du syndrome de down ou trisomie 21	31
N 02	Photo représentant la maladie de l'X fragile	32
N 03	Photo d'un enfant atteint du syndrome de Prader Willi	35
N 04	Photo d'un enfant atteint du syndrome d'Angelman	36
N 05	Dessin de bonhomme de cas « A »	99
N 06	Dessin de bonhomme de cas «B »	109
N 07	Dessin de bonhomme de cas « C »	120
N 08	Dessin de bonhomme de cas « D »	132

## LISTE DES TABLEAUX

Numéro	Titre	La Page
01	Classification des niveaux de gravité de la DI	22
02	Répartition et nombre des cas des enfants et adolescents pris en charge dans le centre.	87
03	Répartition du personnel du centre.	88
04	Répartition de groupe d'étude.	89
05	Présentation des résultats de la grille d'observation de la Price en charge orthophonique de cas « A »	100
06	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de dénomination du cas « A »	102
07	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de déférence de cas « A »	103
08	Présentation des résultats obtenue dans l'épreuve pareille de cas « A »	105
09	Présentation des résultats obtenue dans l'épreuve récit d'une histoire courte de cas « A »	105
10	Analyse quantitative des résultats obtenue des quatre épreuves de cas « A »	116
11	Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « B »	110
12	Présentation des résultats obtenus de l'épreuve de dénomination da cas « B »	112
13	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « B »	113
14	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve pareille de cas « B »	115
15	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve récit d'une histoire courte de « B »	116
16	Analyse quantitative des résultats obtenus des quatre épreuves de la batterie EEL du cas « B »	116
17	Présentation des résultats de la grille d'observation de la Price en charge orthophonique de cas « C»	121
18	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de dénomination du cas « C »	123

19	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de déférence de cas « C »	125
20	Présentation des résultats obtenue dans l'épreuve pareille de cas « C »	127
21	Présentation des résultats obtenue dans l'épreuve récit d'une histoire courte de cas « C »	127
22	Analyse quantitative des résultats obtenue des quatre épreuves de cas « C »	129
23	Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « D »	133
24	Présentation des résultats obtenus de l'épreuve de dénomination da cas « D »	135
25	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « D »	136
26	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve pareille de cas « D »	139
27	Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve récit d'une histoire courte du cas « D »	139
28	Analyses quantitatives des résultats des quatre épreuves du cas « D »	140
29	Niveau intellectuel et le niveau du langage des cas	144
30	L'éducation précoce et le niveau du langage des cas	147
31	Troubles associées et le niveau du langage des cas	149



## Table des matières

Introduction .....	2
--------------------	---

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : le handicap mental**

1. Définition du handicap .....	7
2. Origine du mot handicap.....	7
3. Les types du handicap.....	9
4. Le handicap mental .....	11
4.1.Définition du handicap mental .....	11
4.2.Repères historiques et terminologies .....	14
4.3.Diagnostic .....	17
4.4.Classification de l’OMS pour le handicap mental .....	19
4.5.Origine et étiologies du handicap mental .....	22
4.6.Le tableau clinique du handicap mental.....	23
4.7. Les critères du diagnostic du handicap mental .....	25
5. Les troubles associées .....	27
6. Les maladies associées à la déficience intellectuelle .....	31

#### **Chapitre II : le développement du langage oral chez les enfants avec un handicap mental**

1. Définition du langage oral .....	39
2. Les fonctions du langage .....	40
3. Les aspects du langage .....	41
4. Les composantes du langage .....	42
5. Développement du langage chez un enfant normal .....	47
6. Troubles du développement du langage oral .....	49
7. Développement du langage de l’enfant avec déficience intellectuelle .....	51

## **Chapitre III : le pronostic et la prise en charge des enfants avec un handicap mental**

### **I. Le pronostic :**

1. Définition du pronostic. -----	58
2. Définition du pronostic orthophonique-----	58
3. Cadre législative du pronostic médical-----	59
4. Cadre législatif du pronostic orthophonique-----	59
5. Mise en place du pronostic orthophonique -----	60
6. Le rôle du pronostic orthophonique dans la prise en charge -----	61
7. Liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique---	61
8. L'élaboration du pronostic-----	62
9. L'actualisation du pronostic -----	64
10. et limites du pronostic orthophonique -----	65

### **II. La prise en charge orthophonique**

1. Définition de la prise en charge. -----	67
2. Définition de la prise en charge orthophonique. -----	67
3. Définition de la prise en charge orthophonique des enfants en situation d'handicap mental-----	68
4. L'éducation précoce orthophonique des enfants en situation de handicap mental-----	70
5. La prise en charge orthophonique précoce des enfants en situation de handicap mental et ces bénéfices sur le développement de l'enfant -----	71
6. Le rôle des parents dans la prise en charge de leurs enfants en situation de handicap mental -----	74
7. la prise en charge pluridisciplinaire des enfants en situation de handicap mental-----	74

<b>Problématique et hypothèses -----</b>	<b>77</b>
--	-----------

# Partie pratique

## Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

1. La pré-enquête-----	84
2.1 La méthode de recherche -----	85
2.2 Présentation de lieu de recherche -----	86
2.3 Le choix du groupe d'étude-----	89
2.4 Les outils de recherche-----	90
3. Déroulement de la recherche -----	96

## Chapitre V : cadre pratique de la recherche

1. présentation et analyse des résultats -----	99
1.1 Présentation et analyse des résultats de cas « A »-----	99
1.2 Présentation et analyse des résultats de cas « B »-----	109
1.3 Présentation et analyse des résultats de cas « C » -----	120
1.4 Présentation du dessin de bonhomme de cas « D » -----	132
2. Discussions des hypothèses-----	144
<b>Conclusion -----</b>	<b>153</b>

## Bibliographie

## Annexe

## Résumé

# **Introduction**

Le handicap mental est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neuro centrales et intellectuelles. Elle influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectifs, et comportementaux. (Monique C., 2007.p16).

Les enfants handicapés souffrent de plusieurs difficultés et troubles parmi ces troubles ; La capacité de discrimination visuelle, La cognition, La Concentration et mémoire, L'émotion, La motricité et comportement et le langage. Aujourd'hui, on sait qu'il y a imbrication et que l'aspect conceptuel du langage est indissociable de l'intelligence et de la psychologie de la personne. (Monique C., 2007. p290).

Dans les cas où les enfants handicapés mentaux présentant des déficits cognitifs graves, la déficience intellectuelle s'accompagne d'une absence de langage verbal. Les orthophonistes travaillent avec les enfants porteurs d'handicap mental pour développer leur communication et leur langage, dont leur objectif est l'insertion sociale de ces enfants handicapés mentaux.

Une prise en charge orthophonique des enfants porteurs d'handicape mentale est primordiale dès la naissance (la prise en charge précoce). Le langage et la psycholinguistique sont une des deux sphères de développement de l'enfant. Ils sont donc capitaux pour son devenir, c'est pourquoi la prise en charge de ce domaine doit commencer dès les tout premiers jours de la vie, dès que peut s'instaurer une communication avec le bébé. (Monique C., 2007. P325).

En orthophonie le pronostic est mis en place avant la prise en charge de langage. (Laurie D., 2019.P 4), donc pour que l'orthophoniste entame une prise en charge et qu'il s'attende à des résultats, ce dernier met en place le pronostic orthophonique qui va lui permettre de prédire l'évolution probable ou bien l'issue du trouble.

Le pronostic permet à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de définir les objectifs ainsi que les méthodes utilisées lors de la prise en charge .il permet d'anticiper la fin du traitement et constitue un pilier de l'alliance thérapeutique. (Laurie D., 2019.P 4)

Notre thème s'intitule le pronostic du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental et nous avons choisis comme terrain le centre psychopédagogique des inadaptés mentaux de Bejaïa qui réponds aux besoins de notre recherche et qui nous donne accès à une population atteintes de handicap mental donc les enfants porteurs de handicap mental et de bien comprendre leurs conditions de vie avec ce handicap.

Notre objectif est de : Décrire le pronostic du développement du langage des enfants porteurs de handicap mental, de montrer l'utilité du pronostic orthophonique dans la prise en charge des enfants porteurs de handicap mental. Et de décrire les facteurs qui influencent le niveau du langage.

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

La première partie théorique qui comprend trois chapitres

#### Chapitre 01 intitulé : le handicap mental

Dans lequel nous avons commencé tout d'abord par la définition du handicap ou nous avons cité différentes définitions ; origine du mot handicap ; les types du handicap et on s'est approfondie sur le handicap mental en donnant définition du handicap mental et les repères historiques et terminologies ; le diagnostic Classification de l'OMS pour le handicap mental son Origine et étiologie mais aussi les manifestations du handicap mental et critères du diagnostic du handicap mental ainsi que les troubles et maladies associées à la déficience intellectuelle

Chapitre 02 intitulés : développement du langage oral chez les handicapés mentaux

Nous aborderons tout au long de ce chapitre la définition du langage oral, les fonctions du langage ; les aspects du langage ; les composantes du langage ainsi que le développement du langage chez un enfant normal et le développement du langage de l'enfant avec déficience intellectuelle

chapitre 03 intitulé : Le pronostic et la prise en charge orthophonique des enfants avec un handicap mental

On débute avec la définition du pronostic et on continue avec la définition du pronostic orthophonique ; cadre législative du pronostic médical ; cadre législatif du pronostic orthophonique ; mise en place du pronostic orthophonique ; le rôle du pronostic orthophonique dans la prise en charge ; les liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique et l'élaboration du pronostic en orthophonie ; l'actualisation du pronostic ; intérêts et limites du pronostic orthophonique on passe a la prise en charge orthophonique on commence par la définition de la prise en charge ; ensuite la définition de la prise en charge orthophonique après la définition de la prise en charge orthophonique des enfants en situation de handicap mental ensuite vient l'éducation précoce orthophonique des enfants en situation de handicap mental ; la prise en charge orthophonique précoce des enfants en situation de handicap mental et ces bénéfices sur le développement de l'enfant ; le rôle des parents dans la prise en charge de leurs enfants en situation de handicap mental ; la prise en charge pluridisciplinaire des enfants en situation de handicap mental

Et une première partie qui évoque la problématique et la formulation des hypothèses puis une seconde partie puis viens la seconde partie qui se compose de deux chapitres :

Chapitre 04 intitulés : cadre méthodologique de la recherche

Nous avons débuté notre chapitre par la définition de La pré-enquête et l'enquête, ensuite nous avons présenté notre méthode et le lieu de recherche, après nous avons présenté le groupe d'étude de notre recherche et les outils utilisé dans cette recherche (le test du bonhomme, l'observation, la Batterie épreuves d'évaluation du langage oral EEL).nous avons abordé en dernier lieu le déroulement de notre recherche (Partie théorique, Partie pratique).enfin nous concluons avec une synthèse.

Chapitre 05 intitulés : cadre pratique de la recherche

Dans ce dernier chapitre nous avons présenté les résultats des tests utilisées dans notre recherche ensuite nous avons analysé et interpréter ces résultats en dernier lieu nous avons discuté nos hypothèses pour les confirmer ou les infirmer

Nous avons clôturé notre recherche par une conclusion qui décrit le travail en général.



# **Partie théorique**

# Chapitre I :

## Le handicap mental

1. Définition du handicap
2. Origine du mot handicap
3. Les types du handicap
4. Le handicap mental
  - 4.1. Définition du handicap mental
  - 4.2. Repères historiques et terminologies
  - 4.3. Diagnostics
  - 4.4. Classification de l'OMS pour le handicap mental
  - 4.5. Origine et étiologies du handicap mental
  - 4.6. Les manifestations du handicap mental
  - 4.7. Les critères du diagnostic du handicap mental
5. Les troubles associées
6. Les maladies associées à la déficience intellectuelle

### 1-Le handicap :

On dénombre plusieurs définitions de handicap et parmi ses dernières on cite quelque unes :

Selon l'organisation mondiale de la santé

« Est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à s'occuper se trouve compromise. »  
(LIBERMAN R., 2003. p 36.)

Et selon M. Claude Hamonet qui donne deux définitions :

La première « Constitue une situation de handicap le fait, pour une personne, de se trouver, de façon durable, limitée dans ses activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation interactive entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées, d'une part, et, d'autre part, les contraintes de son cadre de vie.

Et la deuxième définition « Le handicap est la restriction des activités personnelles et/ou de la participation à la vie sociale qui résulte de la confrontation interactive entre, d'une part, les capacités d'une personne ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles durables, physiques, mentales, sensorielles (vue, audition) ou psychiques et, d'autre part, les contraintes physiques et sociales de son cadre de vie. » (HAMONET C., 2004.p82.)

### 2-Origine du mot handicap :

Le terme même de «handicap» est relativement récent. Ce mot vient de l'expression anglaise «hand in cap» qui signifie «la main dans le chapeau». Le

«hand in cap» signifie que, dans un combat à l'épée, un combattant ne se servait que d'une seule main, l'autre touchant le « chapeau» pour désigner l'échange de biens entre deux personnes pour établir une équité de valeur. Au XVIIIe siècle (18e siècle), l'expression s'est transformée en mot et s'est appliquée de plus en plus au domaine sportif. (Zardan N.,2016 .P 10).

Le handicap est alors devenu un désavantage que l'on donnait pour égaliser les chances des concurrents. Par exemple, dans les courses de chevaux, on impose aux meilleurs chevaux de porter un poids plus lourd ou de parcourir une distance plus longue pour rendre la course plus équitable. Au golf, le terme de «handicap» indique un classement de la personne et permet ainsi lors d'une compétition que chaque joueur, quel que soit son niveau, ait des chances de gagner. C'est en 1980 que le Britannique Philip Wood définit le terme handicap comme le désavantage d'un individu dans la société à cause d'une déficience ou d'une incapacité. » (Zardan N.,2016 .P 10).

Dans sa première classification, la CIH (Classification internationale des Handicaps) de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, organe de l'ONU) distinguait trois termes liés par une logique : l'incapacité, la déficience et le désavantage.

- L'incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales ;
- la déficience est une perte ou une altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique).
- le désavantage, induit par la déficience et l'incapacité, se manifeste par une limitation ou une impossibilité d'accomplir un rôle social normal.

Selon la CIH, le handicap était la résultante de ces trois éléments : déficience, incapacité et désavantage. On ne tenait pas suffisamment compte des éléments extérieurs. La personne portait toute la charge du handicap. (DSM5.,p

La classification actuelle est la CIF (Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) qui date de 2002.

Elle tient compte des aspects sociaux du handicap et fournit un mécanisme pour évaluer l'impact de l'environnement social et physique sur les fonctionnalités de la personne. Envisagé de la sorte, le handicap est le résultat de la confrontation entre les incapacités d'une personne et la société. Les dimensions sociétale et environnementale viennent compléter la seule analyse des lésions ou des incapacités de la personne, favorisant ainsi une vision dynamique de la personne. » (Winance M., 2008.p 381).

*Le handicap n'est donc plus un état, mais une situation résultant d'un processus*

### **3- Les types du handicap :**

#### **3.1. Handicap moteur :**

Atteinte totale ou partielle de la capacité du corps à se mouvoir, nécessitant une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Le handicap moteur peut signifier une atteinte partielle ou totale de la mobilité, de la préhension. Certaines déficiences peuvent entraîner des difficultés, telles que changer de position (debout ou assise), se déplacer, effectuer des gestes pour atteindre, saisir, prendre, manipuler ou encore parler ou écrire. Elles n'altèrent pas pour autant les capacités intellectuelles de la personne. Certaines infirmités motrices d'origine cérébrale ont pour résultat chez les personnes présentant ce genre de déficiences, des difficultés à contrôler leurs gestes et à s'exprimer, sans que leurs capacités intellectuelles soient altérées.

**3.2. Handicap sensoriel :**

Désavantage physique qui affecte le fonctionnement des organes sensoriels et atteints d'un ou plusieurs sens (souvent la vue et l'ouïe). Des séquelles traumatiques crâniennes peuvent aussi altérer le goût et l'odorat.

**3.3. Handicap psychique :**

Conséquence ou séquelle d'une maladie mentale sur les facultés d'adaptation sociale, altérant l'expression des capacités intellectuelles qui sont souvent normales ou supérieures à la moyenne. Maladie de la pensée ou de la personnalité. Difficulté à concentrer l'attention, angoissée, pensées obsessionnelles, les empêchent d'effectuer un tâche ou un travail qu'ils seraient capables de faire. Une thérapie adaptée peut réduire ou guérir ces perturbations.

Ex : schizophrénie, névroses, troubles bipolaires

**3.4. Handicap cognitif :**

Troubles des fonctions cognitives (lire, parler, mémoriser, comprendre), perceptives (voir, entendre) et motrices. Les fonctions d'acquisition, de traitement et d'intégration d'une information sont perturbées, ainsi que celles de mémorisation et d'apprentissage (stockage et rappel de l'information). La pensée et le raisonnement sont autant touchés que la communication et l'action. La scolarisation et l'insertion professionnelle et sociale sont donc difficiles. Ex : Trouble du langage (dyslexie, dysphasie, dyspraxie), de l'attention, de la mémoire.

**3.5. Polyhandicap :**

Déficiência mentale sévère associée à des troubles moteurs. L'autonomie, la perception, l'expression et le relationnel sont entièrement réduits. Paralysies, altérations sensorielles, déformation des membres et rachis faisant appel à du

matériel volumineux. Personnes gravement dépendantes, peu communicantes, souvent repliées sur elles-mêmes. Les crises d'épilepsie sont courantes.

### **3.6. Handicap mental :**

Développement intellectuel inférieur à la norme en fonction de l'âge physique, mesuré sur l'aptitude à manier des concepts abstraits et à faire face à des situations compliquées. Le handicap mental est une réduction des facultés intellectuelles qui prend des formes très variables. Caractérisée par une lenteur de compréhension, un faible contrôle de l'affectivité, un développement psychologique plus ou moins perturbé associé à des difficultés d'ordre spatio-temporel. Selon le degré de handicap, léger ou plus lourd, la personne présentera un degré d'autonomie plus ou moins important et aura besoin d'une attention plus ou moins prévenante.

## **4. Le handicap mental :**

### **4.1 .Définition du handicap mental :**

Le concept de handicap mental, également reconnu sous le nom de déficience intellectuelle, retard mental ou encore arriération mentale, Il existe de nombreuses définitions du handicap mental. (Of Mental Disorders).

#### **A- La CIM-11, définit la déficience intellectuelle comme étant**

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

B- **La définition de la DI selon le DSM-5** (American Psychiatric Association), était

« Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI d'environ 70 ou au-dessous pour un test de QI passé de façon individuelle). Des déficits concomitants ou des altérations du fonctionnement adaptatif doivent concerner au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. Ces déficits ou altérations doivent avoir débuté avant l'âge de 18 ans ». Le DSM-5 utilise le terme « déficience intellectuelle », mais il mentionne aussi le terme « trouble du développement intellectuel ». Dans cette définition, il s'agit d'un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques, débutant pendant la période développementale (DSM-5, p. 33).

Le terme diagnostique « déficience intellectuelle » est équivalent au terme diagnostique « trouble du développement intellectuel » qui est utilisé dans la CIM-11. Bien que le terme déficience intellectuelle (intellectual disability) soit utilisé dans l'ensemble du DSM-5, les deux termes apparaissent dans le titre pour clarifier leurs relations avec les autres systèmes de classification.

Dans le DSM-5, les trois critères suivants doivent être présents pour le diagnostic :

- présence de déficits touchants des fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience.



Ces déficits sont confirmés par une évaluation clinique ainsi qu'une évaluation intellectuelle individualisée et standardisée ;

- présence de déficits du fonctionnement adaptatif qui entraînent une incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socioculturelles d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans soutien, les déficits d'adaptation limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que la communication, la participation sociale, les habiletés de vie autonome dans divers environnements, à domicile, dans le milieu scolaire, au travail ou dans la communauté ;
- les déficits touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître pendant la période développementale.

C- La **définition officielle de la DI selon l'AAIDD** (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) est : « La déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. » (AAIDD., 2010.p49).

Les postulats suivants font partie intégrante de la définition, ils clarifient le contexte et indiquent comment la définition doit être appliquée :

- les limitations dans le fonctionnement à un temps donné doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel ;
- une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne, ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication ;

- chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces ;
- la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil du soutien requis ;
- si la personne présentant une déficience intellectuelle reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer. (Déficience intellectuelle ; collection expertise)

## **4.2. Repères historiques et terminologie**

### **4.2.1. De l'Antiquité au XIXe siècle**

Au cours de l'Antiquité puis du Moyen-âge, les personnes déficientes intellectuelles sont considérées comme « faibles d'esprit » et rejetées par la société : elles sont souvent enfermées dans des conditions terribles. Ce n'est qu'à partir du siècle des Lumières que naît un état compassionnel envers ces individus, grâce à certains philosophes comme Diderot qui posent la question de leur éducatibilité. À cette même période, la Déclaration des droits de l'Homme de 1789 proclame tous les êtres humains libres et égaux en droits.

Dans les faits cependant, de nombreuses personnes déficientes restent détenues dans des prisons ou des asiles. Au XIXe siècle, des pionniers tels qu'Itard et Seguin, médecins, vont considérablement faire évoluer les mentalités en tentant de répondre à la problématique de l'éducatibilité des enfants dits

« Débiles » à cette époque. Itard rédige les premiers travaux concernant la prise en charge d'un enfant déficient : Victor, « l'enfant sauvage ». Seguin, de son côté, va développer une méthode d'éducation appropriée « aux jeunes idiots et jeunes imbéciles ».

Il émigre ensuite aux États-Unis et va devenir le premier Président de l'Association of Medical Officers of American Institutions for idiotics and

Feeble-minded persons, aujourd'hui devenue la célèbre AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities). (Carlier., 2007.p37).

#### **4.2.2. L'évolution au XXe siècle :**

Les travaux de ces personnalités et de bien d'autres contribuent à ce que l'Etat se soucie de tous les enfants. Les lois de Jules Ferry en 1882, qui prônent l'école laïque pour tous, vont ainsi poser la question de leur application aux enfants « anormaux ». Sur demande de l'Éducation nationale, les psychologues Binet et Simon vont alors mettre au point une échelle psychométrique permettant de classer les élèves en distinguant ceux dits « anormaux d'école » qui seront placés dans des classes de perfectionnement, de ceux qualifiés d' « anormaux d'asile » ,car non éducatibles donc exclus du système scolaire. C'est ainsi que se voit réalimentée la théorie de l'inéluctabilité des enfants les plus déficients, qui continueront à être placés dans des asiles d'« aliénés » (établissements qui deviendront les hôpitaux psychiatriques en 1936) et ce jusque dans les années 1960 (Chapireau., 1997.p15).

C'est à cette période que de grandes associations parentales telles que l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) voient le jour et se battent pour la multiplication d'établissements d'éducation, notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle. Elles contribuent également à la prise en charge par la sécurité sociale des séjours dans ces structures et s'attèlent à changer le regard porté par la société sur les enfants déficients intellectuels.

Ces associations participent activement à l'élaboration de la loi du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées. Cette loi régit les institutions sociales et médico-sociales accueillant ces personnes et pose une obligation non pas scolaire, mais éducative. Notons que pour la première fois est mis en avant

le concept de handicap, qui va devenir peu à peu un véritable enjeu de santé publique. Les travaux de réflexion à ce sujet contribuent ensuite à l'élaboration d'une loi sur l'égalité des chances en février 2005. Cette dernière renforce notamment les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés : elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile et à un parcours scolaire continu et adapté.

Nous observons ainsi une évolution positive de la prise en charge de ces personnes présentant une déficience intellectuelle, qui tient désormais compte de leurs besoins éducatifs, thérapeutiques et sociaux. (Carlier., 2007.p 95).

#### **4.2.3. La terminologie actuelle :**

La terminologie s'est bien modifiée depuis le XIXe siècle où la déficience intellectuelle était désignée par le terme d' « arriération mentale » et les individus qualifiés de « débiles », « idiots » ou encore « crétins » selon leur niveau de déficience. Les termes employés ont encore fréquemment évolué ces dernières années afin d'éviter d'être dévalorisants. En effet « certains mots, tombés dans le langage courant, sont devenus stigmatisants alors qu'ils ne l'étaient pas forcément au début de leur usage». (Carlier., 2007).

Ainsi, à l'heure actuelle, plusieurs systèmes de classification adoptent des termes différents. La CIM 11 (Classification internationale des Maladies) publiée par l'OMS emploie le terme de « retard mental ». En revanche, l'Association américaine de Psychiatrie, qui a publié en mai 2013 le DMS-5 (5e édition de leur manuel diagnostic), parle désormais de « déficience intellectuelle » et non plus de « retard mental ». Il en est de même pour l'AAIDD.

**4.3. Le diagnostic :****4.3.1. Selon la CIM-11**

La CIM-10 ne mentionne pas d'instructions opérationnelles spécifiques pour le diagnostic.

À partir de la CIM-10, le diagnostic est fait de façon clinique (selon un jugement professionnel de l'examineur).

**4.3.2. Selon DSM-5**

Selon le DSM-5, le diagnostic repose sur 3 critères. L'application de ces critères implique des postulats cliniques, la définition comporte quelques renseignements pour l'application de ces postulats :

- Déficits des fonctions intellectuelles, comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique, l'apprentissage par l'expérience et la compréhension pratique, confirmés à la fois par des évaluations cliniques et par des tests d'intelligence personnalisés et normalisés.

Le fonctionnement intellectuel est mesuré au moyen de tests d'intelligence personnalisés, exhaustifs et adaptés à la culture, tout en étant validés et rigoureux sur le plan psychométrique. Critère : deux écarts-types ou plus sous la moyenne de la population, y compris une marge d'erreur de mesure (en général  $\pm 5$  points), un résultat de 65-75 ( $70 \pm 5$ ).

- Présence de déficits du fonctionnement adaptatif à partir de l'interprétation du résultat de mesures normalisées et des entretiens qui doit reposer sur le jugement clinique. Le fonctionnement adaptatif peut être difficile à évaluer dans des environnements contrôlés, il faut obtenir des renseignements corroborant qui reflètent le fonctionnement à l'extérieur de ces environnements. Critère : au

moins un domaine (conceptuel, social ou pratique) du fonctionnement adaptatif suffisamment affaibli pour que la personne ait besoin de soutien lui permettant de participer à un environnement scolaire, au travail, à la maison ou à la communauté.

- Apparition de déficits intellectuels et adaptatifs durant la période développementale. Ce critère reflète la présence des déficits intellectuels et adaptatifs durant l'enfance ou l'adolescence. Le DSM-5 ne mentionne pas un âge spécifique (Déficience intellectuelle ; collection expertise)

#### **4.3.3. Selon AAIDD :**

Selon l'AAIDD, le diagnostic de la DI est fait à partir de 3 critères :

- limitations significatives du fonctionnement intellectuel : un QI33 inférieur à environ deux écarts-types sous la moyenne, si on prend en considération l'erreur type de mesure des instruments utilisés ainsi que leurs forces et limites ;
- limitations significatives du comportement adaptatif : performance selon une mesure standardisée du comportement adaptatif, normalisé en regard de la population générale, qui est approximativement à deux écarts-types sous la moyenne, soit dans l'une des trois dimensions (habiletés conceptuelles, sociales, pratiques), soit d'un score général d'une mesure standardisée ;
- âge d'apparition : avant 18 ans.

Dans l'application de ces critères, on doit prendre en considération les 5 postulats déjà mentionnés plus haut.( Déficience intellectuelle ; collection expertise )

**4.4. Classification de l'OMS pour le handicap mental :**

Elle fait référence à la classification internationale des maladies, qui définit les degrés de retard mental, classés en fonction du quotient intellectuel QI.

D'après (GUESSAIBIA Nadia, 2012) Le quotient intellectuel est le résultat d'un test psychométrique qui, lorsqu'il est corrélé avec les autres éléments d'un examen psychologique, entend fournir une indication quantitative standardisée liée à l'intelligence abstraite. La construction des tests de QI est totalement empirique, le résultat est considéré comme simplement indicatif de difficultés cognitives de l'enfant. La première version date de 1949.

Le QI moyen dans la population générale est, par définition, de 100. On parle de déficience intellectuelle lorsque le QI est inférieur à 70.

Certains auteurs utilisent le terme de Retard mental, tandis que d'autres préfèrent celui de déficience intellectuelle ou déficience mentale. La classification de l'OMS

(CIM-11), distingue quatre degrés dans la déficience mentale, évaluée par la mesure du QI :

**a- Déficience mentale profonde (QI < 20) :**

- ✚ Représente 1 à 2 % de l'ensemble des handicaps mental.
- ✚ Graves difficultés dans le développement moteur (tenue assise, marche), dans l'autonomie élémentaire (alimentation, propreté) et dans les capacités de communication non verbale parfois réduite à des expressions mimiques, au regard, au changement de comportement en fonction des personnes et des stimulations reçues.
- ✚ Il n'y a pas de communication verbale.

- ✚ Ils peuvent progresser très lentement dans les domaines élémentaires grâce à un environnement structuré spécialisé : motricité, communication non verbale, relation affective

### **b- Déficience mentale sévère (QI : 20 - 34)**

- ✚ Représente 3 à 4 % de l'ensemble des handicaps mental.
- ✚ Les troubles sont manifestes dès les premiers jours avec un retard de l'éveil et une perturbation globale des grandes fonctions.
- ✚ Par la suite les acquisitions s'effectuent avec un grand décalage dans les grands domaines de la vie quotidienne : alimentation, propreté sphinctérienne, habillage et toilette, déplacements simples.

Les difficultés du développement du langage sont majeures. L'acquisition d'un langage simple est possible. Il n'y a pas d'accession au langage écrit, sinon la reconnaissance de certains mots. Dans leur enfance et leur adolescence, ils bénéficient des échanges sociaux ordinaires, mais les acquisitions nécessitent une éducation spéciale.

### **c- Déficience mentale modérée (QI : 35 - 49)**

- ✚ Représente 10 % de l'ensemble des handicaps mental.
- ✚ Les troubles se manifestent plus précocement, dès la 1re année, avec un décalage dans le développement moteur (tenue de la tête, position assise et debout, apparition de la marche), relationnel (lenteur dans les interactions) et dans les capacités de communication non verbale et verbale.
- ✚ Retard important dans l'apparition des premiers mots. En général, la maîtrise d'un langage verbal simple est acquise, mais avec retard, celle du langage écrit est inconstante et ne dépasse pas le niveau du Cours préparatoire.
- ✚ Les apprentissages concrets et la maîtrise des relations sociales, ainsi que l'accès à une autonomie dans les actes de la vie quotidienne sont



possibles, mais lents, le jugement est déficient, le contrôle émotionnel fragile.

**d- Déficience mentale légère (QI : 50 - 69)**

- ✚ Représente 85 % de l'ensemble des handicaps mental.
- ✚ Les troubles ne sont pas habituellement manifestés dans les 2 premières années où le développement apparaît satisfaisant à l'exception d'un retard modéré dans la chronologie des grandes acquisitions psychomotrices et surtout langagières.
- ✚ L'adaptation à l'école maternelle, au moins jusqu'à 5 ans, est correcte.
- ✚ C'est au moment des acquisitions scolaires, entre 5 et 8 ans, que les problèmes apparaissent progressivement : les apprentissages sont possibles, mais ralentis pour la richesse du langage verbal, la lecture et l'écriture, le repérage temporo-spatial, premières données mathématiques. Il existe une suggestibilité, une dépendance d'autrui importante, une "immaturité (Déficience intellectuelle ; collection expertise)

**Tableau n 01 : Classification des niveaux de gravité de la DI**

Niveau de gravité de la DI	DSM- IV TR en termes de QI	CIM-11 en termes de QI (âge mental)	En général en termes d'écarts-types
Léger	50-55 à 70	50 à 69 (9-12 ans)	Entre -2 et -3
Modérée	35-40 à 50-55	35 à 49 (6-9 ans)	Entre -3 et -4

Sévère	20-25 à 35-40	20 à 34 (3-6 ans)	Entre -4 et -5
Profonde	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20 (- 3 ans)	Inférieur à -5

#### 4.5. Origines et étiologies de la déficience mentale

Certains préjugés entourent encore l’origine de la déficience mentale, en réalité, les raisons de la survenue d’un handicap sont diverses, et certaines restent inconnues. Les causes possibles ne produisent d’ailleurs pas toutes leurs conséquences au même moment du développement de la personne. Les origines de la déficience mental peuvent être diverses. Dans 55 % des cas, elles restent inconnues.

Un grand nombre de handicaps mentaux soit 27%, ont une cause génétique. On distingue les anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21, dont la récurrence au sein d’une même famille reste faible, des maladies génétiques telles que le X fragile, considérées comme héréditaires. En dehors de causes génétiques, un handicap mental peut être la conséquence d’un ou de plusieurs facteurs environnementaux (18%), telles que les maladies infectieuses, les intoxications, la malformation cérébrale ou certains accidents pendant la grossesse ou au moment de la naissance (GUESSAIBIA N ., 2012.P 24).

- ✚ à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine...);
- ✚ durant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...);
- ✚ à la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...);
- ✚ après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, noyades, asphyxies...).

Les étiologies sont très nombreuses et leur fréquence diffère selon la sévérité de la déficience. Ainsi, on distingue principalement :

- ✚ Les étiologies inconnues : elles représentent 33% des déficiences intellectuelles légères et 50% des déficiences moyennes à profonds.
- ✚ Les étiologies génétiques : elles représentent 16% des déficiences légères et 31% des déficiences moyennes à profonds. Précisons qu'il n'existe pas un gène de la déficience intellectuelle, mais que « de nombreuses anomalies génétiques sont susceptibles de provoquer indirectement des désordres dans l'organisation fonctionnelle de l'encéphale » (Broca, 2013).
- ✚ Les pathologies acquises pendant les périodes pré, péri et post natales représentent 35% des déficiences intellectuelles (tous degrés de sévérité confondus). La grande prématurité entraîne notamment une déficience intellectuelle dans 5 à 15% des cas.
- ✚ Le facteur environnemental est également à prendre en compte, car certaines causes spécifiques de déficience intellectuelle « sont malheureusement exacerbées par un contexte social inadéquat » (Juhel, 2010).

Il semblerait même que 4 à 12% des déficiences intellectuelles légères soient dues à une carence culturelle ; ces déficiences seraient réversibles lorsque l'enfant est placé dans un milieu éducatif favorable (Chevrie-Muller, 2007)

### **4.6. Le tableau clinique du handicap mental :**

#### **4.6.1. La capacité de discrimination visuelle**

Les enfants DI sont lents à réagir et à percevoir les stimuli environnementaux. Ils ont des difficultés à distinguer de petites différences de forme, de taille et de couleur.

**4.6.2. La cognition :**

La capacité d'analyse, de raisonnement, de compréhension et de calcul, ainsi que la pensée abstraite, est souvent altérée à un degré plus ou moins important, selon le niveau de sévérité du retard intellectuel. Les enfants avec une DI légère sont capables de lire et compter, de la même façon que le ferait un enfant de 9-12 ans au développement normal (Daily et al, 2000). Les individus avec DI sévère ou profond n'ont pas la capacité de lire, calculer ou même comprendre ce que d'autres individus peuvent leur dire.

**4.6.3. La Concentration et mémoire :**

La capacité à se concentrer est moindre et réduite. De façon générale, la mémoire est très pauvre, ils sont lents à se rappeler, et leurs souvenirs sont souvent imprécis.

**4.6.4. L'émotion :**

Les émotions sont naïves et immatures, mais peuvent s'améliorer avec l'âge. Les capacités de self-control sont limitées, et l'impulsivité et les comportements agressifs sont fréquents. Certains peuvent être timides, en retrait.

**4.6.5. La motricité et comportement :**

Les enfants DI manquent souvent de coordination, peuvent être maladroits ou agités. Des mouvements stéréotypés (balancements, se cogner la tête, morsures, cris, effilochage de vêtements, tirer les cheveux, manipulation des parties génitales) sont fréquents chez les patients avec DI sévère. La destructivité, l'agressivité ou la violence peuvent aussi être observées. Les comportements automutilatrices (comme les coups ou morsures auto portés) peuvent survenir chez les patients avec DI modérée et sévère.

**4.6.6. Le langage :**

Les enfants DI ont généralement un développement langagier retardé et éprouvent des difficultés pour s'exprimer. Le degré de sévérité varie avec le niveau de sévérité du retard intellectuel. Les enfants avec DI légère ont des compétences langagières légèrement appauvries comparées à des enfants au développement normal. Les enfants avec DI sévère et profonde n'ont pas du tout accès à la parole, ou alors de façon très limitée. (Étude sur la déficience intellectuelle de Xiaoyan K., 2012 .p 6).

**4.7. Les critères du diagnostic du handicap mental**

Le diagnostic d'une pathologie handicapante n'est pas toujours établi à la naissance.

Aussi, dès l'apparition de signes évoquant un retard de développement d'un enfant, il est primordial de prendre contact avec les acteurs du dépistage qui pourront éventuellement faire un diagnostic, mais surtout envisager une prise en charge

Une rencontre précoce avec les professionnels du secteur est non seulement importante pour l'épanouissement de l'enfant, mais également pour son entourage qui a généralement besoin d'apaisement, mais aussi de trouver des réponses à ses questions. La découverte d'un handicap peut avoir lieu plusieurs semaines, voire plusieurs mois après la naissance de l'enfant. Il intervient lorsque ses parents ou son entourage, crèche, nourrice, école maternelle ou encore pédiatre, remarquent un certain retard dans son développement.

L'enfant n'évolue pas comme son ou ses frères et sœurs. Il a un comportement qui déstabilise les autres enfants, il n'est pas propre, il ne parle pas, il est coléreux, il ne veut pas s'intégrer, il est amorphe, il ne manifeste aucun intérêt pour le jeu, les difficultés de langage, de compréhension des ordres

simples, d'appréciation de l'environnement et des situations, la lenteur de réaction.

Les signes du handicap peuvent être divers. Quand ces signes persistent et commencent à inquiéter, les parents peuvent se tourner vers les organismes spécialisés, sur conseil de leur médecin.

Dans la majorité des cas, l'origine du handicap peut être identifiée. D'autres fois, des examens médicaux complémentaires sont nécessaires.

Diagnostiquer les difficultés d'un enfant dès son plus jeune âge est souvent important pour son avenir. C'est une condition de progrès, notamment pour les enfants souffrant de troubles du comportement ou de la communication, par exemple ceux qui présentent un syndrome autistique.

Bien sûr, le diagnostic n'est pas toujours immédiat. De plus, il n'est pas toujours possible de mettre un nom sur un trouble. Mais l'identification d'une pathologie peut permettre la mise en œuvre d'actions éducatives et thérapeutiques qui seront autant d'occasions supplémentaires d'observer l'enfant et de préciser la nature de ses troubles. Diagnostiquer les difficultés d'un enfant permet de mettre en place des actions pour l'aider à progresser, pour apaiser ses éventuelles angoisses et celles de son entourage et aussi pour favoriser son épanouissement.

Le diagnostic est donc la première évaluation qui permet aux professionnels de proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés.

Pour les familles, un diagnostic précoce permet de mettre des mots sur un symptôme qui peut être repéré depuis un certain temps, parfois mal interprété. Cela leur permet de mieux comprendre l'attitude et les façons de faire de leur enfant (Azzi I., 2017.p 22).

**5. Les troubles associés :**

La déficience intellectuelle a principalement des incidences sur le langage, les capacités cognitives, le comportement et les capacités motrices du sujet. Les profils sont très variés, car les troubles sont fonction, entre autres, du degré de sévérité de la déficience et de son étiologie.

**5.1. Les troubles du langage**

Tous les sujets porteurs de déficience intellectuelle « présentent à des degrés divers un retard général sur le plan de la communication et du langage ». Ce retard porte sur les différents domaines du langage : phonologique, sémantique, morphosyntaxique et pragmatique. L'accès à la parole et au langage peut même être gravement compromis chez certaines personnes.

Dans le cas d'une déficience non diagnostiquée à la naissance, les troubles langagiers représentent souvent le premier motif de consultation pour les parents et sont un signe d'alarme pour les professionnels (Broca, 2013)

**5.1.1. L'émergence du langage :**

Un retard peut être constaté dans les premières interactions sociales ainsi que dans les activités protolangagières telles que le babillage canonique. Concernant le développement phonologique, il suit le même ordre que celui des enfants tout venant, mais il est également souvent retardé (Chevrie-Muller., 2007).

**5.1.2. Les troubles de la parole**

Les difficultés articulatoires sont très fréquentes puisqu'elles présentent dans 60 à 90% des déficiences moyennes à profonds. Certains sujets peuvent également souffrir de troubles de la phonation et/ou du débit ; cela peut être dû, entre autres, à des problèmes physiologiques ou anatomiques (Rondal, 2009).

**5.1.3. Les troubles du langage sur les plans sémantique et morphosyntaxique**

Les troubles du langage ont été étudiés de façon assez précise et détaillée chez les personnes porteuses de trisomie 21. En effet, les personnes présentant ce syndrome sont nombreuses (25% des déficiences moyennes à profondes ont pour étiologie la trisomie 21), et le diagnostic étant fait à la naissance, davantage d'études ont été réalisées. En revanche, le développement langagier chez les personnes ayant une déficience intellectuelle non syndromique a fait l'objet de beaucoup moins de travaux.

D'une manière générale, on sait que sur le plan morphosyntaxique, l'évolution est très lente et fréquemment incomplète : l'expression reste en général élémentaire, et la compréhension des relations syntaxiques insuffisante. Ces difficultés sont dues notamment à un manque de généralisation des règles. La compréhension au niveau du mot est meilleure, mais une pauvreté du vocabulaire est souvent mise en exergue.

Certains sujets déficients intellectuels peuvent présenter des capacités langagières « exceptionnelles » sur les plans phonologique et morphosyntaxique, malgré des aptitudes intellectuelles nettement inférieures à la moyenne. On souligne donc qu'il existe une spécificité des domaines impliqués : la cognition générale d'un côté, et les aspects formels du langage de l'autre. Ainsi, une véritable dissociation doit être faite entre le retard cognitif et le retard linguistique. (Rondal, 2009).

**5.1.4. Les troubles de la communication**

Les aspects suivants sont habituellement source de grandes difficultés pour les sujets porteurs de déficience intellectuelle :



- ✚ Les éléments relevant de l'acte illocutoire (valeur de l'énoncé) : faire la différence entre un ordre, une question et un conseil par exemple.
- ✚ Le maniement et la compréhension des moyens discursifs référentiels (anaphores, articles indéfinis, formes pronominales, etc.).
- ✚ La prise en compte des informations contextuelles pour comprendre un énoncé, notamment lorsqu'il y a une ambiguïté.
- ✚ Le maintien d'un thème de conversation sans ambiguïté.
- ✚ L'ajustement au fur et à mesure de la conversation aux réponses de l'interlocuteur (Chevrie-Muller, 2007)

### 5.2. Les troubles cognitifs

Les différents processus pouvant être déficitaires dans la déficience intellectuelle :

- le traitement perceptif et cognitif des stimuli sensoriels ainsi que les discriminations perceptives
- L'attention
- L'identification de buts ou objectifs
- La planification de comportements ou de séquences
- L'inhibition de stimuli distracteurs, d'actions motrices ou de comportements
- La flexibilité cognitive
- La sélection d'une réponse efficace
- La mémoire à court terme et la mémoire de travail
- Le transfert et la généralisation

Des particularités dans le traitement de l'information sociale (notamment la compréhension des émotions) sont également mises en évidence. Tout cela est à mettre en lien avec les troubles du langage décrits précédemment et a un impact sur les apprentissages scolaires. (Broca ., 2013)

### **5.3. Troubles du comportement**

La personne déficiente intellectuelle peut être confrontée à des moyens de communication qu'elle ne comprend pas, ce qui peut engendrer de l'anxiété, de la frustration voire de la violence. Des troubles du comportement peuvent également apparaître lorsque la personne éprouve des difficultés à se faire comprendre de son entourage.

Il a été mis en évidence que la sévérité des troubles du comportement est fortement corrélée au degré de déficience intellectuelle : plus cette dernière est sévère et plus les troubles du comportement risquent d'être importants

Par ailleurs, les troubles du comportement peuvent également être liés à des troubles psychiatriques. Ces troubles psychiatriques affectent le comportement des individus, mais ceci n'est pas en lien avec leur intelligence. Ces troubles psychiatriques, qualifiés de « handicaps psychiques », sont à distinguer du « handicap mental » qui fait référence à la déficience intellectuelle. Ces deux phénomènes ne doivent donc pas être confondus bien qu'ils puissent être associés chez un même sujet.

Toutefois, établir un diagnostic concernant la santé mentale des personnes porteuses de déficience intellectuelle n'est pas toujours évident, car elles traduisent souvent leurs malaises par des troubles du comportement, faute de pouvoir les exprimer autrement (Juhel., 2010.p 19)

**6. Les maladies associées à la déficience intellectuelle****6.1. La Trisomie 21**

La trisomie 21, également connue sous le nom de syndrome de Down, est une maladie chromosomique causée par la présence d'un troisième exemplaire du chromosome 21, impliqué dans le développement du corps et du cerveau. Ce syndrome a d'abord été décrit par le médecin britannique John Langdon Down et la cause a été identifiée en 1959 par Jérôme Lejeune.



L'incidence du syndrome de Down est d'environ 1 pour 1000 naissances et est influencée par l'âge de la mère. Les femmes de 35 ans et plus sont significativement plus à risque.

Le syndrome de Down peut être diagnostiqué par une analyse chromosomique, en pré ou en postnatal, en fonction de laquelle on peut définir 4 sous types : trisomie 21, mosaïque, translocation, et duplication d'une portion du chromosome 21

Les aspects cliniques du syndrome de Down comprennent

Retard intellectuel habituellement léger ; ces patients sont sociables.

Morphotype caractéristique, incluant une brachycéphalie, épicanthus, fentes palpébrales obliques, strabisme, taches blanches sur l'iris (dites de Brushfield), racine du nez peu marqué, implantation basse des pavillons d'oreille, macroglossie et béance buccale, cou court, brachydactylie, clinodactylie du 5e doigt, atypicité des empreintes digitales, grand écart entre les deux premiers orteils. Troubles de la croissance tels que petite taille, membres courts et laxité ligamentaire.

Ces aspects sont souvent associés à diverses pathologies somatiques, comme les maladies cardiaques congénitales, atrésie du duodénum, hypoacousie, troubles ophtalmologiques, hypothyroïdie, démence précoce, et leucémie.

Le syndrome de Down peut être détecté lors de la surveillance prénatale. Le bilan classique inclut : (a) les dosages de l'alpha foetaux protéine (AFP) dans le sérum maternel, de l'hormone chorionique gonadotrope humaine (hCG), oestradiol non conjugué et l'inhibine A (INHA 1) à 15-20 semaines de grossesse ; (b) échographie foetale à la recherche d'une épaisseur nucale, avec mesure dans le sérum maternel des beta hCG libres et des protéines A du plasma associées à la grossesse (PAPPA) à 10- 13,5 semaines de grossesse ; ou en combinant (a) et (b). Pour les familles présentant un risque élevé de syndrome de Down, un test diagnostique plus invasif, tels que l'amniocentèse, le prélèvement de villosités choriales, ou le prélèvement percutané de sang de cordon ombilical, réalisables en fin de premier trimestre ou en début de second trimestre, s'avèrent être les examens les plus précis. (Xiaoyan K .,2012.p 8)

### 6.2.Syndrome de l'X-Fragile : Le syndrome de l'X-

Fra (aussi connu sous le nom de syndrome de Martin-Bell et syndrome d'Escalante) est une maladie liée à l'X. C'est une des pathologies génétiques la plus fréquemment associées aux déficiences intellectuelles. Ce syndrome est également associé à l'autisme. Martin et Bell ont décrit pour la première fois ce désordre en 1943 et Herbert Lubs a identifié un site fragile sur le chromosome X en 1969.



Le syndrome de l'X-Fra est caractérisé par l'expansion de la répétition du tri nucléotide CGG (200 copies), situé côté 5' de la région non traduite du gène X

ID 1 (FMR1), gène localisé sur la bande q27.3 du bras long du chromosome X (Xq27.3), ce qui inhibe la transcription du gène.

L'incidence est d'un cas pour 2000-5000 personnes et elle est 30 % plus fréquente chez l'homme que chez la femme (Hessl et al, 2002 ; Ridaura-Ruiz et al, 2009). Le syndrome de l'X-Fra est une pathologie dominante liée à l'X, avec une expression variable et une pénétrance incomplète, syndrome largement transmis par la femme, mais qui affecte davantage les hommes, car ces derniers ont normalement une seule copie du chromosome X. (Xiaoyan K., p 9)

Les signes cliniques du syndrome de l'X-Fra varient de léger à sévère dans les domaines physiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux. Généralement, les femmes ont une forme moins sévère de la maladie que les hommes. Le phénotype physique comprend une face allongée et étroite, avec un front proéminent et des oreilles protubérantes, hyper laxité ligamentaire associée à une dysplasie du tissu conjonctif, pieds plats, macro orchidie après la puberté chez l'homme. Les individus porteurs du syndrome de l'X-Fra ont habituellement des déficits cognitifs – QI variant de normal ou limite à très bas – tels que des difficultés dans la mémoire de travail, les fonctions exécutives, les capacités mathématiques et visuo spatiales. Le retard de langage est évident très rapidement. Les troubles émotionnels et comportementaux sont fréquents, incluant l'anxiété et les troubles de l'humeur, certains des caractéristiques des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs (exemple : actions ou phrases répétitives), comportements agressifs ou auto mutilations, et un caractère difficile. Le syndrome de l'X-Fra est fréquemment retrouvé comme cause de l'autisme. Des troubles neurologiques comme l'épilepsie sont également retrouvés. De plus, les personnes porteuses de la permutation (répétition de CGG de 55 à 200 fois) sont symptomatiques, et caractérisés par des troubles légers de l'apprentissage, des problèmes émotionnels, une insuffisance ovarienne précoce, et un trouble neurodégénératif

appelé syndrome tremblement-ataxie lié à une permutation de l’X-FRA, retrouvé chez les sujets âgés. (Xiaoyan K., p 9)

### **6.3.Phénylcétonurie**

La phénylcétonurie (PCU) est un trouble autosomique récessif découvert par le médecin norvégien Ivar Asbjørn Følling en 1934. La PCU est causée par des mutations du ou des gènes de la phénylalanine hydroxylase (PAH) codant pour les enzymes impliqués dans la synthèse ou le recyclage du cofacteur tetrahydrobipopterine (BH4). Il en résulte à un dysfonctionnement du métabolisme de la phénylalanine, conduisant à un excès de phénylalanine et de ses métabolites dans le sang, le liquide cérébro-spinal et les urines. L’augmentation de la concentration de phénylalanine dans le cerveau est toxique et peut perturber le fonctionnement neuropsychologique. La prévalence de la phénylcétonurie varie énormément dans le monde, pour des raisons ethniques et sociales (par exemple, fonction de la fréquence de consanguinité).

(Xiaoyan K., 2012.p12).

### **6.4.Hypothyroïdie congénitale**

L’hypothyroïdie congénitale est une maladie endocrinienne causée par une déficience en hormone thyroïdienne à la naissance. Elle peut être classée en « permanente » ou « transitoire». L’hypothyroïdie congénitale permanente est généralement associée à une dysgénésie de la thyroïde, la dysfonction de la synthèse et du métabolisme des hormones thyroïdiennes, ou à la déficience de l’hormone de stimulation de la thyroïde (TSH), alors que l’hypothyroïdie congénitale transitoire est due à une carence en iode, a la prise de traitements anti thyroïdiens par la mère, ou bien des anticorps maternels qui bloquent les récepteurs à la thyrotropine.

L'hypothyroïdie congénitale est diagnostiquée par le dosage sanguin de la TSH, avec soit la T4 libre, soit la T4 et la T3 sériques libres. En fonction d'abaques rapportés à l'âge, l'hypothyroïdie congénitale primaire est confirmée par une valeur de TSH élevée et la T4 (libre ou totale) normale ou basse, tandis que l'hypothyroïdie congénitale secondaire (centrale) est probable si la T4 (libre ou totale) est basse avec une TSH normale. (Xiaoyan K., 2012.P12).

### 6.5.Syndrome de Prader-Willi

Le syndrome de Prader-Willi est un trouble génétique peu fréquent du chromosome 15q11-13. Il a été décrit pour la première fois par Andrea Prader et Heinrich Willi en 1956. Les symptômes comprennent une hypotonie musculaire, un trouble des conduites alimentaires, une petite taille, un développement génital incomplet, des déficiences cognitives, et une sensation chronique de faim pouvant mener à une boulimie et à une obésité.



. Les individus atteints d'un syndrome de Prader-Willi sont à risque d'avoir des troubles de l'apprentissage et d'attention. Les recherches suggèrent que la plupart de ces individus ont une intelligence qui varie de normale à basse habituellement, le syndrome de Prader-Willy est diagnostiqué à partir de signes cliniques, mais peut désormais être diagnostiqué à l'aide de tests génétiques. Le syndrome de Prader-Willi n'a pas de traitement. Un diagnostic précoce permet une prise en charge précoce. (Xiaoyan K., 2012.13)

### 6.6.Syndrome d'Angelman

Le syndrome d'Angelman est un trouble génétique complexe caractérisé par un retard intellectuel et développemental, de sévères troubles du langage,

une épilepsie, une ataxie, des battements des mains, et un comportement joyeux et excité avec des sourires et des rires fréquents. Harry Angelman a été le premier à décrire ce syndrome en 1965.

Le syndrome d'Angelman est causé par la perte de matériel génétique maternel normal d'une région du chromosome 15, souvent dû à une délétion d'une partie de ce chromosome. Le diagnostic repose sur une combinaison de signes cliniques, de tests de génétiques moléculaires ou analyses cytogénétiques. (Xiaoyan K., 2012.14).

### 6.7.Galactosémie

La galactosémie est une pathologie autosomique récessive associée à une dysfonction d'enzymes qui convertissent le galactose en glucose, conduisant à une accumulation toxique de galactose dans le sang et dans les tissus, ce qui entraîne des déficiences intellectuelles et des lésions organiques. Cette maladie a été décrite dès 1917 par Goppert, et Herman Lalckar a identifié le trouble du métabolisme du galactose en 1956.

Selon le type d'enzyme atteinte, la galactosémie peut être classifiée en trois types :

- Type I : galactosémie classique, due à un déficit en galactose-1-phosphate uridyltransférase (GALT)
- Type II : déficit en galactokinase (GLK)
- Type III : déficit en UDP-galactose épimérase (GALE).



Le diagnostic de galactosémie est fait par un test sanguin ou urinaire, à la recherche de l'activité des trois enzymes mentionnés ci-dessus, et en quantifiant



le taux de galactose. De plus, les tests de génétique moléculaire sont désormais disponibles.

Les enfants atteints de galactosémie ont des symptômes non spécifiques, comprenant vomissements, diarrhées, anorexie, ictère prolongé, hépatomégalie, troubles de la thermorégulation, léthargie, coagulopathie hémorragique. (Xiaoyan K ., 2012.P15).

# **Chapitre II**

## **Développement du langage oral chez les handicapés mentaux**

- 1- Définition du langage oral
- 2- Les fonctions du langage
- 3- Les aspects du langage
- 4- Les composantes du langage
- 5- Développement du langage chez un enfant normal
- 6- Troubles du développement du langage oral
- 7- Développement du langage de l'enfant avec déficience intellectuelle

Préambule :

Le langage, principal vecteur de la communication inter-humaine, est aussi un support de la pensée, en rapport avec les processus de symbolisation. Les messages qu'il véhicule ne sont pas seulement des informations ou des demandes : le langage sert aussi à communiquer des sentiments, des impressions, des angoisses. Il prend ainsi une part essentielle dans les relations de l'enfant avec autrui, et est intimement lié au développement et à la structuration du fonctionnement psychique, dans son ensemble.

### **1- Définition du langage oral :**

a- Selon le dictionnaire de linguistique :

« Le langage oral est la capacité, spécifique à l'espèce humaine, de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux (ou langue) mettant en jeu une technique corporelle complexe et supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres corticaux génétiquement spécialisés » (Jean D., 2002 .p318)

b- Selon Rondal :

« Le langage oral est « la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes » par la langue qui est un système de code propre à une communauté et la parole qui est définie comme la production de significations sous forme de sons articulés ». (Rondal., 2003. P7)

c- Selon Lévi-Strauss :

Le langage oral est « le fait culturel par excellence » pour trois raisons. Tout d'abord, parce qu'il s'acquiert par l'éducation et, à ce titre, constitue « une partie de la culture » ; ensuite, parce qu'il est « le moyen privilégié par lequel nous assimilons la culture de notre groupe ; enfin, parce que toutes les autres productions culturelles comme l'art, la religion, le droit, etc. reposent sur lui. Par conséquent,

le langage est le critère de démarcation entre nature et culture ; il est un critère de culture essentiel dans le phénomène de socialisation de l'individu. (Laurie B., 2016)

### **2- Les fonctions du langage :**

La parole est « le vecteur qui permet la production de normes sociales, de règles, de lois » ; elle nous permet de « vivre et d'agir ensemble » Ainsi le langage oral peut être considéré comme un outil permettant de développer d'autres compétences mais aussi comme un objet d'apprentissage à part entière.

Le langage peut exercer de multiples fonctions dans l'acte de communiquer. L'auteur a mis en évidence six fonctions essentielles du langage, correspondant aux facteurs de communication.

a- La fonction expressive est centrée sur le destinataire : elle exprime l'attitude de ce dernier à l'égard du contenu du message. Elle fait appel à l'intonation (jouant un rôle important pour exprimer les affects), aux interjections, aux gestes et aux mimiques, qui viennent soutenir et compléter l'expression verbale proprement dite.

b - La fonction conative est centrée sur le destinataire : tout acte de communication a en effet une incidence sur le comportement de ce dernier.

c- La fonction référentielle considère le référent comme l'élément central de la communication.

d- La fonction phatique assure le bon fonctionnement du canal de communication. Elle a pour but de maintenir le contact entre le destinataire et le destinataire.

e- La fonction métalinguistique impose de raisonner sur le code, destinataire et destinataire devant s'assurer qu'ils utilisent bien le même.

f- La fonction poétique est centrée sur le message, auquel elle donne une valeur créative (Brin-Henry *et al.*, 2010).

### **3- Les aspects du langage**

Le langage est un aspect fascinant du développement de l'enfant. Pour bien comprendre son évolution, il est important de savoir que le langage comprend deux facettes. La première est le langage réceptif ou la compréhension des mots. La deuxième est le langage expressif ou la production des mots. Le langage réceptif précède le langage expressif. Autrement dit, l'enfant comprend les mots avant d'avoir la capacité de les produire. Une distinction est faite entre le versant réceptif (compréhension des énoncés) et le versant expressif (production des énoncés).

#### **- Le langage réceptif**

La compréhension verbale se définit comme la capacité à accéder au sens, à la signification des messages linguistiques délivrés oralement ou par écrit.

Accéder à la signification d'un énoncé nécessite d'abord la réception, par le système auditif, du signal de parole. L'information est ensuite transmise au cerveau (via le nerf auditif) et plus spécifiquement vers le lexique mental, passage obligé pour permettre la mise en lien entre l'univers physique des sons de la parole et l'univers symbolique des mots, des phrases et du discours. Le lexique mental contient en effet les associations entre les formes sonores et les significations pour tous les mots connus de l'auditeur (Rondal et Seron., 1999).

#### **-Le langage expressif**

L'expression verbale correspond à la production d'un message linguistique émis oralement ou par écrit, message matérialisé par une suite ordonnée d'éléments linguistiques signifiants. Le point de départ d'un message

langagier réside dans une intention de communication (la personne souhaite faire part d'une ou de plusieurs informations).

Ces informations font l'objet d'une élaboration sémantique, puis d'une mise en mots : les éléments lexicaux sont sélectionnés dans le lexique mental puis ordonnés et marqués selon les règles morphosyntaxiques. Le message est ensuite mis en sons (encodage phonologique) puis mis en mouvements (planification des enchaînements musculaires nécessaires à la production du message).

Parallèlement à son élaboration, des instances de contrôle visent à comparer le message qui prend forme avec l'intention de communication définie au départ et à s'assurer de son intégration dans le contexte de la situation d'échange (Brin-henry *et al.*, 2010)

### **4-Les composantes du langage :**

#### **4-1- La phonologie :**

Les sons de la parole sont le support du sens .Le traitement des sons du langage traitement dit phonologique- est donc une étape cruciale aussi bien dans la compréhension que dans la production de la parole.

"La phonologie est la science qui étudie les sons du langage du point de vue de leurs fonctions dans le système de communication linguistique. Elle se fonde sur l'analyse des unités discrètes (phonèmes et prosodèmes) opposées à la nature continue des sons .Elle se distingue donc de la phonétique bien qu'il soit difficile de séparer ces deux domaines de recherche. "

La phonologie et la phonétique se confondent, car les deux termes ont le même sens étymologique : « étude de sons », mais d'un point de vue fonctionnel, la phonologie s'occupe de la fonction des sons dans la transmission

## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

d'un message, donc la compréhension de la langue est ainsi primordiale pour l'étudier phonologiquement, en d'autre terme la phonologie recherche les oppositions distinctives c'est-à-dire les différences de prononciation qui correspondent à des différents sens.

Le but de la phonologie est d'établir quelles sont les classes de sons qui sont importantes dans la communication pour une langue donnée et d'expliquer la variation entourant ces classes.

Donc la phonologie s'occupe de la fonction distinctive des phonèmes et concerne la deuxième articulation du langage.

Certain changements dans la prononciation peuvent influencer le sens ; prenons le cas (rouge) [ Ruz], si on remplace la première syllabe par [ b ] le résultat que nous obtenons serait (bouge ) qui n'a aucune relation avec le sens du mot ( rouge ). (DuBois J.,1994 .p362 )

### **4-2-La phonétique :**

La base articulatoire d'une langue c'est l'ensemble des sons utilisés lors de l'utilisation de cette langue. La phonétique la science qui étudie les sons du langage tels qu'ils existent en dans la réalité de la façon dont ils sont et dont ils sont entendus par opposition aux autres domaines du langage morphologie, syntaxe, lexique et sémantique.

Le terme phonétique désigne, par opposition à la phonologie l'étude de la substance physique et physiologique de l'expression linguistique : « ce qui caractérise particulièrement la phonétique, c'est qu'en est tout à fait exclu tout rapport entre le complexe phonique étudié et sa signification linguistique ... La phonétique peut donc être définie : la science de la face matérielle des sons du langage humain »

## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

A travers la nature complexe du message vocal, la spécificité des différentes étapes de sa transmission et la diversité des méthodes grâce aux quelles il peut être perçu et représenté, nous pouvons distinguer différentes branches de la phonétique ; la phonétique articulatoire ou physiologique qui étudie les sons par rapport à l'endroit où ils sont produit

par l'appareil phonatoire : larynx , pharynx , bouche , nez , voile du palais , les fosses nasales qui peuvent aussi jouer un rôle de résonateur dans l'émission de certains sons ( voyelles ou consonnes ) , la phonétique acoustique ou physique qui étudie la transmission des sons par les airs et permet une description précise des sons, cette dernière serait le support d'étude des troubles du langage oral. (Dubois J., 1994 .p362 )

### **4 -3- La lexicologie :**

La principale composante d'une langue est le lexique qui s'attache à la lexicologie qui est une discipline descriptive, elle se base sur deux objet : le mot et le lexique pour décrire le mot elle procède de deux manière : elle s'organise en sémantique lexicale (analyse du sens des mots et de leurs relation de forme ) .

La sémantique lexicale s'intéresse à la manière dont nous pouvons décrire dans la langue les différents sens possible d'un mot ou ses différentes acceptions.

Elle essaie donc de classer ces sens, soit en segment (ce qu'on peut faire au moyen de la notion sème), soit en observant comment nous pouvons les relier (certains mots peuvent faire l'objet d'un emploi en sens élargi, ou restreint, ...etc.).

La morphologie lexicale étudie la formation des mots, s'il s'agit de mots héréditaires ayant naturellement évolué, s'il s'agit d'emprunt, ou de mots



## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

construits, dans notre nous nous intéresserons au mot créer par l'aphasique par rapport à la structure du mot avant qu'il soit modifier par le trouble langagier.

Les mots construits procèdent soit par dérivation (lentement, dérivé de lent, par exemple) soit par composition, utilisant deux mots autonome (porte-fenêtre par exemple)

La lexicologie ne s'attache pas seulement à l'unité du mot. Elle s'efforce de décrire également l'organisation du lexique. Pour cela, elle essaie de définir ce que nous appelons des champs.

L'appellation des ces champs varie parfois, mais nous pouvons distinguer : les champs lexicaux, qui rassemble des mots de sens voisin (le champ lexical de la peur par exemple) et les champs sémantiques, qui rassemble les différents sens possible d'un même mot (autrement dit se polysémie). Nous pouvons aussi étudier dans le lexique ce qu'on appelle dérivationnels, c'est-à-dire les ensemble de mots une base morphologique commune.

L'étude lexique d'une langue donnée montre à quel point celui-ci est complexe et hétérogène .Bien souvent, nous en avons une connaissance entièrement intuitive. Nous savons employer les mots, mais nous sommes bien embarrassés lorsqu'il s'agit de les définir.

C'est la principale difficulté à laquelle se heurte la lexicologie, discipline qui décrit les mots hors de leur emploi. (Siouffi G.,1999. P42 )

### **4-3-La sémantique :**

Nous parlerons de « sémantique lexicale » lorsque la sémantique s'attache à définir le sens d'un mot. Nous prenons par exemple le verbe souhaité, du point du vue sémantique ce verbe implique l'identification de plusieurs traits ou caractéristiques. Dune part, que le verbe ne peut avoir qu'un sujet humain, et

d'autre part qu'il comprend en lui deux idées principales : l'idée de quelque chose d'absent et l'idée de quelque chose de bon c'est-à-dire que si nous remplacerons ce quelque chose de bon par quelque chose de mauvais, par exemple mais qui concerne toujours l'idée d' « absent » nous obtiendrons le verbe redouter.

La sémantique peut ainsi considérer que le sens d'un mot est composé de plusieurs unités de sens que nous appellerons sèmes nous parlerons donc dans ce cas de sémantique componentielle. (Siouffi G. , 1999. P49 )

### **4-5- La pragmatique :**

Si la communication entre les personnes est régie par la sémantique, la pragmatique prend un rôle très important dans ce processus, elle s'intéresse à l'implicite, ce qui n'est pas dit dans un discours voir un énoncé. La pragmatique est une linguistique du discours qui intègre les situations et contextes de communication.

Les intentions dans une communication quelconque sont avant tout le but de chaque énoncé émet par un locuteur à l'aide du code qu'est la langue .Le destinataire devra décoder cet énoncé pour le comprendre. Cependant, même si le code est commun entre le locuteur et le destinataire la communication peut échouer, car elle comprend une part de non dit, d'implicite.

La pragmatique forme un modèle qui montre comment, à partir des informations contenues dans l'énoncé, et d'autres fournis par le contexte, le destinataire pense à des hypothèses sur l'intention du locuteur, si nous prenons par exemple la phrase suivante émit par le locuteur. (Siouffi G., 1999. P51)

### **5- Développement du langage chez un enfant normal**

Le développement du langage suit un déroulement assez fixe d'un enfant à l'autre, mais avec des variations dans les dates des différentes étapes. Il dépend à la fois de capacités neurocognitives innées, probablement génétiquement déterminées, et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant. Il s'agit d'un processus actif au cours duquel l'enfant explore et expérimente le langage qui l'entourne.

L'acquisition du langage est conditionnée par l'intégrité :

- Des organes phonatoires et de leurs commandes neuro-musculaires;
- Des structures corticales et sous-corticales spécialisées dans diverses fonctions du langage;
- De l'appareil auditif;

#### **5 -1 Phase pré-linguistique :**

##### **DE 0-2 mois**

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

##### **DE 2-6 mois**

Au cours du deuxième mois les vocalisations se diversifient (babil, jasis ou lallation). Il semble s'agir au début d'un jeu sensorimoteur, source de plaisir pour l'enfant, qui s'enrichit progressivement, et, entre, surtout après le 5ème-6ème

## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

mois, dans un jeu interactif avec l'environnement maternant. (Claude B., 2016 .p02)

### **2e semestre**

La production de syllabes bien articulées débute entre 6 et 8 mois ;

A partir de 8-10 mois, les productions de l'enfant se modifient en fonction du langage du milieu environnant.

A l'évolution des productions vocales s'associe un développement de la communication non verbale: par le regard, puis par le sourire (mimiques), enfin vers 8-9 mois par *l'attention conjointe* : l'enfant cherche à attirer l'attention d'autrui, porte son regard sur ce qu'on lui montre, pointe du doigt en direction d'un objet.

### **B – Phase linguistique :**

Apparition des premiers mots : entre 12 et 16 mois. Il s'agit de mono ou dissyllabes systématiquement associées à certains objets ou à certaines situations (demande, désignation).

L'accroissement du vocabulaire est très variable d'un enfant à l'autre est relativement lent jusque vers 16 mois (moyenne 30 mots).

Vers la fin de la deuxième année, il s'accélère : 250 à 300 mots

Vers deux ans ;

Vers 18 mois, l'enfant commence à utiliser le *non*, qui montre un progrès de son individualisation.

Les premières phrases (association de deux mots, pour désigner une action) apparaissent entre 20 et 26 mois (protolangage).

## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

Au cours de la 3ème année :

- L'acquisition du vocabulaire s'intensifie pour atteindre environ

1000 mots à 3 ans. L'enfant perfectionne l'articulation des différents phonèmes (selon une progression assez fixe d'un enfant à l'autre, dépendant des difficultés propres à chaque geste articulatoire).

- Acquisition de la syntaxe: les phrases sont d'abord de "style télégraphique" (mots-phrases, mots-valises), puis comportent progressivement sujet, verbe, complément, qualificatifs, pronoms ; le "je" apparait vers 3 ans marquant une étape importante de l'individuation et de la reconnaissance de sa propre identité par l'enfant.

- Le langage adulte de base, correctement articulé est généralement acquis entre 3 et 5 ans. Au delà, le langage continue d'évoluer : enrichissement du vocabulaire, perfectionnement de la syntaxe (concordance des temps, accord des participes passés) ; le langage progresse aussi sur le plan expressif et cognitif (acquisition de la métaphore). (Claude B . 2016 .p03)

### **6-Troubles du développement du langage oral :**

#### **6-1- Trouble de l'articulation :**

Il s'agit d'une altération systématique d'un ou de quelques phonèmes

Ce trouble porte préférentiellement sur certaines consonnes dites "constrictives" (s, ch, z, j), il en résulte le plus souvent un *sigmatisme interdental* (zézaïement ou zozotement) ou *latéral* (chlintement).

Ce trouble purement fonctionnel est bénin, s'il est isolé, sans conséquences sur la suite du développement de la parole et du langage, ni sur l'acquisition du langage écrit; mais il peut persister indéfiniment en l'absence de rééducation.

Il s'associe souvent à des troubles relationnels mineurs et/ou à une immaturité affective.

Lorsqu'il est associé à d'autres troubles de la parole ou du langage, le pronostic dépend de ces derniers.

### **6-2- Retard de parole :**

Il correspond à la persistance au-delà de l'âge 4 ans des altérations phonétiques et phonologiques observées normalement

Vers 3 ans : confusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, distorsions diverses etc. (persistance du "parler bébé"). Ce trouble porte sur l'ensemble de l'organisation phonétique du langage.

Ces troubles s'associent souvent à des signes d'immaturité affective : notamment des habitudes orales du premier âge (suçage du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide) ; ils s'inscrivent souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives.

### **6-3- Retard simple de langage :**

Le retard simple de langage est caractérisé par une *atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques* du langage *en dehors de tout retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité*; il s'accompagne généralement d'un retard de parole

□ L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans.

- Les troubles prédominent sur *l'expression*.
- Le vocabulaire est très pauvre, la syntaxe est rudimentaire: juxtaposition de mots sans liaison (style télégraphique); verbes non conjugués.
- Des troubles phonétiques sont associés.
- La *compréhension* est meilleure que l'expression : l'enfant répond de façon adaptée aux situations de la vie courante ; mais un examen attentif montre généralement que la compréhension est inférieure à celle des enfants du même âge. L'importance de l'atteinte de la compréhension est un indice pronostique. (Claude B ., 2016 .p05)

### **7- Développement du langage de l'enfant avec déficience intellectuelle :**

Le XXe siècle a été marqué par une « envolée » des recherches menées à propos des enfants avec déficience intellectuelle. Les travaux sur leurs développement langagier ont, notamment, été multipliés par 10 entre 1950 et 1975 (Rondal, 1975). Un double enjeu explique cette augmentation. D'une part, la nécessité de mieux connaître le cours de leurs acquisitions linguistiques dans une perspective de remédiation.

D'autre part, dans la tradition de l'approche pathologique en psychologie, le souci de mieux comprendre les relations entre langage et cognition. A l'exception d'études portant sur la trisomie 21, l'immense majorité des recherches menées jusqu'aux années 80 étaient conduites sans tenir compte de l'étiologie de la déficience. C'est ainsi qu'étaient mêlés, au sein de mêmes échantillons, des enfants atteints de déficience intellectuelle.

En dépit de ses carences, cette approche « indifférenciée » a permis d'enregistrer les premières données développementales et de faire évoluer les méthodes, les problématiques et les cadres conceptuels. Sur le plan empirique, il

est vite apparu que les acquisitions des enfants avec déficience intellectuelle se caractérisent par un retard important et un développement langagier inachevé à l'âge adulte. (Laurance C., 2016 .P 512)

### **1- Aspects phonétiques et phonologiques**

La période préverbale apparaît essentiellement normale sur le plan de l'activité vocale. L'âge d'apparition du babillage canonique, du babillage redoublé et du babillage panache est le même que pour l'enfant typique. La nature de l'activité vocale est semblable, que ce soit pour le nombre, la durée et la complexité des épisodes de vocalisation, la variété des sons vocaliques et consonantiques et l'évolution avec l'âge de leur point d'articulation (de l'arrière vers l'avant du palais). (Bouabdallah Y., 2012.P31)

Les proportions relatives de sons vocaliques par rapport aux syllabes canoniques et du babillage dupliqué par rapport au babillage panache sont également similaires. En fait, et même si quelques différences de faible ampleur sont parfois signalées dans la littérature, la déficience intellectuelle ne semble pas affecter cet aspect du développement alors qu'elle occasionne d'emblée un important retard en ce qui concerne la motricité globale et les acquisitions cognitives. (Bouabdallah Y., 2012.P31)

Chez l'enfant typique, le babillage coexiste avec l'acquisition des premiers mots puis décline rapidement avec l'augmentation du stock lexical. D'un point de vue phonétique, la structure des mots comporte d'importantes similitudes avec le babillage. Ce sont les mêmes types de sons que l'on y retrouve, en général les plus simples à articuler comme les voyelles et les consonnes occlusives (p, t, k, d, b, etc.). Les plus difficiles (notamment les consonnes constrictives f, l, r, v, ch, j) apparaissent plus tardivement et donnent lieu à des erreurs dites « développementales », car elles surviennent



## Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux

« Normalement » chez un grand nombre d'enfants typiques jusque parfois 5 à 6 ans. Ces erreurs consistent, lors des productions verbales, à omettre des sons ou des syllabes, à substituer les sons les plus faciles aux sons les plus difficiles ou à intervertir les sons ou les syllabes au sein des mots (« ebe » pour « herbe », « travail » pour « travail », « tritse » pour « triste », « efelan » pour « Éléphant »). Le même cheminement est constaté pour l'enfant handicapé mental, à deux différences près. . (Bouabdallah Y., 2012.P32).

D'une part, le babillage s'étend sur une période bien plus longue et persiste bien après l'acquisition des premiers mots. D'autre part, à niveau de développement cognitif comparable, les erreurs sont significativement plus fréquentes, plus variées, moins consistantes et, pour certaines d'entre elles, différentes de celles qu'on note habituellement chez l'enfant typique. Ainsi, dans leur récente étude, dénombrent environ 8 % d'erreurs « inclassables ». En outre, singulières ou non, ces erreurs persistent dans le temps si bien qu'elles sont encore très fréquentes à l'âge adulte. Elles sont aussi plus nombreuses dans les conversations que dans les tâches d'imitation ou de dénomination d'images dans lesquelles il s'agit de produire des mots isolés (Bouabdallah Y., 2012.P32).

A ces difficultés segmentales (qui concernent la production des sons et syllabes) se greffent des difficultés suprasegmentales, c'est-à-dire des difficultés touchant la fluidité de l'expression verbale et ses caractéristiques prosodiques.

Concrètement, une nette tendance à la dysfluence est relevée dans les épisodes conversationnels de nombreux enfants et adolescents trisomiques. Un pourcentage significatif d'entre eux est atteint de bégaiement, un trouble caractérisé par des répétitions ou des prolongations involontaires (audibles ou non) de sons et de syllabes lors des productions verbales. Une prévalence d'environ 30 % contre 1 % dans la population générale est évoquée. On note aussi une franche propension au bredouillement, lequel se traduit par une

élocution rapide, dysrythmique, sporadique et désorganisée). A un autre niveau, les recherches indiquent des limitations quant à la perception, l'imitation et l'usage spontané des éléments prosodiques du discours que sont l'intonation, l'accentuation, le ton ou le rythme ( Bouabdallah Y., 2012.P32).

Cette combinaison de difficultés, auxquelles s'ajoutent les spécificités notées sur le plan de la voix (souvent décrite comme « rugueuse », « enrrouée », « rauque », ou « voilée ») diminuent considérablement l'intelligibilité des énoncés des personnes handicapées mentales. (Laurance C., 2016 . P 516)

### **2- Aspects lexicaux**

Les premiers mots apparaissent avec un grand délai et le rythme d'accroissement du vocabulaire s'avère particulièrement lent. Hormis cela, les recherches montrent que les modalités du développement lexical de l'enfant handicapé mental et de l'enfant typique ne sont pas fondamentalement différentes. L'apparition du premier mot se situe, en moyenne, à 21 mois, soit un différentiel d'environ 1 an par rapport aux enfants typiques (Laurance C., 2016 . P 516).

Des différences apparaissent néanmoins, notamment en ce qui concerne les performances en compréhension et en expression mais il a été montré que les adolescents et jeunes adultes avec déficience intellectuelle tendent à avoir un vocabulaire réceptif plus large en raison de l'expérience éducative corrélée à leur âge. (Laurance C., 2016 . P518).

### **3- Aspects morphosyntaxiques**

Le développement morphosyntaxique s'effectue avec plus de difficultés que le développement lexical. En ce qui concerne le versant compréhension, les 8 études incluses dans l'analyse de Næss et coll. Mettent en évidence, en dépit

des procédures d'appariement sur l'âge mental non verbal avec les échantillons d'enfants typiques, une différence moyenne de l'ordre d'un écart-type en défaveur des enfants handicapés mentaux. Laurance C ., 2016 . P 519).

Bien que les résultats ne convergent toujours pas sur ce point, c'est la compréhension des morphèmes grammaticaux (déterminants, prépositions, conjonctions, auxiliaires, désinences) qui semble constituer le point le plus faible. Des faiblesses sont également notées en ce qui concerne la compréhension des structures syntaxiques complexes.

Les capacités d'expression s'avèrent plus problématiques encore. Les phrases a deux mots apparaissent en moyenne a 48 mois, soit un décalage d'environ deux ans par rapport aux enfants typiques. (Laurance C .,2016 .P520)

#### **4- Aspects pragmatiques**

Toutes choses égales par ailleurs, les composantes préverbales de la communication (Protoconversations, attention conjointe, gestes) se mettent en place de manière assez « Classique ». Des protoconversations (échangés de suites de sons pré figurant les conversations ultérieures) sont observées entre l'adulte et le bébé handicapé mental.

Néanmoins, elles présentent des spécificités quant a leur structuration temporelle. Elles laissent place a moins de pauses ou a des pauses plus courtes entre les vocalisations, ce qui permet moins facilement a l'interlocuteur de prendre son tour de parole. Par ailleurs, elles comportent plus de « collisions vocales », c'est a- dire des vocalisations simultanées entre les interlocuteurs. Il existe donc bel et bien des échanges vocaux pré conversationnels durant la période préverbale, mais ils présentent une moindre fluidité.

L'attention conjointe est une perquise incontournable de la communication interpersonnelle. Chez l'enfant typique, elle émerge vers 7 à 8 mois, mais ne

## **Chapitre II Développement du langage oral chez les handicapés mentaux**

s'affirme que vers 10-11 mois « Les premières compétences communicationnelles »). Son apparition est plus tardive chez l'enfant handicapé mental. Comme pour les autres aspects du développement langagier, un délai intervient dans l'apparition de la communication intentionnelle. Chez l'enfant typique, cette phase dite « illocutoire » se caractérise par l'apparition presque simultanée de « proto-impératives » et de « protodéclaratives ».

Il s'agit de manifestations, vocales ou non, qui permettent à l'enfant de formuler une demande, de faire constater quelque chose à son interlocuteur ou de manifester son intérêt pour un aspect particulier de son environnement. Les résultats apparaissent contradictoires quant à la fréquence relative des proto-impératives et des protodéclaratives dans le registre de communication de l'enfant handicapé mental. (Laurance C., 2016.P521 )

# **Chapitre III**

## **Le pronostic et la prise en charge orthophonique chez les enfants avec un retard mental**

### **I/le pronostic :**

I/1.Définition du pronostic.

I/2.Définition du pronostic orthophonique

I/3 .Cadre législative du pronostic médical

I/4.Cadre législatif du pronostic orthophonique

I/5.Mise en place du pronostic orthophonique

I/6.Le rôle du pronostic orthophonique dans la prise en charge :

I/7.Liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique

I/8.L'élaboration du pronostic en orthophonie

I/9.L'actualisation du pronostic

I/10. Intérêts et limites du pronostic orthophonique

### **II/ La prise en charge orthophonique**

II/1.Définition de la prise en charge.

II/2.Définition de la prise en charge orthophonique.

II/3.définition de la prise en charge orthophonique des enfants en situation de handicap mental

II/4 .l'éducation précoce orthophonique des enfants en situation de handicap mental

II/5.La prise en charge orthophonique précoce des enfants en situation de handicap mental et ses bénéfices sur le développement de l'enfant

II/6.Le rôle des parents dans la prise en charge de leurs enfants en situation de handicap mental.

II/7.la prise en charge pluridisciplinaire des enfants en situation de handicap mental.

## **Préambule**

L'enfant en situation de handicap mental demande une prise en charge orthophonique intense par rapport à un enfant normale et dans notre chapitre on va aborder les éléments importants de cette prise en charge. Nous présenterons dans ce chapitre :

Définition du pronostic, le cadre législatif du pronostic , mise en place du pronostique orthophonique, le rôle du pronostique orthophonique dans la prise en charge, les liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique , l'élaboration du pronostic en orthophonie, l'actualisation du pronostic , les intérêts et les limites du pronostic orthophonique, ensuite la définition de la prise en charge , définition de la prise en charge orthophonique des enfants ayant un retard mental , la prise en charge pluridisciplinaire des enfants ayant un retard mental.

### **I/le pronostic :**

#### **I/1.Définition de pronostic :**

n. m 1jugement que portent les spécialistes (après le diagnostic) sur la durée et l'issue d'une maladie.2 Conjecture, hypothèse. (Dominique le Fur., 2014).

#### **I/2. Définition du pronostic orthophonique**

En France, Le pronostic orthophonique répond à la même définition que le pronostic médical à la différence que celui-ci n'est pas vital mais uniquement fonctionnel dans la mesure où il n'établit pas les chances de survie d'un malade en cas de maladie ou suite à un accident mais plutôt dans la mesure où il concerne l'état fonctionnel de l'organisme ainsi que ses capacités d'évolution et de récupération. (Gamot L, Ravez S., 2019.p.3)

### **I/3.Cadre législatif du pronostic médical**

En France, Le pronostic médical s'inscrit dans un ensemble de lois relatives au droit du malade d'avoir accès aux informations sur son état de santé. Ainsi, l'article 35 du Code de la Santé publique (2012) stipule que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et le troisième Plan Cancer établi en 2014 témoignent de l'évolution des pratiques médicales. Dorénavant, la relation entre le médecin et son patient est sous-tendue par le dialogue et le partage d'informations concernant l'état de santé du patient. Le médecin n'est plus le seul décisionnaire de la prise en charge. Les décisions sont prises conjointement avec le patient qui peut exprimer ses choix. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.2)

### **I/4.Cadre législatif du pronostic orthophonique**

En France, Plusieurs textes de lois encadrent et guident la profession d'orthophoniste. Nous avons analysé les textes officiels auxquels les orthophonistes doivent se référer. Il s'agit du Bulletin Officiel et de la Convention Nationale (2014). Au cours de nos recherches, nous avons constaté que dans aucun des textes officiels, il n'est explicitement mentionné l'obligation d'établir ou de communiquer le pronostic au patient. Néanmoins, tous mentionnent l'obligation de clarté et de transparence permettant à l'orthophoniste de procurer les soins les plus optimaux possibles.

Ainsi, le Bulletin Officiel stipule que « l'orthophoniste doit savoir émettre et réajuster un pronostic orthophonique à partir du diagnostic réalisé, du trouble constaté, de son degré de sévérité, d'hypothèses d'évolution probables des troubles et des effets attendus de l'intervention en orthophonie ». L'obligation

porte ici sur la capacité des orthophonistes à réaliser un pronostic mais non sur l'obligation à l'établir ou à le transmettre aux patients.

Dans la Convention Nationale, il est mentionné que « les orthophonistes libéraux ou salariés placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les malades bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science ».

La loi relative à l'information du patient stipulée dans l'article 35 du code de la Santé publique (2012) ne concerne, quant à elle, que les professions médicales. L'établissement du pronostic fait donc partie des compétences professionnelles des orthophonistes. Communiquer un pronostic valide peut ainsi s'apparenter à une obligation dans la mesure où cela est manifeste d'une clarté et d'une transparence exigées par les textes de lois. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.3)

En Algérie, l'orthophoniste signe un contrat avec le patient afin de faire un certain nombre précis de séances de prise en charge orthophonique pour un résultat précis, mais la plupart des orthophonistes ne pratique pas cette méthode.

### **I/5 Mise en place du pronostic orthophonique**

En orthophonie, le pronostic est mis en place avant le traitement. Pour l'établir, les praticiens s'appuient sur différents éléments tels que l'anamnèse, les informations connues sur la pathologie, les difficultés objectivés lors du bilan, les résultats probables de la prise en charge et l'implication du patient lors de sa prise en charge.



**I/6. Le rôle du pronostic orthophonique dans la prise en charge :**

En France, Le pronostic permet à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de définir les objectifs ainsi que les méthodes utilisées lors de la prise en charge. Il permet d'anticiper la fin du traitement et constitue un pilier de l'alliance thérapeutique.

**I/7. Liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique :**

En France, Les professionnels ne peuvent agir que sur prescription préalable d'un médecin. Cette discipline s'inscrit donc dans la continuité de la prise en charge médicale. Les rôles et responsabilités du médecin et des orthophonistes sont donc entrecroisés. (Gamot L, Ravez S., 2019.p.4)

Dans le cadre de la prescription médicale, il est stipulé dans l'Article R4341-2 du Code de la santé publique (2004) que « l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins ». Il est également mentionné que l'orthophoniste doit par ailleurs communiquer au médecin prescripteur « toute information pouvant l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution ».

Le diagnostic orthophonique est donc « post » ou « para » diagnostic médical. Il porte sur l'évolution d'une pathologie qui a été diagnostiquée préalablement par le médecin ou dont le diagnostic différentiel a été établi à la suite de bilans complémentaires prescrits par le médecin. Le pronostic orthophonique communiqué au médecin prescripteur et au patient se fera donc sur l'évolution de cette même pathologie. Ainsi, le pronostic peut être différé si des informations théoriques, cliniques ou extérieures sont manquantes tels qu'une absence de connaissance sur 'une pathologie ou encore une pathologie ne nécessitant pas d'intervention orthophonique, un défaut de plainte ou de données

anamnestiques ou encore une absence de comptes rendus médicaux ou paramédicaux.

### **I/8.L'élaboration du pronostic en orthophonie :**

#### **I/8.a Les différentes visées thérapeutiques :**

A la suite du bilan, l'orthophoniste établit un compte-rendu de bilan orthophonique adressé au patient ainsi qu'au médecin prescripteur. Celui-ci doit contenir les éléments mis en évidence lors du bilan, la pathologie en lien avec la nomenclature, l'intensité et les répercussions des troubles. Ces 4 éléments sont accompagnés d'éléments qualitatifs et quantitatifs relatifs au patient tels que son comportement durant le bilan, ses capacités préservées ou son adaptation qui viennent préciser le pronostic et permettent à l'orthophoniste d'établir la visée thérapeutique.

Les visées thérapeutiques varient en fonction des pathologies et peuvent être regroupées en plusieurs catégories que sont l'éducation précoce, l'éducation, la rééducation ou réhabilitation, la démutisation, la réadaptation et le maintien. Les visées thérapeutiques varient donc en fonction des pathologies et de leur degré d'incurabilité associé aux spécificités du patient (état, évolution, comorbidités, etc.). Ainsi, pour certaines pathologies où la visée thérapeutique concerne le maintien et l'adaptation, le pronostic vital et fonctionnel posé par le médecin est d'emblée négatif. Il convient alors à l'orthophoniste de préciser, entre autres, que la dégradation est irréversible et que le travail aura pour but de retarder le déclin des fonctions de communication mais qu'il permettra également d'accompagner l'entourage et visera l'adaptation du patient à ses nouvelles conditions de vie. (Gamot L, Ravez S., 2019, p.4)

**I/8.b. Les informations théoriques :**

Afin d'établir un pronostic, les orthophonistes s'appuyant sur diverses informations. Les informations théoriques constituent la première source d'information. Elles regroupent l'ensemble des éléments connus pour une pathologie donnée : ses caractéristiques et ses possibilités de traitements et de récupération. Ces informations sont issues de diverses sources telles que la littérature scientifique. Les orthophonistes se doivent donc de se mettre à jour leurs connaissances scientifiques et de prendre en considération leurs éventuelles limites telles que les progrès éventuels faits par la science. (Gamot L, Ravez S., 2019.p.5)

**I/8.c. Les informations cliniques :**

Les informations cliniques constituent le second type d'information sur lesquelles les orthophonistes peuvent s'appuyer afin d'établir le pronostic. Ces informations regroupent les données issues de la demande et du besoin formulés par le patient, des éléments provenant de l'anamnèse et de l'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus lors des différents tests effectués au cours du bilan. Deux types d'évaluation existent. L'évaluation normative ainsi que l'évaluation descriptive. L'évaluation normative atteste du trouble et de sa sévérité et met en évidence l'écart significatif du patient par rapport aux normes d'âge. Lors de la pose du pronostic, celle-ci permet de préciser la durée, la fréquence et la visée thérapeutique. L'évaluation descriptive permet de déterminer le profil du patient et apporte à l'orthophoniste des renseignements concernant les capacités du patient, ses difficultés et son degré de motivation lors de la pose du pronostic. Lors de l'évaluation, l'orthophoniste pourra analyser les différents éléments faisant suspecter un éventuel trouble (morphologie, motricité, comportement, etc...) au moyen d'outils spécifiques tels que les tests

standardisés, les enregistrements audio et vidéo ainsi que les corpus. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.5)

**I/8.d.Les informations extérieures :**

La troisième source d'information sur les quels les orthophonistes peuvent s'appuyer pour établir le pronostic comprend les données issues des documents médicaux ou comptes rendu que l'orthophoniste put obtenir lors de l'entretien avec le patient, son entourage familial, sociale et professionnel (traitement effectué, diagnostic posé, prise en charge effectuée, etc.) ainsi le niveau de l'implication de la famille.

Ces informations lui permettent de déterminer le plus précisément possible, l'état clinique et l'évolution de la pathologie du patient mais également son degré de connaissance à ce sujet. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.5)

**I/9.L'actualisation du pronostic :**

**I/9.a.Les progrès :**

Grace à son expertise clinique, l'orthophoniste sera à même d'analyser et de juger la pertinence de sa prise de décision. Si les progrès sont présents, et mise en évidence au fil des séances, au vu des appréciations des proches ou encore lors des bilans de renouvellement. L'orthophoniste pourra décider de travailler avec le patient sur l'objectif suivant, ou décidera sinon de mettre un terme à la prise en charge ; si ces derniers ont tous été atteints. Dans l'hypothèse où les progrès ne seraient pas suffisants, il lui sera ainsi possible de revenir sur ces décisions et ainsi réajuster le pronostic et le plan de traitement. (Gamot L,Ravez S., 2019.p.6)

**I/9.b.L'efficacité du traitement :**

Le pronostic, une fois posé au terme du bilan peut être actualisé régulièrement en fonction de l'efficacité du traitement .Pour qu'un traitement sois efficace, la collaboration avec les proches est indispensable .l'efficacité du traitement dépend, de plus, de la pertinence de la technique employée, de l'implication du patient et de son entourage mais également de l'adaptation de l'orthophoniste. Tout ceci explique la difficulté d'établir et de mettre à jour un pronostic en orthophonie.

Le respect du terme du contrat thérapeutique (rendez-vous honorés, fréquence des séances satisfaisantes, etc.) mettant en évidence l'adéquation de la prise en charge proposés mais également les préférences du patient, permettent de déterminer, lorsque de la décision de fin de prise en charge pose, si ce dernier sera en mesure de maintenir les effets du traitement et de les transférer dans la vie quotidienne. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.6)

**I/10.Intérêts et limites du pronostic orthophonique :**

**I/10.a.Intérêt du pronostic orthophonique :**

Le pronostic orthophonique permet à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de définir les objectifs et les méthodes utilisés lors de la prise en charge, il permet aussi d'anticiper la fin du traitement et constitue un pilier de l'alliance thérapeutique

Le pronostic s'inscrit également dans une démarche éthique. Lors de la transmission des résultats au patient ainsi qu'à son entourage ; il en va de la responsabilité du thérapeute de fournir des sens aux évaluations et d'aider le patient à saisir l'intégralité des mesures de concernant.

Lors d'une prescription pour un traitement, lorsque un temps est consacré à la compréhension pour le patient de ce même traitement, celui-ci et bien plus

opérant quel que soit le niveau sociale du patient. Nous avons également vu que lorsqu'un patient est tenu au courant des alternatives possible concernant la prise en charge de sa pathologie, ses progrès ainsi que son adhésion à cette dernière sont majorés. Ont identifié, quant à eux, un lien entre la motivation du patient lors de la poursuite d'une tâche difficile et l'étendu des progrès. Le manque de motivation lors d'une tache serait associé a de faible progrès .L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est née de ses recherches et un parallèle peut être fait avec l'établissement et la transmission du pronostic .Cette pratique s'inscrit dans le concept d'empowerment ou autonomisation et vise à accroitre la compétence et le pouvoir du patient en le rendant acteur au travers de décision prise sur ca vie et sa maladie. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.6)

**I/10.b.Limites du pronostic orthophonique :**

L'annonce du pronostic orthophonique, peut impacter la prise en charge, comment l'avons vus précédemment, un pronostic erroné ou transmis de la façon non optimale peut engendrer d'important traumatisme au près du patient et de son entourage. Il semble, de plus, que le degré de proximité avec le patient joue un rôle important lors de la pose du pronostic par le médecin .Plus le lien entre ce dernier et le patient est fort et mois le pronostic sera précis. (Gamot L,Ravez S.,2019.p.7)

## **II/la prise en charge orthophonique :**

### **II/1. Définition de la prise en charge :**

La prise en charge est une expression professionnelle précise qui implique tout à la fois la responsabilité du professionnel concerné et les modalités techniques, précises du travail à réaliser selon des protocoles et des objectifs définis, on parle de prise en charge orthophonique, kinésithérapique, psychologique, éducative. Il s'agit d'un travail régulier constant, précis, qui doit être une mise en œuvre adaptée de contenus préalablement connus, La prise en charge se déroule selon une périodicité particulière définie par l'objectif.

(Cuilleret M . ,2007 .P .67)

### **II/2. La prise en charge orthophonique :**

La prise en charge orthophonique en France Selon l'article L 504-1 du Code de la Santé : « Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste, toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin. »(Bresac M, Chigros M., 2012, page 20).

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

– des déficits perceptifs centraux et d'abord des difficultés oculomotrices et auditives qui gênent la mise en place des règles déictiques, celles des organisations pré conversationnelles, donc la prise de parole de l'enfant et ses initiatives langagières ;

- de la mise en place des fondements du développement cognitif de base et Particulièrement des notions rythmes (rythmes archaïques)/espace/temps vécu ;
- de la mise en place des items de pensée et des mises en liens ;
- de l'extériorisation des sons et leur organisation vers les intuitions articulées.

Sans aides très précises apportées dans ces domaines, l'enfant n'a pas le plaisir de communiquer, il faut donc lui donner ce plaisir plus vite possible.

Tout doit se faire au travers d'échanges ludiques de plaisir.

La mise en place des modes de communication est fondatrice et doit respecter des modalités précises.

Toutes les modalités de ces prises en charge, ainsi que la nécessaire prise en charge oro-praxiques seront développées au chapitre «Langage, psycholanguage : éducation et rééducation». (Cuilleret M., 2007 .P.123).

### **II/3.Définition de la prise en charge orthophonique des enfants ayant un retard mental :**

Ils relèvent tous d'une évaluation et souvent d'un suivi orthophonique précoces, précis et spécifiques. Cette prise en charge particulière comporte deux axes de travail essentiels

- l'accès à la communication, au langage, aux apprentissages ; parfois à une facilitation de l'alimentation
- la guidance et l'accompagnement des parents

(Hily C, Senechal E., 2012. P.31).

Ainsi, une prise en charge individuel réussite nécessite un travail intense ;



- organiser les tâches de façon à ce que l'enfant soit en mesure de les réaliser, en privilégiant notamment des conditions spatio-temporelles optimales pour l'exécution des tâches exigeant de la réflexion, de la coordination ou la résolution d'un problème (établir par exemple une limite de temps) ;
- adapter les tâches en les raccourcissant, en les simplifiant ou en adaptant les objectifs ;
- établir un contact visuel et personnalisé avant de communiquer une directive car cela facilite la transmission du contenu didactique ;
- simplifier, répéter les consignes, diviser les tâches en plusieurs composantes
- renforcer les comportements positifs en soulignant précisément ce qui a été réussi par l'enfant ;
- dédramatiser l'erreur ;
- mettre en place des projets construisant une référence commune, donnant du sens aux apprentissages et favorisant, sur le plan cognitif, l'établissement de nouvelles relations entre les éléments ;
- privilégier un enseignement qui joue sur l'alternance entre des activités qui incluent des composantes plus structurantes et répétitives et des activités basées sur le sens, la motivation et l'intérêt de l'enfant ;
- créer le sentiment d'appartenance à un groupe sécurisant, de par les règles de vie communes qui y sont instaurées ;
- donner des repères dans le temps par la verbalisation des activités ;
- annoncer systématiquement chaque changement à l'avance ;
- utiliser des indices visuels comme support explicatif pour contribuer à l'assimilation des informations présentées sous forme verbale ;

- valider précisément par des paroles toutes les actions innovantes de l'enfant en s'assurant de sa compréhension ;
- respecter le temps de latence plus long et attendre que la tâche soit effectuée avant d'en proposer une autre.

Toutes ces stratégies sont définies à partir du projet thérapeutique individualisé et renouvelées après chaque bilan psychologique afin que la démarche éducative soit adaptée à l'enfant en fonction de son développement.

(Clément P, Collabo V et al ., 2008.P18)

#### **II/4.l'éducation précoce :**

L'éducation précoce en orthophonie se divise en deux axes :

Le travail auprès de l'enfant et l'accompagnement de ses parents.

L'objectif réside en l'instauration de liens d'attachement entre l'enfant et ses parents, indispensables à la construction psychique et au processus d'autonomie de l'individu. L'implication des parents dans la prise en charge est fondamentale. Il faut savoir les valoriser et les rassurer quant à leur compétence de parents. (Bresac M, Chigros M., 1012. P.30).

Ils relèvent tous d'une évaluation et souvent d'un suivi orthophonique précoces, précis et spécifiques. Cette prise en charge particulière comporte deux axes de travail essentiels

- l'accès à la communication, au langage, aux apprentissages ; parfois à une facilitation de l'alimentation
- la guidance et l'accompagnement des parents (Hily C, Senechal E., 2012. p31).

**II/5 .La prise en charge orthophonique précoce et ces bénéfices sur l'enfant et ses parents :**

De très nombreuses définitions sont proposées. Leur trait commun est de mettre l'accent sur un ensemble d'actions menées envers les enfants de 0 à 6 ans repérés précocement comme atteints de déficiences diverses ou potentiellement « à risque » et envers leurs familles, pour favoriser le développement optimal des enfants et soutenir les parents dans leurs tâches éducatives. (Buntinx W, Cancs C et al ., p. 784)

L'intervention précoce est définie comme un ensemble d'actions pluridisciplinaires destinées à des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des signes ou des risques de déficiences diverses, ainsi qu'à leurs parents. La notion est plus large que celle d'éducation précoce et présente l'avantage de mettre l'accent sur des pratiques qui ne peuvent pas se concevoir isolées les unes des autres, mais précisément en fonction des caractéristiques globales du développement, du jeune enfant. L'intervention précoce est nécessairement à multiples facettes.

Les principes des programmes d'intervention précoce ont été formulés en termes de stimulation précoce dans le rapport d'expertise collective Inserm de 2004 sur les déficiences et les handicaps d'origine périnatale : plasticité cérébrale et phénomènes d'interaction entre inné et acquis forment la base conceptuelle des programmes. Il est à noter que ce rapport portait sur les différents types de déficiences et non spécifiquement sur la déficience intellectuelle 180.

La notion d'intervention précoce est élaborée et précisée chez de nombreux auteurs de pays anglo-saxons, particulièrement aux États-Unis où des manuels entiers lui sont consacrés et où des orientations pratiques sont aussi définies.

Le vocabulaire le plus utilisé en France est celui de l'action médico-sociale précoce et c'est ainsi que sont officialisés depuis la loi de 1975, les Centres d'action du même nom (Camps), destinés aux jeunes enfants avec divers troubles de développement et à leurs parents. L'expression omet la dimension éducative alors qu'elle est pourtant bien présente dans les pratiques de ces centres et dans les collaborations effectivement mises en œuvre avec les structures ordinaires pour la petite enfance (crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles)

Des nuances apparaissent toutefois selon les pays ou selon les orientations, choisies par les auteurs. Aux États-Unis, selon la législation fédérale, l'intervention précoce est conçue comme limitée aux enfants de 0 à 3 ans 183, alors que pour les enfants de 3 à 6 ans, c'est-à-dire avant l'école primaire, c'est l'éducation spéciale pour la petite enfance qui est requise. Certains auteurs ont tendance à insister sur les équipes professionnelles dans des services dédiés à la petite enfance, mais d'autres ne considèrent l'intervention précoce que dans la mesure où les parents sont impliqués ou accordent une position centrale aux interactions parents-enfant.

Aux enfants avec difficultés de développement, de leur naissance à leur entrée dans le système scolaire obligatoire et l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers (2005). (Buntinx W, Cancs C et al., p. 783).

Les orientations sont convergentes : il s'agit de développer des mesures de toute nature (sociales, médicales, psychologiques et éducatives) auprès des enfants et de leurs familles, dans les cas où les enfants présentent des troubles avérés de leur développement ou sont considérés comme ayant des risques de perturbations de leur développement (d'origine biologique ou psycho-sociale). . ( Buntinx W ,Cancs C et al., p 785).

Les défenseurs de l'éducation précoce en orthophonie préconisent une intervention éducative et thérapeutique très tôt :

✓ Dès la naissance si le diagnostic est anténatal ou postnatal : dépistage

Précoce d'une surdité, d'un syndrome génétique tel que la trisomie 21, d'une

Fente labio-palatine, d'une malformation du système phonatoire ;

✓ Dès le repérage de signes d'alerte, comme dans l'infirmité motrice cérébrale Ou l'autisme, sans attendre qu'un diagnostic soit posé.

L'objectif de l'éducation précoce en orthophonie est « d'aider l'enfant à révéler Ses potentialités et aider ses parents à les percevoir ». (Bresac M. Chigro M., 2012., p .29)

Aussi, «Notre propos ne concernera que l'éducation précoce dont l'objectif n'est pas seulement d'aider l'enfant à construire des bases solides pour son développement dans différents domaines psychologiques, psychomoteur, langage..., mais aussi d'éviter autant que possible l'accumulation de retard et surtout l'expérience des échecs qui ont souvent pour conséquences chez l'enfant, soit la mise en place de comportements palliatifs, soit de compensation souvent trompeurs pour l'entourage, soit un comportement d'inhibition. L'éducation précoce doit donc tenter de prévenir les difficultés ou un certain nombre de difficultés, avant leur apparition. Selon Rondal [28], « Il faut durant les deux premières années, favoriser l'établissement de la base sémantique du langage... et également favoriser le fonctionnement correct des « outils périphériques »... sensoriel, perceptif et moteur (p. 15) ». Le but est d'aider l'enfant à communiquer avec le monde environnant ; monde des personnes, l'entourage social mais aussi avec celui des objets : manipulation et exploration

des objets, découvertes de leurs propriétés et de leurs relations, coordination des actions, élaboration des systèmes de représentation et de traitement, découvertes de l'espace.... (Clément P, Collabo V et al ., 2008.P .21)

#### **II/6.Le rôle des parents dans la prise en charge de leurs enfants**

Le thérapeute devra écouter et fournir un espace de parole aux parents afin de leur permettre d'exprimer leurs angoisses, leurs interrogations. L'orthophoniste tâchera de comprendre où ils en sont dans leur cheminement d'acceptation de cet enfant extraordinaire. Il s'agira de faire preuve d'empathie, de rester neutre et bienveillant. Le travail d'accompagnement parental consiste également à amener les parents à reconnaître les amorces de communication de l'enfant et à y répondre de façon adaptée. En effet, des mouvements du corps, des mimiques, des sons, des bruitages, des gestes de pointage peuvent ne pas toujours être reconnus comme tentatives de communication. Il s'agira ainsi de sensibiliser les parents à l'observation et l'évaluation des capacités communicatives de l'enfant. » . (Bresac M, Chigros M., 2012. P. 30).

#### **II/7.La prise en charge pluridisciplinaire des enfants en situation d'handicap mental :**

Le travail en équipe Dans certaines pathologies lourdes, l'intervention de plusieurs professionnels peut s'avérer indispensable. C'est ce qu'on appelle une démarche pluridisciplinaire : chaque spécialiste évalue les compétences et les déficits dans sa spécialité et constitue un projet de suivi. Bien que cette démarche soit incontournable, elle présente également un risque de morcellement du patient et des contradictions entre les indications des différents professionnels. C'est pourquoi ces projets pluridisciplinaires doivent être élaborés en concertation, à partir d'évaluations précises de chacun, tout en réajustant les projets et en se fixant des priorités. En outre, une dimension transdisciplinaire s'ajoute à la pluridisciplinarité, permettant une meilleure

répartition des objectifs en fonction des compétences et spécificités de chacun. Les différents intervenants mettent en commun leurs moyens pour un seul et même objectif. (Hily C, Senechal E., 2012.p.41).

Ainsi L'évaluation psychologique doit être organisée avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire qui permettra un travail en partenariat avec les enseignants, l'équipe éducative, l'équipe médicale (généticien, pédiatre, médecin scolaire, psychiatre...) et paramédicale (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien...) et la famille. Chacun apporte son concours à la prise en charge de l'enfant. Selon son âge, ses capacités et ses troubles des fonctions cognitives et sociales, l'enfant sera scolarisé en classe ordinaire à temps complet ou partiel (école maternelle ou élémentaire), en CLIS (classe d'intégration scolaire) ou en U.P.I (unité pédagogique d'intégration) ou en établissement spécialisé. (Clément P, Collabo V et al ., 2008.P .17).

**Synthèse :**

Le pronostic orthophonique est primordiale pour un prise en charge objective qui demande un suivie intense, dans le chapitre suivant nos aborderons notre cadre méthodologique et notre problématique de recherche.

# **La problématique**



La déficience intellectuelle considérée comme une sous classe des troubles neuro-développementaux intitulée trouble du développement intellectuel mais c'est aussi une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension ; des connaissances et de la cognition.

L'OMS a recensé plus d'un milliard ... et 20% d'entre elles vivent avec de grandes difficultés fonctionnelles au quotidien. 200 millions de personnes environ ont un handicap intellectuel (QI inférieur à 75) soit 2,6% de la population mondiale. Tout près de 3 % de la population sont atteints d'une déficience soit 221 000 personnes sur une population totale de 7 453 300 personnes selon les estimations fournies par l'office des personnes handicapées du Québec.

On estime aujourd'hui à 650 000 le nombre de citoyens français souffrants de pathologies handicapantes comme la trisomie ; l'autisme ; le polyhandicap et la déficience intellectuelle.( OMS, rapport mondial sur le handicap, 2020).

En France, la prévalence de la déficience intellectuelle légère est estimée entre 10 et 20 pour 1000, ce taux est similaire à ceux retrouvés dans les autres pays européens ou aux Etats-Unis. La variabilité d'un facteur de 1 à 2 résulte de des différentes approches utilisées pour repérer la population d'enfants avec déficience intellectuelle.

Le taux de prévalence en France est plus précis, de 3 à 4 pour 1000, proche d'autres données internationales (entre 2,7 et 4,4 pour 1000).

L'Algérie compte environ 2 millions de personnes en situation d'handicap selon l'office nationale des statistiques et le handicap lié à la compréhension et à la communication donc le handicap mental est de 32%

La naissance d'un enfant handicapé représente généralement pour une famille un bouleversement difficile à accepter. Souvent il n'est pas possible dès le premiers mois d'établir un diagnostic précis et d'apporter aux parents des réponses satisfaisantes à l'ensemble des questions qu'ils se posent. Il faut concilier cette incertitude avec la nécessité de faire face aux contraintes spécifiques que pose l'arrivée d'un enfant avec des besoins particulier dans un cadre familial qui n'y était pas préparé

L'enfant handicapé mental présente des difficultés en menant sa vie quotidienne tel que la réflexion, la conceptualisation, de communication, de décision, etc. Les incapacités qui en découlent peuvent avoir des degrés différents et perturber l'acquisition de la mémorisation des connaissances ; l'attention ; l'autonomie sociale et professionnelle ; la stabilité émotionnelle et le comportement

Et parmi les difficultés de l'enfant porteur de handicap mental les troubles du langage qui se manifestent par des retards simple ou même sévère et selon P. Oléron, "Le fonctionnement intellectuel ne doit pas être enrayé, mais au contraire, se développer dans des conditions psychologiques particulièrement satisfaisantes, pour favoriser simultanément le développement du langage".

A ce sujet, Oléron a montré dans ces recherches sur "le langage et le développement mental" que l'acquisition du langage verbal est plus rapide chez les sujets dont le quotient intellectuel est élevé; elle est retardée chez ceux qui présentent le QI le plus faible.

Dans les cas d'enfants présentant des déficits graves, la déficience s'accompagne d'une absence de langage verbal. C'est la preuve que son acquisition et son emploi dépendent d'un niveau suffisant de développement intellectuel, se révélant être la condition nécessaire à ceux-ci.

Dans les déficiences intellectuelles moins extrêmes, on peut penser que le langage n'est pas à considérer seulement comme conséquence d'un déficit intellectuel mais qu'il contribue à jouer un rôle dans le niveau des acquisitions cognitives.

Selon A. Rondal<sup>36</sup> (1985), "Entraînés à utiliser un codage verbal, les déficients mentaux améliorent leur performances. Ainsi, leur faible niveau de réussite ne résulte pas seulement d'un potentiel intellectuel limité, mais aussi de la difficulté à employer les moyens verbaux qui faciliteraient l'exécution des tâches".

On peut donc dire aisément que le développement mental et langagier sont complémentaires puisque les capacités cognitives, suffisamment structurées, rendent possible l'utilisation et la construction des phrases. Mais c'est aussi la reformulation des idées et des phrases, incitées notamment par le feed-back (action verbale en retour de correction et régulation du système d'émission d'origine) qui permettent de mieux les intégrer et d'accéder à un stade cognitif supérieur. C'est ce que l'on appelle le principe d'incorporation qui exige nécessairement l'assimilation du savoir, préalablement acquis, pour aller au delà. On voit donc le lien intime entre le langage et l'intelligence.

De cette continuité et dépendance entre développement mental et langage, on imagine aisément les difficultés qui s'exposent à l'enfant déficient mental. Il rencontre des obstacles pour s'exprimer verbalement (Tl<sub>g</sub>ge, Texpression, Tmorphosyntax) due à son handicap intellectuel et, conjointement, il lui est pénible d'explicitier avec des mots, sa pensée et son raisonnement d'action, puisqu'il a des carences langagières.

Selon l'étude faite par Mundy et al. (1988) et Smith et Von Tetzchner (1986), Concernant les effets sur la communication et le langage, une relation existe entre les capacités non verbales et l'acquisition du langage. La prévention

des troubles de la communication préverbale permettrait d'éviter d'éventuels troubles du langage. (Mundy et al. 1988)

La prise en charge de la déficience intellectuelle doit commencer très précocement, dès les premiers mois de vie lorsque la déficience est diagnostiquée à la naissance. Ainsi, une évaluation pluridisciplinaire régulière est nécessaire. Elle implique de nombreux professionnels : pédiatre, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, éducateur, orthophoniste, ergothérapeute... Cette appréciation globale des difficultés est donc indispensable afin de proposer des actions conjuguées et complémentaires, réfléchies en équipe, selon les besoins de l'enfant.

La prise en charge proposée par l'équipe pluridisciplinaire n'a pas forcément de visée normative ; elle a pour but d'aider l'enfant à exprimer et à montrer à son rythme, l'ensemble de ses potentialités et de favoriser son autonomie.

L'orthophoniste après l'évaluation du trouble de l'enfant handicapé met en place le pronostic avant de se lancer dans la prise en charge de ce dernier et le pronostic s'appuie sur beaucoup d'éléments qui permettront d'entamer la prise en charge et d'engager des résultats initial afin d'avancer dans son travail avec l'enfant. Selon l'étude faite par Laurie DANA sous thème « Pronostic orthophonique : analyse des conditions d'élaboration et de transmission par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès d'orthophonistes qui a pour objectif d'analyser les conditions d'élaboration et de transmission du pronostic orthophonique au moyen d'une enquête réalisée auprès d'orthophonistes ayant pour lieu d'exercice (ou dernier lieu d'exercice), la France. Cette enquête est composée de cinq entretiens semi-directifs préalables à la réalisation d'un questionnaire en ligne.

Dans cette étude le chercheur a émis trois hypothèses : la première est que la transmission du pronostic orthophonique n'était pas généraliser dans la profession, la deuxième dicte que son élaboration était sujette à des difficultés et la troisième est que le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique était certain mais qu'il nécessitait d'être renforcé. Et les trois hypothèses ont été validées. (Gamot L, Ravez S, 2019)

Nous avons remarqué durant notre pré enquête au niveau du centre psychopédagogique des inadaptés mentaux de Bejaia que le langage des enfants diffère d'un enfant à un autre selon le degré de sévérité du handicap et des troubles associés.

A partir des études antérieures citées et des remarques faites durant notre pré enquête, nous proposons d'étudier le pronostic du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental. A cet égard, comment établir le pronostic orthophonique du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental ?

**L'hypothèse générale** : le pronostic du niveau du langage oral des enfants ayant le handicap mental se base sur plusieurs critères comme le quotient intellectuel, la prise en charge précoce, ..... ect

### **Les hypothèses secondaires :**

- 1- Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs d'handicap mental lorsque le degré de l'intelligence est élevé.
- 2- Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils bénéficiassent d'une prise en charge précoce
- 3- Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils ne présentent pas de troubles associées.

# **Partie pratique**

# **Chapitre IV**

## **La méthodologie de la recherche**

Préambule

1-La pré-enquête.

2-présentation de lieu de recherche.

3-le choix du groupe d'étude.

4-Les outils de recherche.

4-1.Le test du bonhomme.

4-2.l'observation.

4-3.Batterie épreuves d'évaluation du langage oral EEL.

5-Déroulement de la recherche.

5-1.Partie théorique.

5-2.Partie pratique.

Synthèse

## **Préambule**

Dans cette partie de notre recherche relative à la méthodologie de la recherche, nous présenterons les différentes étapes que nous avons suivies afin de réaliser notre recherche ; présenter la préenquête, l'enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche. Ensuite, nous présenterons les techniques utilisées. Dans ce fait, l'analyse de ces outils a pour but de nous permettre une meilleure connaissance du pronostic du développement du langage oral chez les enfants ayant une déficience intellectuelle à fin de vérifier nos hypothèses.

### **1- la préenquête :**

#### **1-a-Définition de la préenquête :**

« La pré-enquête est l'une des étapes les plus important dans toutes les recherches scientifiques, elle est phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposent un d'placement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. » (Cario. R., 2000).

Nous avons procédé la préenquête dans le but de valider la pertinence de notre question de départ, vérifier la disponibilité de groupe de recherche et aussi vérifier des hypothèses valides, pertinentes, fiables et argumentées.

Cette pré-étape sur le terrain est primordiale dans le sens où elle nous permet de, premièrement récolter toutes les informations nécessaires à notre recherche, deuxièmement, s'assurer de l'existence des conditions favorables pour la réalisation de notre étude, finalement, elle permet de sélectionner l'instrument le plus adéquat pour reprendre à notre problématique de recherche.

#### **1-b- le déroulement de la pré -enquête :**

Nous avons effectué notre préenquête au niveau de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia, dont le siège est situé à Iheddaden. En premier



lieu, le directeur et l'orthophoniste nous ont accueillis, et ils nous ont confirmé la disponibilité des cas, après cela, nous avons assisté aux séances pédagogiques dans différents niveaux de classes avec les éducatrices.

Dans l'étape suivante, nous avons essayé d'administrer notre batterie EEL sur un cas afin de tester notre outil de recherche, nous étions obligés de supprimer les deux mots (saucisson et jambon), car ils ne sont pas adaptés à notre culture. Les cas avaient du mal à comprendre et à prononcer la langue française et même la langue arabe, Par conséquent, nous étions obligés de traduire l'épreuve récit d'une histoire courte avec l'aide de l'orthophoniste en langue kabyle, nous avons aussi choisi juste les épreuves qui conviennent à l'âge mental des enfants et non à leur âge réel. Nous avons achevé notre pré-enquête au bout de deux (2) séances par semaine.

Donc cette pré-enquête nous a permis de valider notre thème de recherche qui est « le pronostic du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental ».

## **2- Présentation de lieu de recherche :**

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'association d'aide aux inadaptés mentaux à Iheddaden, une association qui a été créée en 1983, sous l'agrément 09 aout 1993, cette association est une unité de prise en charge des inadaptés mentaux des enfants et des adolescents qui est à caractère psychopédagogique, la capacité d'accueil ne dépasse pas 80 entre enfants et adolescents. Dans ce tableau nous présenterons la répartition et le nombre des cas :

**Tableau 02 : Répartition et nombre des cas des enfants et adolescents pris en charge dans le centre**

Centre	Pathologies	Sexe masculin	Sexes féminins	Total
Enfants	IMC	1	3	4
Adolescents		3	4	5
<b>TOTAL IMC</b>		4	5	11
Enfants	Trisomie 21	11	11	22
Adolescents		10	06	16
<b>Totale trisomie 21</b>		21	17	38
Enfants	Déficiência mentale	05	5	10
Adolescents		17	4	21
<b>Totale déficiencia mentale</b>		22	9	31
Enfants		17	19	36
Adolescents		30	14	44
<b>Total</b>		47	33	<b>80</b>

Source : établie par nous-mêmes à partir des fiches techniques du centre

Le nombre des intervenants (personnels administratifs, personnels psychopédagogiques, personnels éducatifs, personnels techniques) est de 20 membres, le tableau ci-dessus présente le personnel.

L'administration est assurée en premier lieu par le bureau du directeur du centre dont le rôle est de veiller au respect du règlement intérieur, il coordonne également, entre les volets administratifs psychopédagogiques, éducatifs et médico-sociaux. Le bureau du secrétariat du centre est assuré par sa secrétaire en matière de saisit, d'accueil d'orientation ....etc.

Tableau n 03 : Répartition du personnel du centre

Personnel	Masculins	Fémini n	Total	Situation		
				Permanents	Contrat AAIMB	Contrat DAS
Administration	01	01	02	01	01	0
Équipe psychopédagog ique	00	05	05	01	07	0
Éducateur	00	02	03	02	01	
<b>TOTAL</b>	02	18	<b>20</b>	05	13	02

Source : établie par nous-mêmes à partir des fiches techniques du centre

Le centre contient aussi 2 bureaux d'orthophonistes, le bureau de la psychologue, le bureau de la pédagogue, une salle pour la psychomotricité, une salle où les enfants prennent leurs siestes, une cuisine, une salle à manger et des sanitaires, une cour et un jardin pour la récréation.

Cet association comporte aussi :

- 4 classes pour enfants :

1. Classe éveil ; atelier expression, jeux ;
2. Classe intermédiaire ; atelier papier mâché ;
3. Classe préparatoire ; atelier Laine ;
4. Classe moyenne forte ; atelier varié.

- 5 classes pour les adolescents :

1. Classe, atelier stable ; atelier jardinage ;
2. Classe préparatoire ; atelier peinture ;

3. Classe moyenne niveau ; atelier céramique ;
4. Classe prés-scolaire ; atelier préapprentissage couturé, floral et cuir ;
5. Classe spéciale ; atelier graines et mosaïque.

### **-3-Choix du groupe d'étude :**

Nous avons mené cette étude auprès de quatre cas qui ont un retard mental. L'âge de cette population d'enfants est de 10 à 12 ans, cette population a été principalement recueillie dans l'association des inadaptés mentaux.

Tableau ne 04 répartitions de groupe d'étude :

Cas	Âge	Sexe	Durée de L'Insertion dans le centre
A	12 ans	Féminin	3 ans
B	10ans	Masculin	3ans
C	12ans	Masculin	4mois
D	11ans	Féminin	4 ans

Le groupe de notre étude répond à des critères pertinents et d'autres critères non pertinents qui sont comme suite :

#### **3.1. Critères pertinents :**

Tous les cas de notre population sont des handicapés mentaux ;

L'âge du groupe d'étude est situé entre (10-12ans) ;

Les patients sont insérés dans un centre psychopédagogique

### 3.2. Critères non pertinents :

Le sexe n'est pas pris en considération

Les maladies associées ne sont pas pris en considération

## 4 - Les outils de la recherche :

Dans notre recherche, nous avons utilisé ces outils :

### 4.1. Test du bonhomme :

Il s'agit, d'une situation généralement très attractive pour l'enfant qu'on lui demande simplement de dessiner un bonhomme, « le plus beau dessin que tu peux ». Le dessin réalisé par l'enfant pour fournir des informations simultanément sur différents aspects : moteur, perceptif, affectif, et intellectuel.

C'est dans cette dernière perspective, que Goodenough a repris le test initial du dessin d'un personnage de Machover. L'objectif est d'évaluer le niveau de développement mental d'un enfant est basé sur la sensibilité génétique de ce type d'épreuves puisque l'enfant, en grandissant, va dessiner des personnages de plus en plus complets et détaillés (cf. l'évaluation de la présentation humaine dans le dessin de l'enfant depuis le bonhomme «têtard» jusqu'au personnage complet et de profil).

Ces personnages pouvant correspondre à la projection de l'image du corps l'aspect clinique est projectif de ce dessin sera repris plus loin. Le système de notation, est basé sur la présence dans le dessin des aspects essentiels de la représentations (tête, membre) des différents détails (cheveux, doigt ,détails supplémentaires...),et tient également compte de la correction des proportions et de la coordination de différents éléments, le nombre de points obtenus (sur 51) est en rapport avec l'âge mental, il permettant après l'avoir comparés à l'âge réel de l'enfant (jusqu'à 13 ans), de calculer un QI, la validité a été vérifiée par une forte corrélation entre âge mental ou QI.Stanford-Binet et au test de dessin sur

334 enfants, par corrélation également significative avec la réussite scolaire, le test est évidemment sensible à l'entraînement (qui améliore les résultats), est à l'effet du sexe de l'enfant sur les aspects qualitatifs du dessin. Mais il est évident qu'une évaluation aussi rudimentaire du niveau du développement mental n'est gérée satisfaisante, en particulier, chez les plus grands. Un faible score peut être dus à un retard intellectuel, mais aussi à d'autres raisons comme une absence de motivation, des troubles du schéma corporel, des troubles grapper-certifs, ou de structuration spatiale, ou à des perturbations affectives. (Tourretette C.,2014.P.102/103/104).Voir l'annexe N

#### **4.2. L 'observation :**

L'observation est l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue, donc coupe, de l'ensemble.

Elle est un « processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orientée vers un objectif terminal ou organisateur et dirigée vers un objet pour en recueillir des informations » (De Ketele, 1980).

Nous avons élaboré notre grille d'observation on se base sur nos observations et nos hypothèses. Voir l'annexe N

#### **4.3. Batterie EEL1998 (épreuves pour l'examen du langage) :**

Publiée initialement en 1975, la batterie d'épreuves standardisées pour enfants de 5 à 8 ans rependait au besoin d'un instrument d'évaluation précise des aptitudes linguistiques (phonologique, lexicale et syntaxique) de l'enfant, qu'on peut mettre en rapport avec son développement cognitif.

La version de 1981 s'adresse à des enfants plus jeunes : (4ans et 4ans et demi). Il est vrai que, l'évaluation des aptitudes verbales dans les épreuves composites d'intelligence dont assez élémentaires , et ne suffisent pas à détecter des atteintes spécifiques ,les objectifs sont orientés vers le dépistage et la prise en charge :explorer des différents niveaux fonctionnels du langage, pour orienter la rééducation ,disposer d'un instrument adapté à l'enfant IMC, évaluer les effets de la rééducation ,dépister les difficultés verbales a l'âge préscolaire ,les auteurs s'appuient largement sur les travaux de Borel-Maisonny sur l'évaluation des troubles du langage ,dont les épreuves comportaient une évaluation du langage, de la parole et de l'articulation .

Un écart de 2 à 3ans entre le niveau du langage du l'enfant et son l'âge réel signalait un trouble important du langage. La batterie comporte deux formes : la forme p (petits) pour les enfants de 4 à 5 ans et la forme G (grands) pour les enfants de 5a 8 ans. Les deux étalonnages comportent au total 708 enfants. Elle comporte quatre parties dont trois concernant le langage et une la mémoire à court terme qui peuvent être administrées séparément .Une partie des épreuves est non verbale et donc intéressante pour les enfants ayant des difficultés de production (dyspraxies articulation des IMC).des indexations sont données pour la passation des enfants avec troubles de la motricité des membres supérieurs ou de la motricité bucco-faciale .LES Taches sont les suivantes :

\_Articulation : tache de répétition de syllabes.

\_phonologie : on explore les modalités de réalisation des séquences de phonèmes constituant le mot, dans trois épreuves : dénomination d'image, répétition de mots faciles, répétition de mots difficiles.

-Linguistique : on explore la dimension signification en compréhension et en production, dans plusieurs épreuves : tache de vocabulaire (dénomination), récit d'une histoire courte, exécution des ordres pas la manipulation du, matériel, connaissance des couleurs, classification de jetons, compréhension des mots

« différence » et « pareille » compréhension d'un récit et enfin désignation d'images.

\_Rétention : mémorisation de séquences verbales (phrases) et non verbales (série de chiffres), reproduction de structures rythmiques.

L'analyse des performances de l'enfant se fait sur les plans quantitatif (cotation en points ou en pourcentage de réussite) et qualitatif (analyse psycholinguistique). (Tourretette.C.,2014.P184/185).

Nous avons choisie 4 épreuves de la batterie EEL .voir l'annexe N

### **Épreuve de dénomination :**

Cette épreuve teste l'expression spontanée et la réalisation de la parole au niveau du mot.

### **Matériel :**

Cette épreuve comprend 33mots :

-26images.

-2images supplémentaires en noir : « doigt »et « nez ».

-5objets usuels qu'on trouve dans le matériel (gomme, glace, bouchon, bougie, allumette).

### **Passation :**

L'examineur présente les images, après les objets a l'enfant un par un en ordre, ensuite l'évaluateur commence son test en disant : « je vais te montrer des images, tu me diras ce qu'il y a sur l'image ».

-si l'enfant ne répond pas, on lui donne une définition.

- s'il donne un autre mot, on demande d'autre mot qui connait

-transcrire chaque mot phonétiquement

### **Cotation :**

- 0, si la repense de l'enfant et faux.

-(+) si la repense de l'enfant est correcte.

-(-) si la repense de l'enfant incohérente phonétiquement.



**Épreuve n 2 : épreuve différence**

L'enfant doit témoigner sa compréhension de la question, par la repense oral, ce test permet d'évaluer la compréhension d'un mot abstrait « différence » dont il doit l'appliquer à trois propriétés : forme, couleur, et taille. Voir l'annexe

**Matériel :**

L'examineur utilise les images originales qui existent dans le matériel de test :

- A et B portant sur la différence de forme.
- C et D portent sur la différence de couleur.
- E portes sur la différence de la taille.

**Passation :**

L'examineur présente les images deux par deux dans l'ordre porté sur la feuille de passation, il pose les questions pour chaque série.

**Cotation :**

- 2 points pour une réponse correcte pour la question (a) et une explication correcte à la question (b).
- 1 point si la réponse est fausse pour la question (a), mais que l'explication donnée en repense (b) est logique.
- toutes les autres formes de réponses sont notées (0).

La note maximum est 10, multipliez cette note par 10 ; il obtient ainsi la note sur 100.

**Épreuve n 03 : épreuve pareilles**

Cette épreuve a les mêmes objectifs de l'épreuve précédente, mais l'acquisition de la compréhension dans l'épreuve pareille est précoce, ce test peut être appliqué sans limitation, aux enfants qui ne peuvent s'exprimer oralement par réponse « oui » ou « non » ou par geste.

**Matériel :**

On utilise le même matériel de l'épreuve « différence ».

**Passation :**

Quand l'enfant n'obtient pas la note maximum dans l'épreuve de « différence », on propose cette épreuve. Alors l'examineur doit reprendre les cinq séries d'images de l'épreuve différence, il pose une seule question sans explication.

- est-ce qu'elles sont pareilles ?

**Cotation :**

-2points si la réponse est correcte.

-0 si la réponse est fausse.

**Remarque :** le déroulement des passations du test son été réalisé dans la langue maternelle des patients vu que la plupart des cas ne comprennent pas la langue française (juste la langue kabyle et arabe).

**Épreuve n 4 : récit d'une histoire**

Cette épreuve nécessite le décodage du message au niveau de la phrase, aussi de la signification générale du texte. L'enfant doit formuler des phrases et les organisés dans un récit qui se rapproche à celui donné par l'examineur.

**Matériel :**

Cette épreuve est tirée de la batterie prédictive d'Inizan « le temps d'apprendre à lire », par Armand colin-bourrelier. L'enfant raconte à son tour l'histoire que nous lui avons raconté. Dans cette épreuve, ils ont rajouté au texte original la proposition « parce qu'elle aimait bien sa poupée ».

**Passation :**

L'examineur lit l'histoire de la poupée lentement, ensuite, il demande à l'enfant de la lui raconter à son tour, en utilisant le magnétophone et sans lui poser des questions pour ne pas le perturber.

**Cotation :**

-1point pour chaque idée retenu et correspond aux mots soulignés dans le texte

-1point a l'expression « le jour même ».

Le texte comporte 50 mots alors on compte 2 point pour chaque mot, même si le mot n'appartient pas au texte, ne pas compter les redoublements de sujet pour un pronom.

### **5-le déroulement de la recherche :**

Cette dernière partie résume les circonstances de notre travail et le déroulement de notre recherche.

La partie théorique : après avoir récolté pas mal d'informations à travers des ouvrages et revus même des thèses et articles, nous avons défini notre problématique et les hypothèses, ensuite nous avons choisi une méthode de recherche et des outils fiables et valides.

La partie pratique : afin de réaliser notre recherche, nous avons commencé sur une période d'une semaine, nous nous sommes déplacés au centre afin de commencer notre pratique. Nous avons débuté par le test du bonhomme ; où ce test a pris environ 2 jours afin d'avoir les dessins des 4 cas, ensuite nous avons pris une journée pour compléter les grilles d'observations des cas à partir des anamnèses, et les informations données par l'orthophoniste et la psychologue.

Nous avons trouvés des difficultés pendant la période désignée pour pratiquer les épreuves de la batterie d'EEL ; où les cas s'absentaient durant cette période, mais nous étions aussi dans l'obligation de traduire et expliquer les épreuves aux cas en langue kabyle et le répéter plusieurs fois afin qu'ils comprennent les consignes, ce qui nous a pris pas mal du temps (5 semaines) aux raisons de 2 fois par semaine.

**Synthèse**

Dans le chapitre de la méthodologie, nous avons présenté les étapes, outils et la méthode que nous avons appliquée (descriptive) mais aussi les circonstances de notre recherche, ce qui nous a permis de répondre aux questions posées, rassembler les données et les résultats que nous allons analyser et interpréter afin de vérifier nos hypothèses.

# **Chapitre V**

## **Cadre pratique de la recherche**

### **1. présentation et analyse des résultats**

1/1 Présentation et analyse des résultats obtenus de cas « A »

1/2-Présentation et analyse des résultats obtenus de cas « B»

1/3-Présentation et analyse des résultats obtenus de cas « C »

1/4-Présentation et analyse des résultats obtenus de cas « D »

### **2. Discussions des hypothèses**

**Synthèse**

**Préambule :**

Dans ce dernier chapitre, nous avons présenté nos cas et analysé nos résultats et aussi discuter nos hypothèses

**1. Présentation de cas « A » :**

Le cas « A », est un enfant âgé de 12 ans et demi, d'une fratrie de trois enfants, selon les données recueillis dans l'anamnèse ; la grossesse et accouchement se sont passé dans de bonnes conditions, il a commencé à marcher a 1 ans, le cas a commencé à parler dès l'âge de un an et demi. Son père est décédé, sa mère une femme au foyer, le cas été déjà dans un établissement public, mais a eu des échecs scolaires, après en 22/03/2018 il a été intégré dans le centre dans la classe moyenne.

**1.1Présentation de Dessin du bonhomme de cas « A » :****1.2. Analyse qualitative des résultats du test du bonhomme de cas « A » :**

Après l'administration du test du bonhomme avec le cas « A », les résultats ont révélé un âge mental de 8 ans. Nous nous sommes référés au tableau du comportement adaptatif de l'enfant du DSM5 cité dans le (chapitre I la page20),

pour dégager le type du handicap nous avons trouvé qu'il présente : un retard mental léger. ANNEX N1/ANNEX N2

**Tableau n 05 : Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « A »**

	Absent	Présent	Commentaires
<b>Le quotient intellectuel</b>		✓	
-Léger		✓	
-Modéré			
-Grave			
-profond			
<b>Les troubles associés</b>	✓		
Troubles visuels			
Trouble auditif			
Les troubles du comportement			
Troubles du sommeil			
Problèmes organiques			
<b>La collaboration des parents dans la prise en charge</b>		✓	
-Les parents collaborent dans la prise en charge		✓	Juste la maman le père est décédée
-les parents ne collaborent pas dans la prise en charge			

<b>L'éducation précoce</b>		✓	4 ans
		✓	
-L'enfant a été pris en charge précocement		✓	
-L'enfant n'est pas pris en charge précocement			
<b>La prise en charge orthophonique</b>		✓	
La prise en charge orthophonique individuel		✓	
La prise en charge orthophonique collective		✓	
La prise en charge orthophonique dans les classes		✓	

### **1.3. Analyse des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « A » :**

À partir des résultats obtenus dans la grille d'observation présentée ci-dessus, l'enfant présente une déficience mentale légère, selon le dossier médical le cas « A » ne présente pas des troubles associés, en plus le père de l'enfant est décédé donc c'est la mère seule qui s'occupe de lui, l'enfant a été pris charge précocement à l'âge de 4 ans. L'enfant été pris en charge au niveau du centre



depuis 2018, comme la grille d'observation le démontre ; l'orthophoniste travaille avec le cas « A » individuellement et aussi collectivement même dans les classes.

#### 1.4. Présentation des résultats obtenus des épreuves de la batterie EEL de cas « A »

**Tableau n 06 : Présentation des résultats obtenus de l'épreuve dénomination d'image cas « A »**

Item	Transcription phonétique	La note	Item	transcription Phonétique	La note
Table	/	0	Chaise	[akursi]	+
Lapin	[arnab]	+	Cigarette	/	0
Bébé	[bibi]	+	Stylo	[aStijlu]	+
Auto	[tobijl]	-	Casserole	[tawaw]	+
Roue	/	0	Arbre	[čəʒra]	+
Banane	[banan]	+	Brouette	/	0
Avion	/	0	Parapluie	[paʔaplwiʒ]	+
Couteau	[lmus]	+	Crayon	[qalam]	-
Poupée	[pupi]	+	Clé	[mfʔah]	+
Piano	/	0	Train	/	0
Maison	[axam]	+	Bouquet de fleurs	[fley]	-
Saucisson	/	0	Doigt	/	0
Fromage	/	0	Nez	[anfon]	+
Ciseaux	[mijqas]	+	Gomme	[mimha]	+
Jambon	/	0	Glace	/	0
Bougie	[tačma3t]	+	Bouchon	[bučun]	
Allumette	[abriʒkij]	+			

Total :  $(18 \times 100) / 21 = 85.71$

Le résultat : 85.71%

**Tableau n 07 : Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « A »**

Item	La note	La réponse de l'enfant
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[mizharja]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Non
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		[Tamqrant] [tamzyant ]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[mizharja]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Non
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ? (ou une différence) explique ?		[aswad]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		[□amcic]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un chat...un chat»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a		Oui

une différence ?	2	
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		[□amqran] [□amzjan]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		[ṭawa]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?	2	Oui
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		[□aswad] [wardi]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		[ṭawa]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?	2	Non
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ?(ou une différence) explique ?		[□aswad] [□aswad]

Total : 10X10=40

résultat : 100 %

**Tableau n 08 : Présentation des résultats obtenus dans l'Épreuve pareille de cas « A » :**

Items	La réponse de l'enfant	La note
Deux vases différents	Non	2
Deux vases semblables	Oui	2
Deux chats différents	Non	2
Deux casseroles différentes	Non	2
Deux casseroles semblables	Oui	2

Total : 10X10=100

Résultat : 100%

**Tableau n09 : présentations des résultats obtenus dans l'épreuve récit d'une histoire courte de cas « A »**

<u>Françoise</u> /a <u>reçu/une poupée</u>	Françoise tewdas_dtappupit	[Franswaz]
C'était une <u>belle</u> poupée /de <u>porcelaine</u> /	D yiwet n tppupilt icbhen atas temmug s ufxar	[ʦ3a ʦappupittcbah]
La poupée avait les yeux <u>bleus</u> /	Tappupilt ni tes3a allen tizegzawin	[Tappupitalnis][tizegzaw in]
Et une robe <u>jaune</u>	Akk d taqendurt tawrayt	[ʦsaawray]
Mais le <u>jour même</u> /ou Françoise avait reçu cette poupée, la poupée est <u>tombée</u> /et s'est <u>cassée</u> /	Ma3na as_niyakan degwacu itkseb Françoise tappupilt, ni teyli_as terzz	[ʦappupittayliʦarezz]

Françoise a beaucoup pleurée /parce qu'elle aimait /bien sa poupée/	Francoise tettru atas,acku ththibit mlih tappupiltis	[Franswaztettru]
---	--	------------------

Total : IED  $(3.5/6.5) \times 100 = 53,84$

Résultats : 53.84 %

**Remarque :** dans cette épreuve, nous n'avons coté que les idées sans les mots parce que c'est le nombre des idées qui nous intéresse et l'enchaînement des idées dans le récit pour pouvoir examiner la compréhension des enfants ayant un retard mental, précisément est ce que l'enfant handicapées mental peut exprimer ses idées est ce que il a des idées correcte.

**Tableau n 10 : analyse quantitative des résultats obtenus des quatre épreuves de cas « A » :**

Epreuves	Items	Résultats
Compréhension	Compréhension « différence »	100%
	Compréhension « pareil »	100%
Expression	expression « dénomination »	85.71%
	Expression « récit »	53.84%

### 1.5. Analyse qualitative des résultats obtenus des quatre épreuves de cas « A » :

Dans l'épreuve de dénomination d'image nous avons présenté les images et les objets un par un à l'enfant, toujours dans le même ordre, celui dans lequel ils sont transcrits sur la feuille de passation, ensuite nous avons donné la consigne suivante à l'enfant « je vais te montrer des images, tu me diras ce qu'il y a sur l'image ». L'enfant a compris la consigne de départ, il a dénommé un nombre important de mots en kabyle même en arabe. Qui nous montre qu'il a une bonne compréhension et expression donc le cas à un taux de réussite de 85.71% dans le niveau phonologique :( [ʔarnab], [bəbə], [banan], [lmus], [pupi], [ʔaxam],[miqas], [kursj], [Stjlu], [ʔawa], [cʒra], [paraplɔw], [qalam], [mʔah],[ʔanfon],[mimha], [tačmaʒt],[bučunə], [brjkj]).

En revanche il a manifesté quelques difficultés 14.29% ; qui sont illustrés par des omissions : [ʔubjl], [qalam], [fley], il a aussi des difficultés dans le champ sémantique la reconnaissance des mots : table, roue, avion, piano, fromage, cigarette, brouette, doigt.

Dans l'épreuve de compréhension différence le cas « A » présente un taux de 100 % de réussite, il arrive à faire la différence et la ressemblance entre les deux vases et les deux casseroles, les deux chats .donc il a obtenu 0% de difficultés ce qui montre que l'enfant a été concentré et il a répondu à tous les items.

Le taux de réussite chez le cas « A » dans l'épreuve compréhension pareille est 100%, ce qui montre que l'enfant a été concentré et il a répondu à tous les items.

Dans l'épreuve récit d'une histoire courte, nous avons d'abord traduit le récit en kabyle même le répéter plusieurs fois pour que le cas comprenne l'histoire du

récit. Dans cette épreuve le niveau à examiner chez le cas « A » c'est le niveau pragmatique, qui englobe tous les niveaux du langage (chapitre II, page 49)

Le cas « A » à un taux de 53.84% de réussite en utilisation de la morphosyntaxe ; le cas a exprimé quelques idées ; en utilisant des phrases déclaratives : [ʦ3a ʦappittcbah]. Les résultats obtenus montre que l'enfant éprouve des difficultés 46.16% sont illustrées par difficultés d'enchaînement des idées à exprimer, il a éliminé la notion du temps (le jour même) et aussi il n'a pas utilisé tous les verbes qu'il faut :(a reçus, avait, aimait...). Nous avons négligé la cotation du nombre des mots parce que dans cette épreuve c'est le nombre et l'enchaînement des idées dans le récit qui nous intéresse.

### 1.6. Synthèse de cas « A » :

D'après les résultats des 3 outils utilisés (test du bonhomme, la grille d'observation de la prise en charge orthophonique, les quatre épreuves de la batterie EEL) nous avons les résultats suivantes :

**Outil 1 :** après l'analyse des résultats de test du bonhomme, le cas « A » présente un retard mental léger.

**Outil 2 :** après l'analyse des résultats de la grille d'observation, le cas ne présente pas des troubles associés , en plus il a été pris en charge depuis l'âge de 4 ans, malgré le décès du père ,la mère n'a pas cessé de collaborer dans la prise en charge de son enfant ,en plus la prise en charge orthophonique collective et individuelle même en classe dans le centre psychopédagogique.

**Outil 3 :** l'analyse des résultats des quatre épreuves de la batterie EEL concernons le niveau du langage oral montre : le cas « A » présente des points forts dans l'épreuve de la compréhension différence 100% de réussite, le score obtenus dans l'épreuve compréhension pareil est 100% de réussite qui se illustre dans la compréhension des consignes, la compréhension des dessins des

images. Par rapport aux épreuves de l'expression, le cas présente 85,71% de réussite, dans l'épreuve de dénomination d'image, par contre dans l'épreuve récit d'une histoire courte le cas « A » a obtenu 53,48 % de réussite : le niveau phonologique est bon. En revanche le cas « A » présente des difficultés dans cette épreuve qui se lustre dans des omissions et des substitutions des phonèmes, en plus des difficultés dans le champ sémantique (reconnaissance des mots), difficultés de présentation des idées enchaînée, le nombre d'idées est faible ,mais il y'a aussi la notion du temps qui est éliminée, les phrase ne sont pas formuler correctement, et une présentation des idées assez faible aussi .

### **2.1. Présentation du cas « B » :**

Le cas « B »est un enfant âgé de 9 ans, d'une fratrie de 5 enfants, c'est un enfant désiré ; la grossesse et l'accouchement normal, le cas a commencé à marcher à partir de 11 mois, son premier mot été remarqué à l'âge de 4 ans .La mère est une femme au foyer, son père est un militaire retraiter. Le cas a était intégrés déjà dans des établissements publics en première année primaire, mais y a eu des échecs scolaires, après en 03/05/2018 il était intégré dans le centre, il a des troubles a couse de convulsion à l'âge de 8 mois et c'est un cas qui souffre de TDA/H et il prend des médicaments.

### **Présentation du dessin de bonhomme de cas « B » :**





**2.2. Présentation et analyse de résultats du test du bonhomme de cas « B » :**

Après que nous avons effectué le test du bonhomme avec le cas « B », nous avons noté que son âge mental est 5 ans, après l'analyse quantitative nous avons obtenu le résultat suivant : 52, nous nous référant au tableau du comportement adaptatif de l'enfant du DSM5, citer dans chapitre I la page20, ce cas à un retard mental moyen. ANNEX N3

**Tableau n11 : Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas B**

	Absent	Présent	Commentaires
<b>Le quotient intellectuel</b>		✓	
-Léger			
-moyen		✓	
-Grave			
-profond			
<b>Les troubles associés</b>	✓		
Troubles visuels			
Trouble auditif			
Les troubles du comportement		✓	
Troubles du sommeil		✓	
Problèmes organiques			
<b>. La collaboration des parents dans la</b>		✓	

<b>prise en charge</b>			
-Les parents collaborent dans la prise en charge		✓	
-les parents ne collaborent pas dans la prise en charge			
<b>L'éducation précoce</b>			
-L'enfant a été pris en charge précocement		✓	Pris en charge à l'âge de 4ans
-L'enfant n'est pas pris en charge précocement			
<b>La prise en charge orthophonique</b>		✓	
La prise en charge orthophonique individuel		✓	
La prise en charge orthophonique collective		✓	
La prise en charge orthophonique dans les classes		✓	

La source : établie par nous-même à partir des anamnèses des cas

À partir des résultats obtenus dans la grille d'observation présenter ci-dessus, l'enfant présente une déficience mentale moyenne, aussi le cas ne présente des troubles associés (trouble du comportement, trouble du sommeil), en plus les deux parents collaborent dans la prise en charge de leur enfant et même l'éducation précoce est présente depuis l'âge de 4ans ,par rapport à la prise en charge dans le centre l'orthophoniste travaille avec le cas « B » individuellement et aussi collectivement même dans les classes.

### 2.3. Présentation des résultats obtenus des quatre épreuves EEL chez le cas « B »

**Tableau n12 : présentations des résultats obtenus de l'épreuve de dénomination de cas « B » :**

Item	transcription phonétique	La note	Item	transcription phonétique	La note
Table	/	0	Chaise	[tursi]	-
Lapin	[□anab]	-	Cigarette	/	0
Bébé	[bəbə]	+	Stylo	[tjlu]	-
Auto	[□ubil]	-	Casserole	[ṭawa]	+
Roue	/	0	Arbre	[əʒara]	-
Banane	[banan]	+	Brouette	/	0
Avion	/	0	Parapluie	[sjwan]	+
Couteau	[□lmu]	+	Crayon	[□alam]	-
Poupée	[pupi]	+	Clé	[fṭah]	-
Piano	/	0	Train	/	0
Maison	[□axxam]	+	Bouquet de fleurs	/	0
Saucisson	/	0	Doigt	/	0

Fromage	/	0	Nez	[□anfon]	+
Ciseaux	[miqs]	-	Gomme	[mimha]	+
Jambon	/	+	Glace	/	0
Bougie	[čamɣa]	+	Bouchon	[bučunə]	+
Allumette	[bjkj]	-			

$(11 \times 100) / 20 = 55\%$

Résultats : 55%

**Tableau n13 : Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « B »**

Item	La note	La réponse de l'enfant
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	Vase vase
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[mizharja]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Non

b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ? (ou une) explique ?		[□avrkan]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[□amcic]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un chat...un chat»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une ? (ou pas de différence).explique moi ?		[□amqran] [□amzyan]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		[Tawa] [tawa]
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		[Tawa] [tawa]
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a		

une différence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ?(ou une différence) explique ?		

Total : 4 X10=40

Résultats : 40

**Tableau n14 : Présentation des résultats obtenus dans l'Epreuve pareil de cas « B »**

Items	La réponse de l'enfant	La note
Deux vases différents	Non	0
Deux vases semblables	Oui	0
Deux chats différents	Non	2
Deux casseroles différentes	Non	0
Deux casseroles semblables	Oui	2

Total : 4X10=40

Résultat : 40%

**Tableau n 15 : Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve récit d'une histoire courte**

<u>Françoise</u> /a <u>reçu</u> /une <u>poupée</u>	François etewdasd tappupit	[franswaz]
C'était une <u>belle</u> <u>poupée</u> /de <u>porcelaine</u> /	Dyiwet n tppupilt icbhen atas temmug s ufxar	[tappupit]
La poupée avait les yeux <u>bleus</u> /	Tappupilt ni tes3a allen tizegzawin	[Allen,zegzawin]
Et une robe <u>jaune</u>	Akk d tagendurt tawrayt	Tawrayt

Mais le <u>jour même</u> /ou Française avait reçu cette poupée, la poupée est <u>tombée</u> /et s'est <u>cassée</u> /	Ma3na as_niyakan degwacu itkseb Françoise tappupilt, ni teyli_asterzz	[Tappupit,tylj]
Françoise a beaucoup <u>pleurée</u> /parce qu'elle <u>aimait</u> /bien sa poupée/	Francoise tettru atas,ackuth thibit mlih tappupiltis	[Franswas ,tettru]

Total : IDE (2.5/6.5)X100=38.46

Résultat : 38.46%

**Remarque :** dans cette épreuve, nous n'avons coté que les idées sans les mots parce que c'est le nombre des idées qui nous intéresse et l'enchaînement des idées dans le récit pour pouvoir examiner la compréhension des enfants ayant un retard mental, précisément est ce que l'enfant handicapé mental peut exprimer ses idées et si il a des idées correctes .

**Tableau n 16 : analyse quantitative des résultats obtenus des quatre épreuves de EEL de cas « B » :**

Epreuves	Items	Résultats
Compréhension	Compréhension « différence »	40%
	Compréhension « pareil »	40%
Expression	expression « dénomination »	55%
	Expression « récit »	38.46%

#### 2.4. Analyse qualitative des résultats obtenus des quatre épreuves de la batterie EEL de cas « B » :

Dans l'épreuve de dénomination d'image nous avons présenté les images et les objets un par un à l'enfant, toujours dans le même ordre, celui dans lequel ils sont transcrits sur la feuille de passation, ensuite nous avons donné la consigne suivante à l'enfant « je vais te montrer des images, « tu me diras ce qu'il y a sur l'image ». L'enfant a compris la consigne de départ, il a dénommé un nombre important de mots en kabyle même en arabe, qui nous montre qu'il a une bonne compréhension et expression donc le cas à un taux de réussite de 55% dans le niveau phonologique [bəbə], [banan], [mus], [pupi], [axam], [təwaw], [sɟwan], [anfon], [mimha], [čamɟa], [buɟunə]. En revanche il a manifesté quelques difficultés 45% de difficultés ; qui sont illustrés par des omissions : [□anab], [Obil] [miqs], [tɟlu] [□əɟara] [fɟah] [bjkj ], des substitutions : [tursi], [□alam]. Il a aussi des difficultés dans le champ sémantique la reconnaissance des mots table, lapin, roue, avion, piano, fromage, cigarette, brouette, crayon, train, bouquet de fleurs, doigt, glace.

Dans l'épreuve de différence le cas « B » présente un taux de 40%, il arrive à faire la différence entre les deux chats différents et les deux vase qui se ressemblent, en revanche il présente 60% de difficultés dans la reconnaissance des deux vases différents et les deux casseroles différents et semblables et l'explication pour quoi cette ressemblance et différenciation et parce que l'enfant a été turbulent.

Le taux de réussite de cas « B » dans l'épreuve pareille est de 40%, en revanche il présente 60% de difficultés dans la reconnaissance des deux vases et deux casseroles différents et les deux casseroles qui se ressemblent.

Dans l'épreuve, récit d'une histoire, nous avons d'abord traduit le récit en kabyle, même le répéter plusieurs fois pour que le cas comprenne l'histoire du



récit. Dans cette épreuve le niveau à examiner chez le cas « B » c'est le niveau pragmatique, qui englobe tous les niveaux du langage (chapitre II page 49)

Le cas « B » présente un taux de réussite, 38.46 %. En morphosyntaxe, il a exprimé quelques idées ; en utilisant des phrases déclaratives : [Tappupit,tylj]. En revanche, les résultats obtenus montrent que l'enfant éprouve 61.54% de difficultés, illustrées par difficultés d'enchaînement des idées à exprimer, utilisation des phrases incomplètes, il a éliminé la notion du temps ( le jour même ) et aussi il n'a pas utilisé tous les verbes nommés dans le récit :( a reçus, avait, aimait... ) , il présente aussi des troubles d'articulations [Allen,zegzawin], ça part rapport au l'âge mental de l'enfant et aussi son état durant l'évaluation (turbulent). Nous avons négligé la cotation du nombre des mots parce que c'est le nombres et l'enchaînement des idées du récit qui nous intéresse dans cette épreuve .

### 2.5. Synthèse du cas « B » :

D'après les résultats des 3 outils utilisés (test du bonhomme, la grille d'observation de la prise en charge orthophonique, les quatre épreuves de la batterie EEL) nous avons les résultats suivantes :

**Outil 1** : après l'analyse des résultats de test du bonhomme, le cas « B » présente un retard mental moyen,

**Outil 2** : après l'analyse des résultats de la grille d'observation, le cas présente des troubles de sommeil (il prend des médicaments) , en plus il a été pris en charge depuis l'âge de 3 ans ,les parents collaborent dans la prise en charge de leur enfant ,aussi la prise en charge orthophonique collective et individuelle même en classe dans le centre psychopédagogique est présente.

**Outil 3** : l'analyse des résultats des quatre épreuves de la batterie EEL concernons le niveau du langage oral montre : le cas « B » présente des points

forts dans l'épreuve de la compréhension différence 40% de réussite, le score obtenu dans l'épreuve compréhension pareil est 40% de réussite: la compréhension des consignes, la compréhension des dessins des images. Par rapport aux épreuves de l'expression, le cas présente 55% de réussite, dans l'épreuve de dénomination d'image, par contre dans l'épreuve récit d'une histoire courte le cas « B » a obtenu 38,46 % de réussite : le niveau phonologique est bon.

En revanche, le cas présente des difficultés dans cette épreuve qui se illustre dans des omissions et des substitutions des phonèmes, en plus des difficultés dans le champ sémantique (reconnaissance des mots), difficultés de présentation des idées enchaînée, le nombre d'idées est faible, mais il y'a aussi la notion du temps qui est éliminée, les phrases ne sont pas formulées correctement, et une présentation des idées assez faible aussi.

L'analyse des résultats des quatre épreuves de la batterie EEL montre :

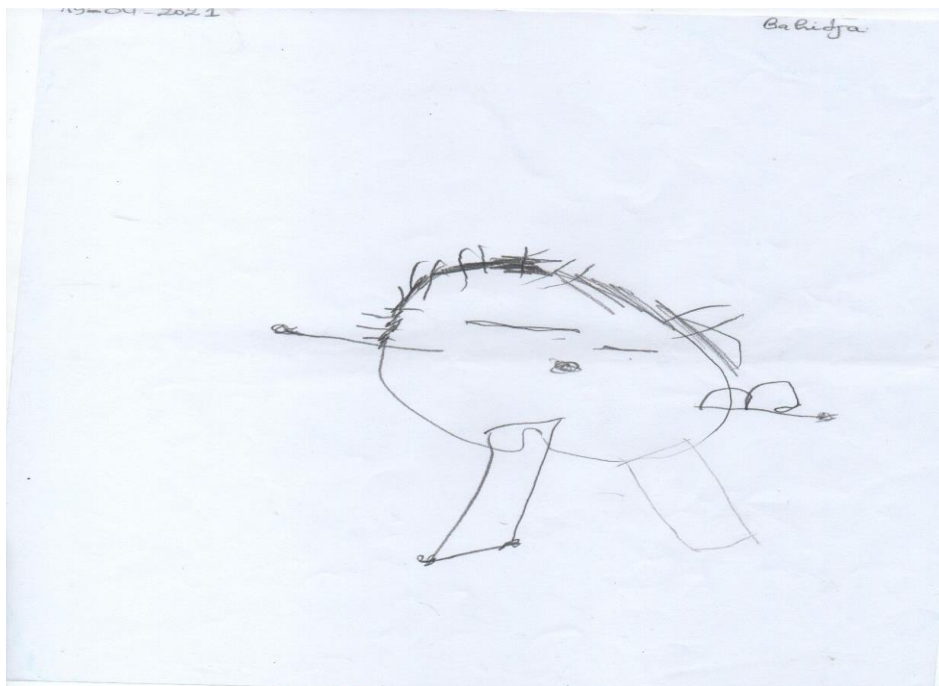
le cas présente des points forts dans la compréhension ; 40% de réussite dans l'épreuve de différence ,40% de réussite dans l'épreuve pareil ) : la compréhension des consignes, la compréhension des dessins des images, la différence et la ressemblance des images, en plus il présente des points forts aussi dans l'expression : (55% de réussite dans l'épreuve de dénomination , 38.46% de réussite dans l'épreuve récit d'une histoire courte) :le niveau phonologique est bon, présentation des idées. En revanche, le cas présente des difficultés dans l'explication (pourquoi les images se diffèrent ou se ressemblent), des omissions et des substitutions des phonèmes, en plus des difficultés dans le champ sémantique (reconnaissance des mots), difficultés de présentation des idées enchaînée, nombre des idées sont peu, la notion du temps est éliminée, présentation des phrases incomplètes.

Malgré la présence des troubles associées le cas B présente un niveau du langage oral est élevé par rapport aux résultats de la batterie EEL.

### 3.1. Présentation du cas « C » :

Le cas « C » est une fille âgée de 10 ans, classée cinquième d'une fratrie de 6 enfants, la grossesse et l'accouchement a été normal. Le cas à une préférence pour son troisième frère. Concernant son développement psychomoteur, il n'a rien signalé. Elle a marché à 18 mois et à prononcer son premier mot à 18 mois aussi. Elle communique verbalement et a acquis l'autonomie et la propreté à l'âge de 3 ans. Sa pathologie est la trisomie 21.

### 3.2. Présentation de dessin de bonhomme de cas « C »



### 3.3. Analyse des résultats du test du bonhomme de cas « C » :

La passation du test du bonhomme avec le cas « C », a révélé un âge mental de 4 ans et après l'analyse quantitative nous avons obtenu le résultat suivant : 39, et on nous référant au tableau du comportement adaptatif du DSM5 de l'enfant citer dans le chapitre I la page20, le cas à un retard mental moyen. ANNEX N 4

**Tableau n 17 : Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique du cas C :**

<b>Les facteurs endogènes</b>	Absent	Présent	Commentaires
<b>A. Le quotient intellectuel</b>		✓	
-Léger			
-Moyen		✓	
-Grave			
-profond			
<b>B. Les troubles associés</b>		✓	
Troubles visuels			
Trouble auditif			
Les troubles du comportement			
Trouble du sommeil			
Problèmes organiques			
<b>C.La collaboration des parents dans la prise en charge</b>		✓	
-Les parents			

collaborent dans la prise en charge		✓	
-les parents ne collaborent pas dans la prise en charge			
<b>D. L'éducation précoce</b>		✓	4 ans
-L'enfant a été pris en charge précocement		✓	
-L'enfant n'est pas pris en charge précocement			
<b>2. Les facteurs exogènes</b>	Absent	Présent	Commentaires
<b>a. La prise en charge orthophonique</b>		✓	
La prise en charge orthophonique individuelle		✓	

La prise en charge orthophonique collective		✓	
La prise en charge orthophonique dans les classes		✓	

Source : établie par nous-même à partir des anamnèses des cas

À partir des résultats obtenus dans la grille d’observation présenter ci-dessus, l’enfant présente une déficience mentale moyenne, aussi le cas ne présente pas des troubles associés, les deux parents collaborent dans la prise en charge de leur enfant et même l’éducation précoce est présente dès l’âge de 4ans, par rapport à la prise en charge dans le centre l’orthophoniste travaille avec le cas « C » individuellement et aussi collectivement même dans les classes.

**3.4. Présentation et analyse des résultats obtenus des épreuves d’ELL de cas « C » :**

**Tableau n 18 : Présentation des résultats obtenus de l’épreuve dénomination d’image de cas « C »**

Item	Transcription phonétique	Note	Item	Transcription phonétique	Note
Table	[tablə]	+	Chaise	[ʃətursi]	-
Lapin	[lapain]	+	Cigarette	/	0
Bébé	[bəbə]	+	Stylo	/	0
Auto	/	0	Casserole	[ʃawa]	+

Roue	/	0	Arbre	[čʒra]	+
Banane	[banan]	+	Brouette	/	0
Avion	[□abjan]	-	Parapluie	/	0
Couteau	[kuto]	+	Crayon	/	0
Poupée	/	0	Clé	[mfʔah]	+
Piano	/	0	Train	/	0
Maison	[□axam]	+	Bouquet de fleurs	/	0
Saucisson	/	0	Doigt	/	0
Fromage	[fumag]	-	Nez	[□axnuf]	+
Ciseaux	/	0	Gomme	/	0
Jambon	/	0	Glace	/	0
Bougie	/	0	Bouchon	/	0
Allumette	/	0			

Totale :  $(11 \times 100) / 14 = 79\%$

Le résultat : 79 %

**Tableau n 19 : Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « C » :**

Item	La note	La réponse de l'enfant
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[Məzharja]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	Məzharja
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ? (ou une différence) explique ?		
Tu vois ces 2 images		[□amcic]



Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un chat...un chat»		
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		[□Amqran] , [□amzjan]
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		[Tawa]
a)regarde bien .Est -ce qu'il y a une différence ?		Non
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	2	[ṭawa]
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		

a)regarde bien .Est –ce qu’il y a une différence ?		oui
b) pourquoi me dit tu qu’il n y a pas de différence ?(ou une différence) explique ?		[ <input type="checkbox"/> avrkan]

Totale : 6X10=60

résultat : 60%

**Tableau n 20 : Présentation des résultats obtenus de l’épreuve pareille de cas « C » :**

Items	La repense de l’enfant	La note
Deux vases différents	Non	0
Deux vases semblables	Oui	0
Deux chats différents	Non	2
Deux casseroles différentes	Non	2
Deux casseroles semblables	Oui	2

Totale : 6X10=60

Résultat : 60%

**Tableau n 21 : Présentation des résultats obtenus de l’épreuve récit d’une histoire courte du cas « C » :**

Françoise/a reçu/ une <u>poupée</u>	Françoise tewdas_dtappupit	[Franswaz]
C’était une <u>belle</u> poupée /de	D yiwet n tppupilt icbhen atas temmug s ufxar	[pupi,belə]

<u>porcelaine</u> /		
La poupée avait les yeux <u>bleus</u> /	Tappupilt ni tes3a allen tizegzawin	
Et une robe <u>jaune</u>	Akk d taqendurt tawrayt	
Mais le <u>jourmême</u> /ou Françoise avait reçu cette poupée, la poupée est <u>tombée</u> /et s'est <u>cassée</u> /	Ma3na as_niyakandegwacuitkseb Françoise tappupilt, ni teyli_as terzz	
Françoise a beaucoup <u>pleurée</u> /parce qu'elle <u>aimait</u> /bien sa poupée/	Francoise tettruatas, acku ththibit mlih tappupiltis	

IDE (1/6.5) X100=15,38

Résultats : 15,38 % Totale :

**Remarque :** nous n'avons côté que les idées sans les mots parce que c'est le nombre des idées qui nous intéresse dans cette épreuve et l'enchaînement des idées dans le récit, pour pouvoir examiner la compréhension des enfants ayant un retard mental, précisément est ce que l'enfant handicapées mental peut exprimer ses idées est ce que il a des idées correcte.

**Tableau n 22 : Analyse quantitative des résultats obtenus des quatre épreuves de la batterie EEL de cas « C » :**

Epreuves	Items	Résultats
Compréhension	Compréhension « différence »	60%
	Compréhension « pareil »	60%
Expression	expression « dénomination »	79 %
	Expression « récit »	15.38%

### 3.5. Analyse qualitative des quatre épreuves de EEL du cas « C » :

Dans l'épreuve de dénomination d'image, nous avons présenté les images et les objets un par un à l'enfant, toujours dans le même ordre, celui dans lequel ils sont transcrits sur la feuille de passation, ensuite nous avons donné la consigne suivante à l'enfant « je vais te montrer des images, « tu me diras ce qu'il y a sur l'image ». L'enfant a compris la consigne de départ, il a dénommé un nombre important de mots en kabyle même en français ,ce qui montre qu'il a une bonne compréhension et expression donc le cas à un taux de réussite de 79%% dans le niveau [tablə],[lapain],[bəbə],[banan],[kuto],[axam],[əkursi],[ɕawa],[cɜra],[mfɕah],[□axnuf].

En revanche il a manifesté quelque difficulté 21 %; qui sont illustrés par des omissions : [fumag], substitutions [□abjan] et aussi des difficultés dans le

champ sémantique, (la reconnaissance des mots) : Roue, cigarette, brouette, crayon, train, bouquet de fleurs, doigt, glace, allumette, bouchon, jambon, saucisson.

Dans l'épreuve de différence le cas « C » arrive à faire la différence entre les deux vases et les deux casseroles différentes, et les deux chats différents donc il présente 60% de réussite, en revanche il présente un taux de 40 % de difficultés qui sont illustré dans la reconnaissance des deux vases semblables les deux casseroles semblables et l'explication pourquoi cette ressemblance, ce qui indique que le cas a un manque de concentration.

Le taux de réussite dans l'épreuve pareille pour le cas « C » est de 60% ou il arrive à faire la différence entre les deux chats et les deux casseroles différents et les deux casseroles qui se ressemblent, cependant il présente des difficultés 40 % dans les deux items restants qui sont : les deux vases semblables et aussi les deux vases différents.

Dans l'épreuve, récit d'une histoire courte, nous avons d'abord traduit le récit en kabyle, même le répéter plusieurs fois pour que le cas comprenne l'histoire du récit. Dans cette épreuve le niveau à examiner chez le cas « C » c'est le niveau pragmatique, qui englobe tous les niveaux du langage (chapitre II page 49).

Dans cette épreuve, le niveau à examiner chez le cas « C » est le niveau pragmatique, qui englobe tous les niveaux du langage (chapitre II page 49). Le cas « C » a un taux de 15.38 % de réussite en utilisant la morphosyntaxe. Le cas a exprimé 3 idées avec des phrases déclaratives : [Franswaz] [pupi,belə] .

En revanche les résultats montrent que le cas a de grandes difficultés (84.62%), qui sont illustrées par la difficulté d'enchaînement des idées à exprimer , utilisation des phrases incomplètes , élimination de la notion du temps ( le jour même ) et aussi la non-utilisation de tous les verbes nommés dans le récit: ( a reçus, avait, aimait...).

### 3.6. Synthèse de cas « C » :

D'après les résultats des 3 outils utilisés (test du bonhomme, la grille d'observation de la prise en charge orthophonique, les quatre épreuves de la batterie EEL) pour pouvoir déterminer le pronostic du niveau du langage oral chez le cas «C », nous avons constaté :

**Outil 1 :** après l'analyse des résultats de test du bonhomme, le cas « C » présente un retard mental moyen.

**Outil 2 :** après l'analyse des résultats de la grille d'observation, nous remarquons que le cas « C » ne présente pas des troubles associés, en plus les deux parents collaborent dans la prise en charge de leur enfant et même l'éducation précoce est présente dès l'âge de 4ans, par rapport à la prise en charge dans le centre l'orthophoniste travaille avec le cas « C » individuellement et aussi collectivement même dans les classes

**Outil 3 :** l'analyse des résultats des quatre épreuves de la batterie EEL concernons le niveau du langage oral montre : le cas « C » présente des points forts dans l'épreuve de la compréhension différence 60% de réussite, le score obtenu dans l'épreuve compréhension pareil est 60% de réussite: la compréhension des consignes, la compréhension des dessins des images. Par rapport aux épreuves de l'expression, le cas présente 79% de réussite, dans l'épreuve de dénomination d'image, par contre dans l'épreuve récit d'une histoire courte le cas « C » a obtenu 15.38 % de réussite : le niveau phonologique est bon.

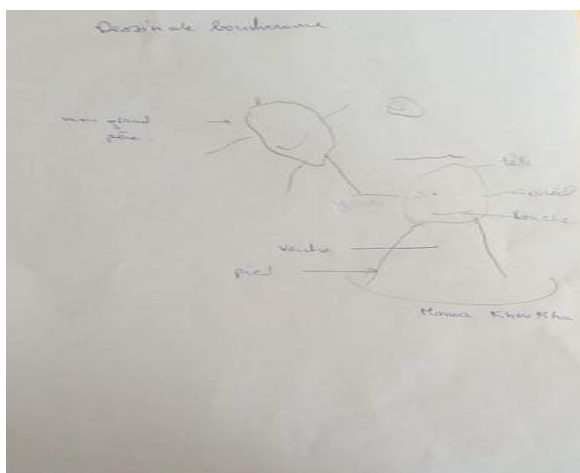
En revanche, le cas présente de grandes difficultés dans l'explication des images qui se diffèrent ou se ressemblent. Il manifeste aussi des difficultés qui sont illustré par des omissions et des substitutions des phonèmes, en plus des difficultés dans le champ sémantique (reconnaissance des mots), de présentation des idées enchaînée, le nombre d'idées est faible, mais il y'a aussi la notion du

temps qui est éliminée, les phrases ne sont pas formulées correctement, et une présentation des idées assez faible aussi.

#### 4.1. Présentation du cas « D » :

Le cas « D » est un garçon âgé de 11 ans intégré au centre en mars 2021. L'enfant souffre de déficience mentale et souffrait plus jeune de diarrhée chronique et de la thyroïde et aussi d'insuffisance cardiaque.

#### 4.2. Présentation de dessin du bonhomme du cas « D » :



#### 4.3. Analyse des résultats du test du bonhomme de cas « D » :

Après la passation du test du bonhomme avec le cas « D », nous avons noté que son âge mental est 5 ans et après l'analyse quantitative nous avons obtenu le résultat suivant : 48, on se référant au tableau du comportement adaptatif de l'enfant du DSM5 cité dans le chapitre I la page 20, ce cas a un retard mental moyen. ANNEX N5

**Tableau n 23 : Présentation des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « D »**

<b>Les facteurs endogènes</b>	Absent	Présent	Commentaires
<b>A. Le quotient intellectuel</b>		✓	
-Léger			
-moyen		✓	
-Grave			
-profond			
<b>B. Les troubles associés</b>	✓		
Troubles visuels			
Trouble auditif			
Les troubles du comportement			
Troubles du sommeil			
Problèmes organiques		✓	
<b>C. La collaboration des parents dans la prise en charge</b>		✓	
-Les parents collaborent dans la			



prise en charge		✓	
-les parents ne collaborent pas dans la prise en charge			
<b>D.L'éducation précoce</b>			
-L'enfant a été pris en charge précocement		✓	Pris en charge à l'âge de 3ans
-L'enfant n'est pas pris en charge précocement			
<b>2. Les facteurs exogènes</b>	Absent	Présent	Commentaires
<b>a. La prise en charge orthophonique</b>	✓		
La prise en charge orthophonique individuel			
La prise en charge orthophonique collective			
La prise en charge orthophonique dans les classes			

#### 4.4. Analyse des résultats de la grille d'observation de la prise en charge orthophonique de cas « D » :

À partir des résultats de notre grille d'observation le cas « D » à un retard mental moyen selon les résultats de test de bonhomme et aussi selon le tableau de comportement adaptatif de l'enfant page 20. On constate aussi que le cas présente des problèmes organiques et selon l'orthophoniste les deux parents collaborent dans la prise en charge du cas. Il a été pris en charge précocement et concernant sa prise en charge orthophonique vu qu'il est nouvellement intégré on constate que les séances orthophonique individuel et en groupe et les séances sont limiter pour les considérer comme prise en charge.

#### 4.5. Présentations des résultats obtenus des quatre épreuves de la batterie EEL du cas « D » :

**Tableau n 24 : Présentation des résultats obtenus de l'épreuve de dénomination de cas « D » :**

Item	Transcription phonétique	Note	Item	Transcription phonétique	Note
Table	[Table]	+	cigarette	/	0
Lapin	[□apin]	-	Stylo	[ksjlow]	-
Bébé	[bəbə]	+	casserole	/	0
Auto	[vwatyr]	+	Arbre	[□aby]	-
Roue	[ɣu]	-	Brouette	/	0
Banane	[banan]	+	parapluie	[paplwi]	-
Avion	[□avjun]	+	crayon	/	0

Couteau	[kuto]	+	Clé	[klə]	+
Poupée	/	0	Train	/	0
Piano	[kjano]	-	Bouquet de fleurs	/	0
Maison	[Jəson]	-	Doigt	/	0
Saucisson	/	0	Nez	/	0
Fromage	[fomag]	-	gomme	/	0
Ciseaux	/	0	Glace	/	0
Jambon	/	0	bougie	[buzij]	-
Chaise	[səze]	-	Bouchon	/	0
Allumette	[bjiki]	-			

Totale :  $(7 \times 100) / 11 = 63,63$

Résultats : 63.63%

**Tableau n 25 : Présentation des résultats obtenus dans l'épreuve de différence de cas « D » :**

Item	La note	La réponse de l'enfant
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		Vase vase

a)regarde bien .Est –ce qu’il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu’il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?	0	
Tu vois ces 2 images Qu’est- ce qu’elles représentent ?		
Si l’enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»	0	Vase vase
a)regarde bien .Est –ce qu’il y a une différence ?		Non
b) pourquoi me dit tu qu’il n y a pas de différence ? (ou une différence) explique ?		
Tu vois ces 2 images Qu’est- ce qu’elles représentent ?		[□amcic]
Si l’enfant ne reprend pas, dire « un chat...un chat»	2	
a)regarde bien .Est –ce qu’il y a une différence ?		Oui
b) pourquoi me dit tu qu’il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		[amqran][amzyan]
Tu vois ces 2 images		

Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		[Tawa] [tawa]
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une différence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une différence ? (ou pas de différence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?	0	
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		[Tawa] [tawa]
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une différence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ?(ou une différence) explique ?		

Totale : 2X10=20

Résultats : 20

**Tableau n 26 : Présentation des résultats obtenus de l'épreuve pareille de cas « D » :**

Items	La repense de l'enfant	La note
Deux vases différents	Non	0
Deux vases semblables	Oui	0
Deux chats différents	Non	2
Deux casseroles différentes	Non	0
Deux casseroles semblables	Oui	0

Totale :  $2 \times 10 = 20$

Résultat : 20%

**Tableau n 27 : Présentation des résultats obtenus de l'épreuve récit d'une histoire courte de cas « D » :**

<u>Françoise</u> /a <u>reçu</u> /une <u>poupée</u>	Françoise tewdas_dtappupit	[franswaz]
C'était une <u>belle</u> <u>poupée</u> /de <u>porcelaine</u> /	D yiwet n tppupilt icbhen atas temmug s ufxar	[tappupit,bəl]
La poupée avait les yeux <u>bleus</u> /	Tappupilt ni tes3a allen tizegzawin	
Et une robe <u>jaune</u>	Akk d taqendurt tawrayt	
Mais le <u>jour même</u> /ou Françoise avait reçu cette poupée, la poupée est <u>tombée</u> /et s'est <u>cassée</u> /	Ma3na as_ni yakan deg wacu itkseb Françoise tappupilt, ni teyli_as terzz	

Françoise a beaucoup pleurée /parce qu'elle aimait/bien sa poupée/	Francoise tettru atas,acku ththibit mlih tappupiltis	
--	--	--

Totale : IDE  $(1.5/6.5) \times 100 = 23.07$

Résultat : 23.07%

**Remarque :** nous n'avons coté que les idées sans les mots parce que c'est le nombre des idées qui nous intéresse dans cette épreuve et l'enchaînement des idées dans le récit, pour pouvoir examiner la compréhension des enfants ayant un retard mental, précisément est ce que l'enfant handicapées mental peut exprimer ses idées est ce que il a des idées correcte.

**Tableau n 28: Analyse quantitative des résultats des quatre épreuves de la batterie EEI de cas « D » :**

Epreuves	Items	Résultats
Compréhension	Compréhension « différence »	20%
	Compréhension « pareil »	20%
Expression	expression « dénomination »	63.63%
	Expression « récit »	23.07%

### Analyse qualitative des résultats obtenus des quatre épreuves de la batterie EEL de cas « D » :

Dans l'épreuve de dénomination d'image nous avons présenté les images et les objets un par un à l'enfant, toujours dans le même ordre, celui dans lequel ils sont transcrits sur la feuille de passation, ensuite nous avons donné la consigne suivante à l'enfant « je vais te montrer des images, « tu me diras ce qu'il y a sur l'image ». L'enfant a compris la consigne de départ, il a dénommé un nombre important de mots en kabyle même en français, ce qui montre qu'il a une bonne compréhension et expression donc le cas à un taux de réussite. Le taux de réussite dans les niveaux phonologiques de cas « D » est de 63.63% : Il a compris et a dénommé un nombre pas mal de mots en français : [tablə], [bəbə], [banan], [kuto], [avjn], [klj]. Mais il a manifesté des difficultés (79% de difficultés) ; qui sont illustrés par des omissions : [apin] [fomag] [aby] [paplwi] mais aussi des substitutions [abjan] [ɣu] [kjano] [Jəson] [səze] [ksjlow] [buzij] [bjiki] et les difficultés dans le champ sémantique, (la reconnaissance des mots): Ciseaux, poupée, gomme, nez, cigarette, brouette, crayon, train, bouquet de fleurs, doigt, glace, bouchon, saucisson, jambon.

Dans l'épreuve de différence le cas « D » présente un taux de 20% réussite car il arrive à faire la différence entre les deux chats différents. Par contre il présente 80% de difficultés. Qui sont illustrés dans la reconnaissance de deux casseroles et les deux vases différents et qui se ressemblent.

Dans l'épreuve pareille le taux de réussite chez le cas « D » est de 20 % cette réussite illustre dans la différence entre les deux chats. En revanche le taux de difficultés est de 80% qui se manifestent dans la reconnaissance des deux casseroles et les deux vases différents et semblables.



Dans l'épreuve récit d'une histoire courte : nous avons été dans l'obligation de traduire le récit en kabyle même le répéter plusieurs fois, pour que le cas comprenne l'histoire du récit. Dans cette épreuve le niveau à examiner chez le cas « C » est le niveau pragmatique, qui englobe tous les niveaux du langage (chapitre II page 49.

le cas « D » à un taux de 23.07% de réussite ou il a exprimés 3 idées : [Franswaz], [pupi,belə] , le cas a trouvés des difficultés : (76,93% de difficultés) et ses difficultés sont illustrées par difficultés dans la morphosyntaxe y a pas des phrase complètes ,difficulté d'enchaînement des idées à exprimer aussi ; comme l'épreuve désigne , il a éliminé la notion du temps ( le jour même ) et aussi il n'as pas utilisé tous les verbes nommé dans le récit : (a reçus ,avait, aimait... ).Nous avons négligé la cotation de nombres de mots, parce que c'est le nombre et l'enchaînement des idées dans le récit.

#### 4.5. Synthèse de cas « D » :

D'après les résultats des 3 outils utilisés (test du bonhomme, la grille d'observation de la prise en charge orthophonique, les quatre épreuves da la batterie EEL) pour pouvoir déterminer le pronostic du niveau du langage oral chez le cas «D », nous avons constaté :

**Outil 1 :** après l'analyse des résultats de test du bonhomme, le cas « D » présente un retard mental moyen.

**Outil 2 :** après l'analyse des résultats de la grille d'observation, le cas « D » On constate aussi que le cas présent des problèmes organiques. Et concernant la collaboration de ses parents les deux collaborent dans la prise en charge dans sa prise en charge. Il a été pris en charge précocement et concernant la prise en charge orthophonique : vu qu'il est nouvellement intégré on remarque que les séances orthophonique individuel et en groupe sont limiter pour les considérer comme prise en charge.

**Outil 3 :** L'analyse des résultats des quatre épreuves de la batterie EEL montre : le cas « D », présente des points forts dans la compréhension ; 20% de réussite dans l'épreuve de différence, 20% de réussite dans l'épreuve pareil : la compréhension des consignes, la compréhension des dessins des images, mais aussi dans l'expression ; 63.63% de réussite dans l'épreuve de dénomination ,23.07% de réussite dans l'épreuve récit d'une histoire courte : le niveau phonologique est bon et il a un niveau de compréhension assez bon. En revanche, il présente de grandes difficultés dans l'explication des images qui se diffèrent, en plus les omissions et les substitutions des phonèmes, en plus des difficultés dans le champ sémantique (reconnaissance des mots), la difficulté de présentation des idées enchaînée, le nombre d'idées sont faible et peu, il y'a aussi la notion du temps qui est éliminée, et la non-formulation des phrases correctement, et une présentation des idées assez faible aussi.

Les épreuves de la batterie EEL, nous a permet d'investiguer les points forts et les points de faiblesse concernant la compréhension et l'expression des cas. Nous avons pu examiner et tester un peu de la compréhension et l'expression, pour voir a peut prés le taux de réussite et difficultés du langage oral chez l'enfant ayant un handicap mental. Suite au manque des moyens (SPSS) et de temps nous n'avons pas pu passer toutes les épreuves de la batterie EEL pour calculer la note de la compréhension et l'expression, mais on a estimé les points forts et les points de faiblesse de l'enfant porteur d'handicap mental.

## **2. La discussion des hypothèses :**

Nous rappelons le principe des hypothèses émis dans notre recherche,

### **L'hypothèse générale :**

Le pronostic du niveau du langage oral des enfants ayant le handicap mental se base sur plusieurs critères comme le quotient intellectuel, l'éducation précoce, ....ect

**Les hypothèses secondaires :**

Le pronostic du niveau de langage est bon chez les enfants porteurs d'handicap mental lorsque le degré de l'intelligence est élevé.

Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils bénéficieraient d'une prise en charge précoce.

Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils ne présentent pas de troubles associés.

**2.1. La première hypothèse :**

Le principe de notre hypothèse dicte :

Le pronostic du niveau de langage est bon chez les enfants porteurs d'handicap mental lorsque le degré de l'intelligence est élevé.

D'après l'analyse des données des tests du bonhomme et les épreuves de la batterie EEL les résultats sont définis dans le tableau suivant :

Tableau N 29 : le degré du retard mental et le développement du langage oral

Le cas	Le type de retard mental selon le test du bonhomme	Le niveau du langage oral selon la batterie EEL			
		Compréhension		Expression	
le cas « A »	Léger	Différence	Pareil	Dénomination	Récit
		100% de réussite	100% de réussite	85.71% de réussite	53.84% de réussite

le cas « B »	Moyen	Différence 40% de réussite	Pareil 40% De réussite	Dénomination 55% de réussite	Récit 38.46% De réussite
Le cas « C »	moyen	Différence 60 % de réussite	Pareil 60% de réussite	Dénomination 79% de réussite	Récit 15.38% de réussite
Le cas « D »	Moyen	Différence 20% de réussite	Pareil 20% de réussite	Dénomination 63.63 %de réussite	Récit 23.07% de réussite

Le tableau ci-dessus, illustre les résultats obtenus dans le test d'intelligence et le test du langage. En ce qui concerne le test d'intelligence nous remarquons que le cas « A » présente un retard mental léger selon le test du bonhomme. En ce qui concerne le niveau du langage selon la batterie EEL, le taux de réussite dans la compréhension déference est : 100 %, la note obtenus dans l'épreuve compréhension pareil est 100% de réussite, par rapport à l'expression le cas « A » a obtenus 85.71% de réussite dans l'expression dénomination d'image, en plus il a obtenus 53.84% de réussite dans l'expression récit d'une histoire courte.

Le cas « B » présente un retard mental moyen selon le test du bonhomme, En ce qui concerne le niveau du langage oral selon la batterie EEL, le taux de réussite dans la compréhension déference est : 40% de réussite, la note obtenue dans l'épreuve compréhension pareil est 40% de réussite, par rapport à l'expression le cas « B » a obtenus 55% de réussite dans l'expression dénomination d'image, en plus 38.46% de réussite dans l'expression récit d'une histoire courte.

Le cas « C » présente un retard mental moyen selon le test du bonhomme, En ce qui concerne le niveau du langage oral selon la batterie EEL, le taux de réussite dans la compréhension déference est 60 % de réussite, la note obtenus dans l'épreuve compréhension pareil est 60 % de réussite, par rapport à l'expression le cas « C » a obtenus 79 % de réussite dans l'expression dénomination d'image , en plus 15.38% de réussite dans l'expression récit d'une histoire courte.

Le cas « D » présente un retard mental moyen selon le test du bonhomme, En ce qui concerne le niveau du langage oral selon la batterie EEL, le taux de réussite dans l'épreuve compréhension déference est 20%, la note obtenus dans l'épreuve compréhension pareil est 20 % de réussite, par rapport à l'expression le cas « D » a obtenus 63.63% de réussite dans l'expression dénomination d'image , en plus 23.07 % de réussite dans l'expression récit d'une histoire courte.

De ce qui procède, après l'analyse de contenus, on constate que quand le degrés de l'intelligence est élevé chez les enfants porteurs d'handicap mental ,le score concernons le niveau du langage oral obtenus dans la batterie EEL est élevé, aussi à partir de là ont déduit que cette première hypothèse « Le pronostic du niveau de langage est bon chez les enfants porteurs d'handicap mental lorsque le degré de l'intelligence est élevé » est confirmer par rapport aux cas « A », « B », « C ».

Par contre, malgré le degré de retard mental est moyen le score du langage oral obtenus dans la batterie EEL est bas par rapport au cas « D », donc l'hypothèse qui dicte que « Le pronostic du niveau de langage est bon chez les enfants porteurs d'handicap mental lorsque le degré de l'intelligence est élevé » est infirmé par rapport au cas « D ».

Aujourd'hui, on sait qu'il y a imbrication et que l'aspect conceptuel du langage est indissociable de l'intelligence et de la psychologie de la personne. (Monique C., 2007. p290).alors le langage ne se sépare pas de l'intelligence.

## 2.2. La deuxième hypothèse :

Notre deuxième hypothèse est : Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils bénéficieraient d'une prise en charge précoce.

D'après l'analyse des données la grille d'observation et les épreuves de la batterie EEL les résultats sont défini dans le tableau suivant :

Tableau N 30 : l'éducation précoce et le développement du langage oral

Le cas	Education précoce	Le niveau du langage oral selon la batterie EEL			
le cas « A »	Depuis 4 ans	Compréhension		Expression	
		Différence 100% de réussite	Pareil 100% de réussite	Dénomination 85.71% de réussite	Récit 53.84% de réussite
le cas « B »	Depuis 3 ans	Différence 40% de réussite	Pareil 40% De réussite	Dénomination 55% de réussite	Récit 38.46% De réussite
Le cas « C »	Depuis 4 ans	Différence 60 % de réussite	Pareil 60% de réussite	Dénomination 79% de réussite	Récit 15.38% de réussite
Le cas « D »	Depuis 3ans	Différence 20% de réussite	Pareil 20% de réussite	Dénomination 63.63 %de réussite	Récit 23.07%

Selon le tableau ci-dessous, nous remarquons que, le cas « A » été pris en charge précocement depuis l'âge de 4 ans, nous remarquons aussi que le niveau du langage oral est bon donc la prise en charge précoce joue un rôle primordiale dans l'amélioration du niveau du langage oral

Le cas « B » été pris en charge depuis l'âge de 4 ans, nous remarquons aussi que le niveau du langage oral est bon donc la prise en charge précoce joue un rôle primordiale dans l'amélioration du niveau du langage oral.

Le cas « C » été pris en charge depuis l'âge de 4 ans, nous remarquons aussi que le niveau du langage oral est bon donc la prise en charge précoce joue un rôle primordial dans l'amélioration du niveau du langage oral.

Le cas « D » été pris en charge depuis l'âge de 3 ans, nous remarquons malgré la prise en charge précoce du cas le score du langage oral est bas selon les résultats de la batterie EEL.

A partir de cela, notre deuxième hypothèse est confirmée avec les cas

« A », « B », « C », et elle est infirmer par rapport aux cas « D ».

### **3. La troisième hypothèse :**

Le pronostic du niveau du langage est bon chez les enfants porteurs de handicap mental lorsqu'ils ne présentent pas de troubles associées.

D'après l'analyse des donnés de la grille d'observation et les épreuves de la batterie EEL les résultats sont défini dans le tableau suivant :

Tableau N 31 : troubles associées et le développement du langage oral

Le cas	Les troubles associées	Le niveau du langage			
le cas « A »	Absent	Compréhension		Expression	
		Différence 100% de réussite	Pareil 100% de réussite	Dénomination 85.71% de réussite	Récit 53.84% de réussite
le cas « B »	Trouble du sommeille  Trouble du comportement	Différence 40% de réussite	Pareil 40% De réussite	Dénomination 55% de réussite	Récit 38.46% De réussite
Le cas « C »	absent	Différence 60% de réussite	Pareil 60% de réussite	Dénomination 79% de réussite	Récit 15.38% de réussite
Le cas « D »	Problèmes organique	Différence 20% de réussite	Pareil 20% de réussite	Dénomination 63.63 %de réussite	Récit 23.07% de réussite

Selon le tableau ci-dessous, nous remarquons que, le cas « A » ne présente pas des troubles associées nous remarquons aussi que le niveau du langage oral est bon, donc l'absence des trouble associé permis l'amélioration du niveau du langage oral.

Le cas « B » présente des troubles de sommeil et trouble du comportement, nous remarquons aussi que le score du niveau du langage oral selon la batterie



EEL est élevé alors malgré la présence des troubles associés le cas à un score élevé concernant le niveau du langage oral.

Le cas « C » ne présente pas des troubles associées, nous remarquons aussi le score obtenus de la batterie EEL que le niveau du langage oral est élevé .Donc l'absence des trouble associé permis l'amélioration du niveau du langage oral.

Le cas « D » présente des problèmes organiques. Nous remarquons aussi que le score du niveau du langage oral selon la batterie EEL est bas alors la présence des troubles associés affect le développement du langage oral.

Après les résultats obtenus, notre troisième hypothèse est confirmé avec les cas « A », « C », « D », par contre elle est infirmer par rapport au cas « B » ; malgré la présence des troubles associés le cas à un scores élevé dans le niveau du langage oral selon la batterie EEL.

Les troubles sensoriels chez l'enfant trisomique sont constants. Tous les organes des sens sont atteints non dans leur périphérie mais dans la perception que l'enfant peut avoir au niveau central, cérébral, des messages reçus. Les cinq sens étant touchés, cela entraîne en particulier le dysfonctionnement de la mise en place du système cognitif chez le bébé atteint de trisomie. Cet aspect, à lui seul, explique et exige la prise en charge précoce, dès les premiers jours ou mois qui suivent la naissance. (Monique C., 2007.P24).

A partir des résultats recueillis dans les outils que nous avons utilisés la grille d'observation et le test de langage, nous constatons que tous les critères évoqués dans les hypothèses partielles sont important (le degré de l'intelligence, l'éducation précoce et les troubles associé) dans le pronostic du niveau ultérieur du langage. A partir de là nous pouvons dire que Pour réussir la prise en charge des enfants porteurs d'handicap mental, L'orthophoniste lors qu'il trace le plan thérapeutique, il est amené à être très prudent dans son évaluation afin de faire

bien étudier le pronostic des enfant porteurs d'handicap parce que c'est une étape incontournable.

Pour les cas étudiés dans notre mémoire « A », « B », « C », « D », leurs résultats dans le test de langage et le test de l'intelligence et la grille d'observation démontre qu'ils (les 04 cas) ont un bon pronostic. Nous avons constaté ces résultats à partir de l'étude de plusieurs critères (le degré de l'intelligence, l'éducation précoce, les troubles associés).

Nous pouvons dire que notre hypothèse générale qui dicte : Le pronostic du niveau du langage oral des enfants ayant le handicap mental se base sur plusieurs critères comme le quotient intellectuel, l'éducation précoce, ...ect ,est confirmé avec les cas « A », « B », « C », « D » .

### **Synthèse :**

En dernier lieu, il reste à souligner qu'on ne peut pas généraliser les résultats de nos hypothèses car chaque cas est différent d'un autre et les résultats ne sont pas définitives.

# **Conclusion**

Les enfants ayant un handicap mental ont des difficultés dans plusieurs domaines qui affectent leurs quotidiens par conséquent la prise en charge psychopédagogique est nécessaire afin d'améliorer les capacités de ces enfants et de poursuivre leurs vies normalement.

Cette étude a pour objectif de décrire le pronostic du développement du langage des enfants porteurs de handicap mental et de décrire les facteurs qui influencent, le niveau du langage.

Nous avons répondu à nos interrogations et atteindre notre objectif à travers une étude de quatre cas intégrés dans le centre psychopédagogique de Bejaïa, à l'aide d'une méthode descriptive.

Nous avons recueillis au cours de cette étude et grâce au test du bonhomme et la batterie EEL et la grille d'observations que nous avons utilisés un nombre importants d'informations et de données concernant les enfants et leurs handicap.

A travers l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus nous avons constaté que les cas présentent un niveau du langage élevé, ou ils présentent des points forts dans la compréhension et l'expression, et le taux de réussite est élevé par rapport au taux de difficulté. Nous avons constaté aussi d'après les résultats obtenus que malgré la présence des troubles associé chez le cas B le niveau du langage est élevé. Donc un bon pronostic orthophonique se base sur plusieurs critères : le quotient intellectuel, l'éducation précoce, les troubles associés...etc.

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances thérapeutiques sur le handicap mental de plus notre travail nous a conduit à définir et décrire le pronostic orthophonique des enfants porteurs d'handicaps mental.

Nous souhaitons également mettre en lumière le fait de prendre en considération dans la prise en charge orthophonique l'établissement du pronostic orthophonique qui est une étape primordiale dans la pratique professionnelle des orthophonistes.

# **Liste bibliographique**

## Liste bibliographique

---

1. Christophe, D., Even, L., & Bernard, R. -A. (2014). L'évaluation des compétences en milieu scolaire et en milieu professionnel. Belgique : De Boeck Supérieur.
2. Benoît Gauthier. (2003). Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données, <https://books.google.dz/books?id=ntCBCOBBSIYC&pg=PA160&dq=Simon+N.Roy+une+approche+m%C3%A9thodologique+qui+consiste&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiX3qrlODxAhUImxQKHZ4MBOYQ6AEwAHoECAMQAg#v=onepage&q=Simon%20N.Roy%20une%20a%20pproche%20m%C3%A9thodologique%20qui%20consiste&f=false>
3. Bresac, M., Chigros, M. prescrire l'orthophonie pour qui ?pourquoi ?
4. Brin-Henry F., et al (2010). Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues, Ortho Edition.
5. Broca, R. (2013). La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences : Repenser les pratiques de soin. Lyon, Chronique Sociale.
6. Buntinx W., Cancs C ., et al. Déficiences intellectuelles, [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/expcol\\_2016\\_DI\\_13ch.pdf?sequence=17](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/expcol_2016_DI_13ch.pdf?sequence=17)
7. CARIO, R. 2000.victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration social .paris, Ed harmattan. 2eme édition.
8. Carlier, M., Ayoum, C. (2007). Déficiences intellectuelles et intégration sociale. Wavre, Mardaga.
9. Chevrie-Muller, C. N. (2007). Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques. Paris, France : Elsevier Masson
10. Chevrie-Muller, C. N. (2007). Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques. Paris, France : Elsevier Masson.
11. Clément, P., Collabo, V., et al. (2008). Trisomie 21 : communication et insertion

## Liste bibliographique

---

12. CUILLERET, M. (2007). Trisomie et handicaps génétiques associés Potentialités, compétences, devenir.
13. Xiaoyan K et Jing L. (2007). Étude sur la déficience intellectuelle. Page 381
14. G.Siouffi, D. Van R(1999). Les 100 Fiches Pour Apprendre La Linguistique, Bréal
15. GUESSAIBIA -Nadia. (2012). Etude génétique du retard mental familial non spécifique.
16. Guide du recrutement, de l'accueil et du maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap au ministère chargé de l'agriculture élaboré par le comité d'hygiène et des conditions de travail ministériel page 20 ET 25
17. HAMONET-Claude. (2004). Que sais-je : Les personnes handicapées, page 82. 4ème éd. Paris : Presses Universitaires de France.
18. Hily, C., Senechal, E. juin (2012). L'orthophoniste, le patient et sa famille : une information adaptée pour un partenariat optimisé.
19. J. Du Bois. (1994). Dictionnaire De Linguistique Et Des sciences Du Langage, Larousse, Montréal.
20. Juhel J-C. (2012). La personne ayant une déficience intellectuelle : découvrir, comprendre, intervenir. Laval, Chronique sociale.
21. Laurie, D. juin (2019). Pronostic orthophonique : analyse des conditions d'élaboration et de transmission par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès d'orthophoniste.
22. Libermann-Romain. (2003). Handicap et maladie mentale. 5ème éd. Paris : Presses Universitaires de France.
23. Louis L. (2005). Abrégé sur les méthodes de recherche et la recherche expérimentale. Edition PUQ.



## **Liste bibliographique**

---

24. Myriam- Winance. (1980 et 2001). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS.
25. RONDAL J-A. (2003). L'évaluation du langage. 2e édition. Liege, Mardaga.
26. Rondal J-A., et al (1999). Troubles du langage : Bases théoriques, diagnostic et rééducation. Bruxelles, Mardaga.

# **Annexes**

ANNEX N1

**BONHOME DE GOODENOUGH**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>DATE DE NAISSANCE :</b>
1-présentation de la tête		11 a-Articulation des bras
2-présence des jambes		11 b-Articulation des jambes
3-présence des bras		12 a-Proportion de la tête
4 a-présence du tronc		12 b-Proportion des bras
4b-tronc plus haut que large		12 c-Proportion des jambes
4 c-Epaules nettement indiquées		12 d-Proportion des pieds
5 a-Attache des bras et jambes		12 e-bras et jambes en 2 dimension
5 b-Attache à l' endroit exacte		13- Talon indiqué
6 a –Présence du cou		14 a- Coordination motrice (type A)
6 b-Prolongement ligne du cou		14 a-coordination motrice (type B)
7 a- présence des yeux		14 b- coordination motrice (tête)
7 b-présence du nez		14 d- Coordination motrice (tronc)
7 c-Présence de la bouche		14 e- Coordination motrice (visage)
7 d- Nez, bouche en 2 dimension		14 f- Coordination motrice (visage)
7 e- Narines indiquées		15 a-Présence des oreilles
8 a-Cheveux représentés		15 b- position et corporation correctes
8 b- Cheveux couvrant bien la tête		16 a –Détails des yeux : cils ou sourcils
9 a-Présences des vêtements		16 b-Pupille
9 b- Au moins 2 pièces de vêtements		16 c-proportion des yeux
9 c-Aucune transparence		16 d- regard 1
9 d- Au moins 4 pièces de vêtements		17 a- front et menton représentés 0
9 e-vêtement complet		17 b-Dépassement de menton
10 a- présence des doigts		18 a-Profil A (tête, tronc pieds)
10 b- Présence des doigts		18 b-Profil B

10 c-détails des doigts corrects

10 d- opposition du pouce

10 e- Mains distinctes

TOTALE :

Nombre de points par âge :

3 ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans

PI-Goodenough :

2 6 10 14 18 22 26 30 34 28 42

$QI = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}}$

## ANNEX N2

## BONHOMME DE GOODENOUGH

NOM : A	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE : 16/08/2009
1-présentation de la tête 1		11 a-Articulation des bras 1
2-présence des jambes 1		11 b-Articulation des jambes 1
3-présence des bras 1		12 a-Proportion de la tête 0
4 a-présence du tronc 1		12 b-Proportion des bras 1
4b-tronc plus haut que large 0		12 c-Proportion des jambes 1
4 c-Epaules nettement indiquées 0		12 d-Proportion des pieds 0
5 a-Attache des bras et jambes 1		12 e-bras et jambes en 2 dimension 1
5 b-Attache à l' endroit exacte 1		13- Talon indiqué 0
6 a –Présence du cou 0		14 a- Coordination motrice (type A) 0
6 b-Prolongement ligne du cou 0		14 a-coordination motrice (type B) 0
7 a- présence des yeux 1		14 b- coordination motrice (tête) 0
7 b-présence du nez 0		14 d- Coordination motrice (tronc) 0
7 c-Présence de la bouche 1		14 e- Coordination motrice (visage) 1
7 d- Nez, bouche en 2 dimension 0		14 f- Coordination motrice (visage) 0
7 e- Narines indiquées 0		15 a-Présence des oreilles 1
8 a-Cheveux représentés 1		15 b- position et corporation correctes0
8 b- Cheveux couvrant bien la tête 0		16 a –Détails des yeux : cils ou sourcils0
9 a-Présences des vêtements 0		16 b-Pupille 1
9 b- Au moins 2 pièces de vêtements 0		16 c-proportion des yeux 1
9 c-Aucune transparence 1		16 d- regard 1
9 d- Au moins 4 pièces de vêtements 0		17 a- front et menton représentés 0
9 e-vêtement complet 0		17 b-Dépassement de menton 1

10 a- présence des doigts 1

18 a-Profil A (tête, tronc pieds) 1

10 b- Présence des doigts 0

18 b-Profil B 0

10 c-détails des doigts corrects 0

10 d- opposition du pouce 1

10 e- Mains distinctes 1

TOTALE : 24

Nombre de points par âge :

3 ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans

PI-Goodenough :

2 6 10 14 18 22 26 30 34 28 42

$QI = \frac{\text{l'âge mental}}{\text{l'âge réel}} \times 100$

$QI = \frac{8 \times 12}{12 \times (12 + 4 \text{ mois})} \times 100$

$QI = 96 / 148 \times 100$

QI= 64

## ANNEX N3

## BONHOME DE GOODENOUGH

NOM : B	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE : 20/09/2011
1-présentation de la tête 1		11 a-Articulation des bras 0
2-présence des jambes 1		11 b-Articulation des jambes 0
3-présence des bras 1		12 a-Proportion de la tête 0
4 a-présence du tronc 0		12 b-Proportion des bras 0
4b-tronc plus haut que large 0		12 c-Proportion des jambes 0
4 c-Epaules nettement indiquées 0		12 d-Proportion des pieds 0
5 a-Attache des bras et jambes 0		12 e-bras et jambes en 2 dimension 0
5 b-Attache à l' endroit exacte 0		13- Talon indiqué 0
6 a –Présence du cou 0		14 a- Coordination motrice (type A) 0
6 b-Prolongement ligne du cou 0		14 a-coordination motrice (type B) 0
7 a- présence des yeux 1		14 b- coordination motrice (tête) 0
7 b-présence du nez 1		14 d- Coordination motrice (tronc) 0
7 c-Présence de la bouche 1		14 e- Coordination motrice (visage) 0
7 d- Nez, bouche en 2 dimension 0		14 f- Coordination motrice (visage) 0
7 e- Narines indiquées 0		15 a-Présence des oreilles 0
8 a-Cheveux représentés 1		15 b- position et corporation correctes0
8 b- Cheveux couvrant bien la tête		16 a –Détails des yeux : cils ou sourcils0
9 a-Présences des vêtements 0		16 b-Pupille 1
9 b- Au moins 2 pièces de vêtements 0		16 c-proportion des yeux 1
9 c-Aucune transparence 1		16 d- regard 0
9 d- Au moins 4 pièces de vêtements 0		17 a- front et menton représentés 0
9 e-vêtement complet 0		17 b-Dépassement de menton 0
10 a- présence des doigts 1		18 a-Profil A (tête, tronc pieds) 0

10 b- Présence des doigts 1

18 b-Profil B 0

10 c-détails des doigts corrects 0

10 d- opposition du pouce 0

10 e- Mains distinctes 0

TOTALE : 12

Nombre de points par âge :

3 ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans

PI-Goodenough :

2 6 10 14 18 22 26 30 34 28 42

$QI = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}} \times 100$

$QI = \frac{5 \times 12}{10 \times (12 + 4 \text{ mois})} \times 100$

$QI = \frac{60}{124} \times 100$

QI= 48

Le degré de QI est moyen



## ANNEX N4

## BONHOME DE GOODENOUGH

NOM : C	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE : 16/08/2009
1-présentation de la tête 1		11 a-Articulation des bras 0
2-présence des jambes 0		11 b-Articulation des jambes 0
3-présence des bras 1		12 a-Proportion de la tête 0
4 a-présence du tronc 0		12 b-Proportion des bras 0
4b-tronc plus haut que large 0		12 c-Proportion des jambes 0
4 c-Epaules nettement indiquées 0		12 d-Proportion des pieds 0
5 a-Attache des bras et jambes 0		12 e-bras et jambes en 2 dimension 0
5 b-Attache à l' endroit exacte 0		13- Talon indiqué 0
6 a –Présence du cou 0		14 a- Coordination motrice (type A) 0
6 b-Prolongement ligne du cou 0		14 a-coordination motrice (type B) 0
7 a- présence des yeux 1		14 b- coordination motrice (tête) 0
7 b-présence du nez 1		14 d- Coordination motrice (tronc) 0
7 c-Présence de la bouche 0		14 e- Coordination motrice (visage) 0
7 d- Nez, bouche en 2 dimension 0		14 f- Coordination motrice (visage) 0
7 e- Narines indiquées 0		15 a-Présence des oreilles 0
8 a-Cheveux représentés 1		15 b- position et corporation correctes0
8 b- Cheveux couvrant bien la tête 0		16 a –Détails des yeux : cils ou sourcils0
9 a-Présences des vêtements 0		16 b-Pupille 0
9 b- Au moins 2 pièces de vêtements 0		16 c-proportion des yeux 1
9 c-Aucune transparence 0		16 d- regard 0
9 d- Au moins 4 pièces de vêtements 0		17 a- front et menton représentés 0
9 e-vêtement complet 0		17 b-Dépassement de menton 1
10 a- présence des doigts 0		18 a-Profil A (tête, tronc pieds) 0
10 b- Présence des doigts 0		18 b-Profil B 0

10 c-détails des doigts corrects 0

10 d- opposition du pouce 0

10 e- Mains distinctes 0

TOTAL : 7

Nombre de points par âge :

3 ans   4 ans   5 ans   6 ans   7 ans   8 ans   9 ans   10 ans   11 ans   12 ans   13 ans

PI-Goodenough :

2        6        10        14        18        22        26        30        34        28        42

$$QI = \frac{\text{l'âge mental}}{\text{l'âge réel}} \times 100$$

$$QI = \frac{(4 \times 12)}{(10 \times 12) + \text{mois}} \times 100$$

$$QI = \frac{48}{124} \times 100$$

$$QI = 39$$

## ANNEX N5

## BONHOME DE GOODENOUGH

NOM : D      PRENOM :      DATE DE NAISSANCE : 20/09/2011

1-présentation de la tête 1	11 a-Articulation des bras 0
2-présence des jambes 1	11 b-Articulation des jambes 0
3-présence des bras 0	12 a-Proportion de la tête 0
4 a-présence du tronc 0	12 b-Proportion des bras 0
4b-tronc plus haut que large 0	12 c-Proportion des jambes 0
4 c-Epaules nettement indiquées 0	12 d-Proportion des pieds 0
5 a-Attache des bras et jambes 0	12 e-bras et jambes en 2 dimension 0
5 b-Attache à l' endroit exacte 0	13- Talon indiqué 0
6 a –Présence du cou 0	14 a- Coordination motrice (type A) 0
6 b-Prolongement ligne du cou 0	14 a-coordination motrice (type B) 0
7 a- présence des yeux 1	14 b- coordination motrice (tête) 1
7 b-présence du nez 0	14 d- Coordination motrice (tronc) 0
7 c-Présence de la bouche 1	14 e- Coordination motrice (membre) 0
7 d- Nez, bouche en 2 dimension 0	14 f- Coordination motrice (visage) 0
7 e- Narines indiquées 0	15 a-Présence des oreilles 1
8 a-Cheveux représentés 0	15 b- position et corporation correctes0
8 b- Cheveux couvrant bien la tête 0	16 a –Détails des yeux : cils ou sourcils0
9 a-Présences des vêtements 0	16 b-Pupille 0
9 b- Au moins 2 pièces de vêtements 0	16 c-proportion des yeux 1
9 c-Aucune transparence 0	16 d- regard 0
9 d- Au moins 4 pièces de vêtements 0	17 a- front et menton représentés 0
9 e-vêtement complet 0	17 b-Dépassement de menton 0
10 a- présence des doigts 0	18 a-Profil A (tête, tronc pieds) 0

10 b- Présence des doigts 0

18 b-Profil B 0

10 c-détails des doigts corrects 0

10 d- opposition du pouce 0

10 e- Mains distinctes 0

TOTALE : 12

Nombre de points par âge :

3 ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans 9 ans 10 ans 11 ans 12 ans 13 ans

PI-Goodenough :

2 6 10 14 18 22 26 30 34 28 42

$QI = \frac{\text{l'âge mental}}{\text{l'âge réel}} \times 100$

$QI = \frac{5 \times 12}{(10 \times 12) + 4 \text{ mois}} \times 100$

$QI = \frac{60}{124} \times 100$

QI= 48%

Le degré de QI est moyen

## ANNEX N 6

Grille d'observation de la prise en charge orthophonique :

<b>Les facteurs endogènes</b>	absent	Présent	Commentaires
<b>A. Le quotient intellectuel</b>			
-Léger			
-Moyen			
-Grave			
-profond			
<b>B. Les troubles associés</b>			
Troubles du sommeil			
Les troubles du comportement			
Troubles visuels			
Trouble auditif			
Problèmes organiques			
<b>C. La collaboration des parents dans la prise en charge</b>			
-Les parents collaborent dans la prise en charge			
-les parents ne collaborent pas dans la prise en charge			
<b>D. L'éducation précoce</b>			
-L'enfant a été pris en charge précocement			
-L'enfant n'est pas pris en charge précocement			
<b>2. Les facteurs exogènes</b>	absent	Présent	Commentaires
<b>a. La prise en charge orthophonique</b>			
La prise en charge orthophonique individuel			

---

La prise en charge orthophonique collective			
La prise en charge orthophonique dans les classes			
L'ancienneté de l'orthophoniste			

## ANNEX N 7

Item	Transcription phonétique	La note	Item	transcription Phonétique	La note
Table			Chaise		
Lapin			Cigarette		
Bébé			Stylo		
Auto			Casserole		
Roue			Arbre		
Banane			Brouette		
Avion			Parapluie		
Couteau			Crayon		
Poupée			Clé		
Piano			Train		
Maison			Bouquet de fleurs		
Saucisson			Doigt		
Fromage			Nez		
Ciseaux			Gomme		
Jambon			Glace		
Bougie			Bouchon		
Allumette					

Epreuve de dénomination d'image :

Epreuve compréhensions déférences :

Item	La repense de l'enfant	La note
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		
Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une déférence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une déférence ? (ou pas de déférence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		

Si l'enfant ne reprend pas, dire « un vase...un vase»		
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une déférence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ? (ou une déférence) explique ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		
Si l'enfant ne reprend pas, dire« un chat...un chat»		
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une déférence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une déférence ? (ou pas de déférence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une déférence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il y a une déférence ? (ou pas de déférence).explique moi ?		
Tu vois ces 2 images Qu'est- ce qu'elles représentent ?		
Si l'enfant ne reprend pas, dire « une casserole...une casserole»		
a)regarde bien .Est –ce qu'il y a une déférence ?		
b) pourquoi me dit tu qu'il n y a pas de différence ?(ou une déférence) explique ?		



Epreuve compréhension pareil :

Items	La repense de l'enfant	La note
Deux vases différents		
Deux vases semblables		
Deux chats différents		
Deux casseroles différentes		
Deux casseroles semblables		

Epreuve expression récit d'une histoire courte :

Texte	Adrise	Transcription phonétique
Françoise /a <u>reçu</u> /une <u>poupée</u>	Francoise fkanasad tappupit	
C'était une <u>belle</u> poupée /de <u>porcelaine</u> /	D yiwet n tppupilt icbhen atas temmug s ufxar	
La poupée avait les yeux <u>bleus</u> /	Tappupilt ni tes3a allen tizegzawin	
Et une robe <u>jaune</u>	Akk d taqendurt tawrayt	
Mais le <u>jour même</u> /ou Françoise avait reçu cette poupée, la poupée est <u>tombée</u> /et s'est cassée/	Ma3na as_ni yakan deg wacu itkseb Françoise tappupilt, ni teyli_as terzz	
Françoise a beaucoup <u>pleurée</u> /parce qu'elle <u>aimait</u> /bien sa poupée/	Francoise tettru atas,acku ththibit mlih tappupiltis	

## 1. PHONOLOGIE : Dénomination

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

Coter chaque item 0, + ou –.

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

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

**4. ARTICULATION**

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

Coter chaque item 1 ou 0 point.

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

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

TOTAL = ..... / 6 =

ART

/ 6

**5. LINGUISTIQUE : Compréhension  
Les canards**

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

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

TOTAL = ..... / 9 =

CAD

/ 100

TOTAL = ..... / 15 =

CAN

/ 100

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

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

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

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

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

TOTAL = ..... x 10 =

DIF

/ 100

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





# **Le pronostic du niveau du langage oral chez les enfants porteurs de handicap mental**

## **Résumé :**

Cette recherche a pour objectif de décrire le pronostic du développement du langage oral chez les enfants porteurs d'handicap mental, Notre population d'étude est composée de 04 enfants porteurs de handicap mental.

Nous avons utilisé le test du bonhomme pour évaluer le degré d'intelligence des enfants porteurs de handicap mental et pour décrire l'âge de l'éducation précoce, et la présence des troubles associés de ces enfants en situation de handicap nous avons élaboré une grille d'observation. Nous avons utilisé aussi la batterie d'évaluation du langage oral EEL de CHEVERIE MULLER pour évaluer le langage oral des enfants porteurs de handicap mental (expression, compréhension).

Les résultats montrent que le pronostic du développement de langage des enfants porteurs d'handicap mentale dépend de plusieurs facteurs tels que le degré du quotient intellectuel ; l'éducation précoce ; les troubles associés.

## **Abstract:**

This research aims to describe the prognosis for the development of oral language in children with mental disabilities. Our population study is composed of four children with mental disabilities; we have used the snowman test to evaluate the intelligence level of this category of children

To describe the age of early education and the presence of the associated disorders of these disabled children we have developed an observation grid, we also used the evaluation battery of the oral language EEL of CHEVRIE MULLER to assess the oral language of children with mental disabilities (expression, comprehension)

The result indicates that the prognosis of language development in children with mental handicap depends on several factors such as the degree of the intellectual quotient; early education and associated disorders

Mots clés : Pronostic, Langage Oral, Handicap Mental