

Université

Abderrahmane Mira de Bejaia

Facultés des Sciences Humaines et Sociales

Département Psychologie Orthophonie

# Mémoire de fin du cycle

En vue d'obtention diplôme master

Option : Pathologie du langage et de la communication

Thème :

**L'effet d'acquisition de  
vocabulaire sur les capacités de  
lecture chez les enfants sourds  
implantés**

Réalisé par :

M<sup>elle</sup> CHIKHOUNT Melissa

M<sup>elle</sup> DAHMANI LYDIA

Encadré par :

Dr : BECHATA Mounir

2022/2023

Université

Abderrahmane Mira de Bejaia

Facultés des Sciences Humaines et Sociales

Département Psychologie Orthophonie

# Mémoire de fin du cycle

En vue d'obtention diplôme master

Option : Pathologie du langage et de la communication

Thème :

**L'effet d'acquisition de  
vocabulaire sur les capacités de  
lecture chez les enfants sourds  
implantés**

Réalisé par :

M<sup>elle</sup> .CHIKHOUNT Melissa

M<sup>elle</sup> .DAHMANI LYDIA

Encadré par :

Dr. BECHATA Mounir

## **Remerciements :**

Nous remercions tout d'abord le bon **DIEU** pour sa bénédiction, le courage, la volonté et la santé qu'il nous a offert pour l'accomplissement de ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre encadrant **Dr. BECHATA MOUNIR** pour

Toute sa disponibilité.

Un grand merci à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales, plus particulièrement ceux qui ont contribué à notre formation universitaire.

Nous souhaitons témoigner toute notre reconnaissance à **M. IDIRI ABEDLHAK et M. DJENANE ABDELHALIM**, nos encadrant sur terrain pour leurs encouragements, leurs orientations, leurs conseils et leurs contributions générale à l'élaboration de ce mémoire

Ainsi nous tenons également à remercier les parents de notre groupe d'étude qui ont acceptés de participer à la réalisation de ce modeste travail.

## Dédicace :

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

A l'homme, mon précieux offre de Dieu, qui doit ma vie, ma réussite de tout mon respect : mon cher papa **MOULOU**.

A la femme qui a souffert sans me laisser souffrir, qui n'a jamais dit non âmes exigences et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse : mon adorable mère **FARIDA**

A mes chères sœurs **MARINA et Emilie**, et mon âme **IMAD** qu'ils n'ont pas cessé de me conseiller encourager et soutenir tout au long de mes études que Dieu les protège et leurs offres la chance et le bonheur.

A mon adorable petite sœur **ALICIA** qui sait toujours comment procurer la joie et le bonheur pour toute la famille.

A mes grands-parents mes oncles mes tantes que Dieu Leur donne une longue et joyeuse vie.

A tous les cousin(e)s les voisin(e)s et les ami(e)s que j'ai connus jusqu'à maintenant.

Merci pour leurs amours et leurs encouragements

Sans oublier ma Binôme **LYDIA** qui est mon amie aussi tout au long de mon parcours universitaire.

**Melissa**

### **Dédicace :**

Je tien a remercier en premier lieu **ma maman** ma source d'inspiration dans aucune de ces mots sont en valeur de ce que tu m'as offert, sans toi ce travail n'aura jamais vu jour.

On seconde lieu **papa** je sais que tu es fière de ta fille voilà que aujourd'hui j'ai terminé mes études serte tu m'a pas vu porte ma première tenue de l'école mais voila que aujourd'hui je termine mes études.

C'est avec autant de reconnaissance que je remercie mon frère Nabil ainsi que ma sœur Lamia pour leurs soutiens

A mon cher mari Yanis pour sa patience ces encourageant et son soutien pendant toute la durée du travail.

Son oublié ma Binôme Melissa amie et collègue pour ce travail et surtout pour son amitié qui a duré 5ans dès notre premier exposé jusqu'à notre mémoire fin d'études.

**Lydia**

## Sommaire

Titre	Page
Liste des figures	
Liste des tableaux	
Introduction général	1
<b>Chapitre 1 : Cadre général</b>	
1- Problématique et hypothèses	1
2- Les définitions des mots clés	3
3- Choix du thème	5
4- Les objectifs de l'étude	6
5- L'importance de l'étude	7
6- Les études antérieures	8
<b>Coté théorique</b>	
<b>Chapitre 2 : la surdité et l'enfant sourd</b>	
Rappel anatomique	12
Définition de l'oreille	12
Oreille externe	13
Oreille moyenne	14
Oreille interne	15
Définitions de la surdité	16
La définition de la surdité selon l'oms	16
Définition de la surdité du point de vue médical	17
Définition dans le domaine de l'adulte	17
Définition selon LAROUSSA de la médecine	17
Un aperçu historique	17
Les causes de la surdité	21
Selon le lieu d'atteinte	21
Surdités de l'oreille moyenne	21
Surdité de minière	21

Les surdités brusques	22
Les étiologies	22
Etude clinique de la surdité (type)	23
L'enfant sourd	23
La surdité chez les nourrissons	24
La surdité à l'âge pré scolaire	25
<b>Chapitre 3 : Implant cochléaire</b>	
1. L'histoire de l'implant cochléaire	29
2. Définition de l'implant cochléaire	31
3. Les composants principaux de l'implant cochléaire	31
4. Comment fonctionne un implant cochléaire	33
5. Les objectifs de l'implant cochléaire	34
6. Indications de l'implantation cochléaire pédiatrique	34
7. Apports et limites de l'implant cochléaire	36
8. L'indication de l'implant cochléaire chez les enfants sourd	36
9. Indication audiométrique de l'implantation	36
10. Indication de l'implantation bilatérale	36
11. Le bilan pré implantation chez les enfants sourds	37
a) Le bilan audio prothétique	37
b) L'examen clinique ORL	37
c) Des examens pédiatriques	38
d) Un scanner des rochers	38
e) Le bilan orthophonique	38
f) Mode de communication	38
g) Perception auditive	38
12. Les étapes de l'implantation	38
a) Avant l'implantation	39
b) L'âge de l'implantation	39
c) Après l'implantation	41
13. Réglages	42

14. L'accompagnement	42
a. La rééducation auditive	43
b. Les évaluations auditives	43
a) De 0 à 3 ans après l'implantation	43
b) De 3 à 6ans après l'implantation	43
c) Plus de 6ans après l'implantation	43
15. Dans quels cas l'implantation est elle déconseillée	44
16. Les types d'implants cochléaires	45
Chapitre 4 : Le vocabulaire et la lecture	
Chapitre 5	
1. Les définitions du langage	47
2. Les étapes du développement langagier	48
3. Les voies de la lecture	49
4. Développement du langage chez l'enfant implanté	50
5. Définition de la lecture	51
6. Méthode d'apprentissage de la lecture	51
7. L'apprentissage de la lecture	53
a. L'apprentissage implicite	53
b. L'apprentissage explicite	53
8. La définition du vocabulaire	54
9. La différence entre le lexique et le vocabulaire	54
10. L'acquisition du vocabulaire	55
11. Les composantes d'enseignements du vocabulaire	57
12. Les types de vocabulaire	57
a. Vocabulaire actif	57
b. Vocabulaire passif	57
c. Vocabulaire spécialisé	58
d. Vocabulaire oral	58
e. Vocal écrit	58
13. Le vocabulaire et la lecture	59



Partie pratique	
Chapitre 6 : Cadre méthodologique	
1. Pré enquête	60
2. Objectif de la pré enquête	61
3. Lieux de stage	61
a. Présentation du cabinet d'Akbou	61
b. Présentation du cabinet de Souk El Tnine	62
4. Présentation du groupe de recherche	62
5. L'échantillonnage	62
6. Déroulement de la recherche	62
7. La méthode de recherche	63
8. Les moyens de recherche	63
9. L'entretien	64
10. L'observation	64
11. Note d'observation	65
12. Le questionnaire	65
13. Contexte théorique du questionnaire :	66
14. Les caractéristiques statiques de la moyenne de recherche	66
a. Validité de cohérence interne	67
b. Validité de demi-segmentation	68
c. Constance	68
Chapitre 06 : interprétation, analyse des résultats et discussion des hypothèses	
I. Interprétation et analyse des résultats	70
1- Interprétation et analyse de la première hypothèse	70
2- Interprétation et analyse de la deuxième hypothèse	74
II. Discussion des hypothèses	76
1- Discussion de la première hypothèse	76
2- Discussion de la deuxième hypothèse	78
Conclusion	80

Liste bibliographique
Annexe
Résumé

## 1 Liste des figures

Figure n °	Titre	Page
Figure 1	Anatomie de l'oreille	12
Figure 2	Anatomie de l'oreille interne	14
Figure 3	Anatomie de l'oreille moyenne	15
Figure 4	Les cellules ciliés de la cochlée, dans l'oreille interne	16
Figure 5	Implant cochléaire	32
Figure 6	Indication d'implant cochléaire	32
Figure 7	Fonctionnement d'implant cochléaire	33
Figure 8	Implant cochléaire « appareil »	35
Figure 9	Types d'implant cochléaire	45

### Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b>	Montre la cohérence interne des dimensions du questionnaire
<b>Tableau 2</b>	Valeurs du coefficient de stabilité alpha de Cronbach pour l'échelle d'auto-efficacité perçue (n = 50).
<b>Tableau 3</b>	Différence des réponses de l'échantillon sur la présence des capacités de lecture
<b>Tableau 4</b>	Les différences des réponses de l'échantillon sur l'acquisition du vocabulaire

# **Introduction**

# Introduction

---

## **Introduction :**

La déficience auditive correspond à une baisse ou une perte de l'acuité auditive qui présente des conséquences psychologiques, linguistique, scolaire et social dissemblable, Aux différents degrés de surdité Vincent s'impliquer d'autres facteurs à prendre en compte : la surdité peut toucher une aux les deux oreilles. de plus la surdité peut être de naissance ou congénitale selon le schéma classique de l'hérédité , après la méningite , dans les otites répétitive mal soigné et d'autres surdité de cause inconnue selon des familles mal informées.(BOUTALEB.DJ,2008,P96)

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS) La surdité touche aujourd'hui dans le monde 360millions de personnes, 32 millions d'enfants on estime que 95% des sourds son n e de parent entendant. Une famille confrontée au handicap de son enfant va devoir évoluer avec cela faire des choix, adapter sa vie et son environnement Cela dit, la surdité et aujourd'hui sujette à différentes interprétation. Certainsla voient comme un handicap, d'autres comme une identité à part entier.

L'implant cochléaire permet une restauration partielle de la fonction coquillière dans les cas où la surdité est produite par un déficit des cellules ciliées, et ou les fibres du nerf auditive sont préservées. L'implant consiste en une prothèse électronique insérée dans la cochlée et qui stimule le nerf auditif au moyen d'électrodes. le son externe et capter par un microphone, analyser de façon digital et traiter dans le processus de manière à être transformé en un signal codé pour stimuler le nerf auditif.

Notre étude est structur e de quatre grands chapitres essentiels :

Le premier chapitre Traite le cadre général adopté la problématique, les hypothèses de notre étude, l'ensemble des études Antérieur faites par les chercheurs ainsi les objectifs de notre recherche la raison choix de thèmes.

Dans le deuxième chapitre traité la surdité en tant que le thème de notre étude, où on a identifié différents éléments liées à cette dernière tel que les : définitions, histoire de la surdité, rappelle anatomique de l'oreille, les étiologies, les types de la surdité.

. Dans le troisième chapitre porte sur l'implant cochléaire : histoire de l'implant, définition de l'implant cochléaire, les composants de l'implant cochléaire, comment fonctionne.

# Introduction

---

Dans le quatrième chapitre la lecture et le vocabulaire : définition du langage, les étapes du développement du langage, développement du langage chez l'enfant implanté, définition de la lecture.

Et enfin on va conclure par l'annexe, la liste bibliographiques et la conclusion.

# Le cadre général de l'étude



**La problématique :**

L'audition est l'une des variables les plus affectant le processus de la parole, plus le degré de perte auditive est élevé, plus le problème est profond. **(Kant & AL, 2012)** mentionne que l'audition, Il joue un rôle central dans le développement des composants du langage, et cela se voit à travers L'atteinte au langage chez les personnes atteintes de surdité sensorielle est d'ordre neurologique, Ils ont un retard clair, et important qui affecte les capacités de communication verbale et les capacités sociales.

Parmi les maladies qui touchent l'oreille on a la surdité ;

La surdité correspond à une perte d'audition, il en existe différents types et degrés. Ces conséquences sont multiples ; troubles de la communication préverbale chez le nourrisson avec incidences développementales, absence ou retard du langage, troubles de la parole et de la voix, et même difficultés d'intégration scolaire et / ou sociale. **(Annie Dumont. 2008. p 5).**

L'une des plus importantes de ces aides auditives est le dispositif d'implant cochléaire, qui est l'une des dernières découvertes scientifiques pour ceux qui ont une perte auditive complète ou presque totale dans les oreilles.

Le principe de la technique de l'implant cochléaire repose sur la stimulation électrique des terminaisons du nerf auditif, formant un réseau complexe de transmission, comparable à un réseau électrique, les nerfs ont pour tâche de transmettre au cerveau les messages captés par récepteurs sensoriels, le cerveau doit alors apprendre, ou réapprendre à décoder ce nouveau message sonore, l'accès précoce aux sons via l'implant cochléaire améliore les performances langagières de l'enfant sourd au cours du temps, le manque de communication est l'élément majeur pouvant entraver la construction et le développements du langage de l'enfant sourd, il est donc nécessaire de maintenir et d'entretenir la communication pré-linguistique avec lui afin de l'aider à construire son langage et entrer dans la communication et dans la phase linguistique.**(Lepot.F 1999.p66)**

La pose de l'implant cochléaire est l'une des méthodes fournies par le développement de la recherche scientifique ces dernières années. Il s'agit d'aider les sourds à surmonter leurs handicaps et à faciliter leur intégration dans la société, et l'utilisation de la technologie auditive basée sur un appareil avancé, avec un

nouveau système qui combine la technologie simple et le traitement de l'information, il augmente la précision de la perception sonore chez les enfants sourds, augmente leur capacité à parler et leur donnent les compétences nécessaires pour communiquer avec leur environnement.

La technique d'implantation dans l'oreille est venue aux enfants ayant des problèmes d'audition, pour être la meilleure solution parmi les appareils audio auxiliaires, car elle fournit de meilleures informations audio et, d'autre part, elle contribue au développement du langage oral des enfants clairement, à condition que ce processus soit effectué à un âge précoce, afin que les enfants sourds développent facilement des compétences linguistiques, et cela est confirmé par une étude **.(Miyamoto.1993.p.55) .**

Un vocabulaire est un ensemble de mots familiers dans la langue d'une personne. Un vocabulaire, généralement développé avec l'âge, sert d'outil utile et fondamental pour la communication et l'acquisition de connaissances. L'acquisition d'un vocabulaire étendu est l'un des plus grands défis de l'apprentissage d'une langue seconde. **Vocabulaire — Wikipédia (wikipedia.org)**  
**site Internet**

Le début de l'apparition du premier vocabulaire chez l'enfant indique généralement l'entrée dans la langue verbale, et l'acquisition des mots chez un enfant est une tâche complexe qui implique l'apprentissage de relations l'arbitraire entre les mots et leurs références, qui ouvre la voie à la perception perceptive et au codage sensoriel pour les relations qui se produisent entre les événements audio et visuels. Et ça n'arrête pas d'être important acquisition le vocabulaire n'est pas seulement un indicateur de l'acquisition du langage verbal, mais aussi une considération une composante essentielle de la compréhension de la parole, de l'apprentissage de la lecture et d'autres compétences académiques (Houston, Ying, Pisoni et Kirck, 2001).

La capacité de lire et de comprendre dépend de la reconnaissance et du décodage automatiques et rapides des mots seul. Il est décrit comme une tâche audiovisuelle qui consiste à obtenir du sens par le décodage Symboles (lettres et mots) **(Salah al-Din, 2014, p. 362.).**

Cette hypothèse n'est pas justifiée par des preuves scientifiques. Lorsque les résultats de l'étude indiquaient que l'objectif Comparaison des capacités de lecture entre les malentendants et les malentendants des élèves de sixième Et la troisième année intermédiaire, de sorte que le chercheur (Thabit 2002) a constaté que le niveau de compréhension en lecture était Très modeste parmi les malentendants dans les niveaux académiques qu'il a testés. Et ils étaient plusieurs D'autres études ont mené le même objectif et ont trouvé les mêmes résultats précédents sur le déclin du niveau Capacités de lecture et cognitives des malentendants. (Muhammad, 2010, p. 541)

La présente étude tentera de répondre :

Est-ce que il y a-t-il un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture ?

### **L'hypothèse générale :**

Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture

### **Les hypothèses partielles :**

Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture selon le point de vue des enseignants.

Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture selon le point de vue des parents.

**Les définitions opérationnelles des concepts :**

**La surdité :** Selon le dictionnaire d'orthophonie : déficience auditive, quelque que soit son origine et quelque soit son importance. Elle peut être transitoire ou définitive, parfois même évolutive, et ses conséquences sont multiples : trouble de la communication préverbale chez les nourrisson avec incidences développementales, absences ou retard de langage, troubles de la parole et de la voix, difficultés d'intégration scolaire et/ou sociale...comme la surdité n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement, elle implique la notion de handicap et sa prise en charge est alors pluridisciplinaire : appareillage, adaptation prothétique, sourd éducation précoce, éducation auditive, lecture labiale, classification des degrés de surdité, bureau international d'audiophonologie.(**Dictionnaire d'orthophonie 2ème édition Frédérique Brin, orthophoniste, p 134**).

**L'implant cochléaire :** L'implant cochléaire est une prothèse électrique (dispositifs électro-acoustique) qui a pour rôle de pallier une déficience bilatérale de l'oreille interne, qu'elle soit profonde ou sévère, acquise ou congénitale.

( **Kremer et ell, 2016, p. 42**)

**L'implant cochléaire :** Il s'agit d'un appareil électronique qui est implanté chirurgicalement derrière l'oreille et dont le but d'améliorer l'audition chez les personnes souffrant d'une perte auditive sévère.

**Vocabulaire :** Ensemble des termes propres à une science, à une technique, à un groupe, à un milieu, à un auteur.

**Larouss-bordas1997 p1072**

**Vocabulaire :** est un ensemble du mot d'une langue, utilisé par un individu pour exprimer une pensée, un avis ...etc.

**Lecture :** La lecture peut être définie comme une construction de sens résultant de la rencontre, dans un contexte particulier, entre un sujet et un texte écrit. Cette interaction permet la construction de significations (compréhension et interprétation) et l'appréciation.

**[fle.ucoz.com/questcequelalecture.pdf](http://fle.ucoz.com/questcequelalecture.pdf)(site Internet)**

**La lecture :Al-Bajfa 2000) :** C'est un processus mental, émotionnel et motivationnel qui comprend l'interprétation de symboles. Les dessins que le lecteur reçoit à travers ses yeux, en comprenant les significations, et le lien entre l'expérience précédente et celle-ci. Significations, conclusion, critique, jugement, dégustation, résolution de problèmes, lecture,

activité intellectuelle basée sur Le transfert de l'esprit des lettres et des formes qui tombent sous l'œil aux sons et aux alphas qui les désignent Et cela les symbolise, et quand l'étudiant lit, il peut réaliser les dénnotations et les significations des lettres dans leur esprit sans Mouvement de la voix ou des lèvres (Yahya et Obaid, 2007, p. 66) selon Sonia Aiouadj et AlouiRofaida page 440,2022 Volume : Numéro sept (7) :Premier (1).

**Lecture** : C'est une activité pédagogique utilisée pour enseigner à l'élève la langue orale.

### **Choix du thème :**

On a choisit notre thème pour :

- ✓ montrer l'effet de l'implant cochléaire sur le niveau de l'acquisition du vocabulaire.
- ✓ Identifier l'effet d'implant cochléaire sur les capacités de lectures.

### **Les objectifs de l'étude :**

- Définir la surdité chez l'enfant sourd implanté.
- Savoir l'importance des implants cochléaires dans l'amélioration du langage chez les enfants malentendants.
- Accès aux caractéristiques des enfants malentendants et aux moyens les plus importants utilisés pour prendre soin d'eux.
- Identifier les facteurs affectant l'acquisition du vocabulaire chez les enfants porteur d'implant cochléaire
- Créer programme thérapeutique pour développer l'acquisition du vocabulaire des enfants Porteurs d'implants cochléaires.
- Détecter les difficultés de lecture chez les enfants sourds porteurs d'implants cochléaire.

### **L'importance de l'étude :**

Cette étude nous permet de connaître les difficultés de lecture de l'élève sourd, voir l'efficacité d'utilisation d'implant cochléaire chez l'enfant sourd implanté, et l'importance du vocabulaire chez l'enfant sourd implanté

**Les études antérieures :**

**L'étude de Quellet, le Normand et Cohen 2001 :** Dans une étude longitudinale du développement du vocabulaire de cinq enfants bénéficiant de la greffe cochléaire âgés de 2 à 4 ans (phase de production spontanée), où ils ont été comparés à des enfants entendants du même groupe d'âge, les résultats ont indiqué que le taux des enfants bénéficiant d'un implant cochléaire est inférieure à celle des enfants entendants. En revanche, il semble qu'ils ne passent pas par les mêmes stades de développement, comme si le rythme des règles qui s'améliore régulièrement par rapport à la durée d'utilisation de l'implant cochléaire chez 3 enfants dont 2 enfants, d'autres n'obtiennent une amélioration significative que 12 mois après avoir porté l'implant, même si l'implant cochléaire permet d'enrichir le dictionnaire en peu de temps après l'implantation, cela reste loin de ce que les enfants normaux du même âge ont atteint.

**• L'étude de Shine (2003) :**

L'étude suivante concerne l'analyse des types d'erreurs constatées dans les productions d'enfant réalisé par Shine, receveurs d'implants cochléaires par le chercheur Shin (2003). 12 enfants ayant subi une implantation cochléaire à l'âge de 6 ans, avec expérience pas moins de cinq ans après un implant cochléaire, et le but de cette étude était cherché à obtenir une description complète des sons observés dans leur discours qu'elle que ce soit la lecture sur les lèvres ou sans elle. Les résultats ont montré que ces productions sont un ensemble unique des sons et des lettres qui n'appartiennent pas à la langue anglaise, et le chercheur suggère que le manque de clarté, c'est lui qui caractérise le discours des enfants qui ont bénéficié d'un implant cochléaire. Et très probablement, une partie plus claire de la présence de tels sons peut être trouvée à l'extérieur de l'environnement du système linguistique. De plus, des études récentes ont montré que l'utilisation des informations auditives améliore la Prononciation avec précision les enfants porteurs d'implants cochléaires, leur permettant de se rapprocher de la parole entendue au moyen de la parole et la lecture sur les lèvres est destinée à produire de la parole.

**L'étude de (Bocher, 2007) :**

Cette étude porte le titre « Développement du vocabulaire après l'implantation cochléaire chez un enfant » et vise Reconnaître la nature des composants du vocabulaire et la manière dont ils se développent, ainsi que L'étude vise à isoler les différentes variables pour connaître leur effet sur la terminologie Utilisé dans le langage oral, et distinguer les différences individuelles.

L'auteur de l'étude En sélectionnant un groupe de 40 mots pour les enfants qui bénéficient d'une implantation cochléaire avant Acquisition du langage et photographie des cas à intervalles réguliers. Les résultats de l'étude ont montré que la croissance Le vocabulaire d'un enfant implanté cochléaire est caractérisée par l'intimité, la présence Différences individuelles dans l'acquisition et le développement du vocabulaire.

### **L'étude de (MEDINA & SERNICAEELS ,2009) :**

Cette étude s'intitule « Le développement de la perception des phonèmes, des mots et des phrases chez les enfants ». Porteur d'implant cochléaire, suivi pendant 3 ans d'implantation. Cette étude vise à suivre l'évolution des phonèmes, des mots et des phrases chez un échantillon d'enfants 18 enfants ont bénéficié d'une implantation cochléaire, de l'âge de 12 à 36 mois après la procédure Chirurgie, où le nombre d'hommes a atteint cinq et le nombre de femmes treize. Utilisé Produit vocal Etudier est un test d'évaluation cognitive et TEPPP, ce test permet d'évaluer Étude longitudinale d'enfants sourds de deux à dix ans.

### **L'étude de (Hayes, Gears, Trainman, & Moog, 2009) :**

Cette étude vise à faire une comparaison du niveau de développement du vocabulaire réceptif chez les enfants porteurs d'implants, réhabilitez-les dans des environnements qui utilisent la communication auditive-verbale, avec des enfants entendant. Les résultats ont montré que Les enfants porteurs d'implants cochléaires ont en moyenne un niveau de vocabulaire plus faible que les autres entendant, et après un an d'utilisation de l'implant cochléaire, Les enfants montrent une grande croissance ; On estime que le vocabulaire est acquis après un an. Ce résultat est en contradiction avec les études qui ont supposé que le niveau de vocabulaire chez les porteurs d'implants cochléaires est inférieur à la normale. Ils ont montré que les porte-implants cochléaires ont une acquisition de vocabulaire plus rapide par rapport aux autres membres de la famille ils progressent d'un demi-écart-type chaque année, faisant l'écart entre les porteurs cette appareil et les enfants normaux se rétrécissent.

***Partie***

***Théorique***



## ***Chapitre 1***

# ***La surdité et l'enfant sourd***

## Rappel anatomique de l'oreille :

### 1-2 Définition de l'oreille :

L'oreille est un ensemble de cavité creusées Dans le rocher, Partie épaisse et dur de l'os temporal on distingue Trois parties de l'oreille : L'oreille externe, l'oreille moyenne, l'oreille interne. (Hejjane, 1, 2016, p,15)

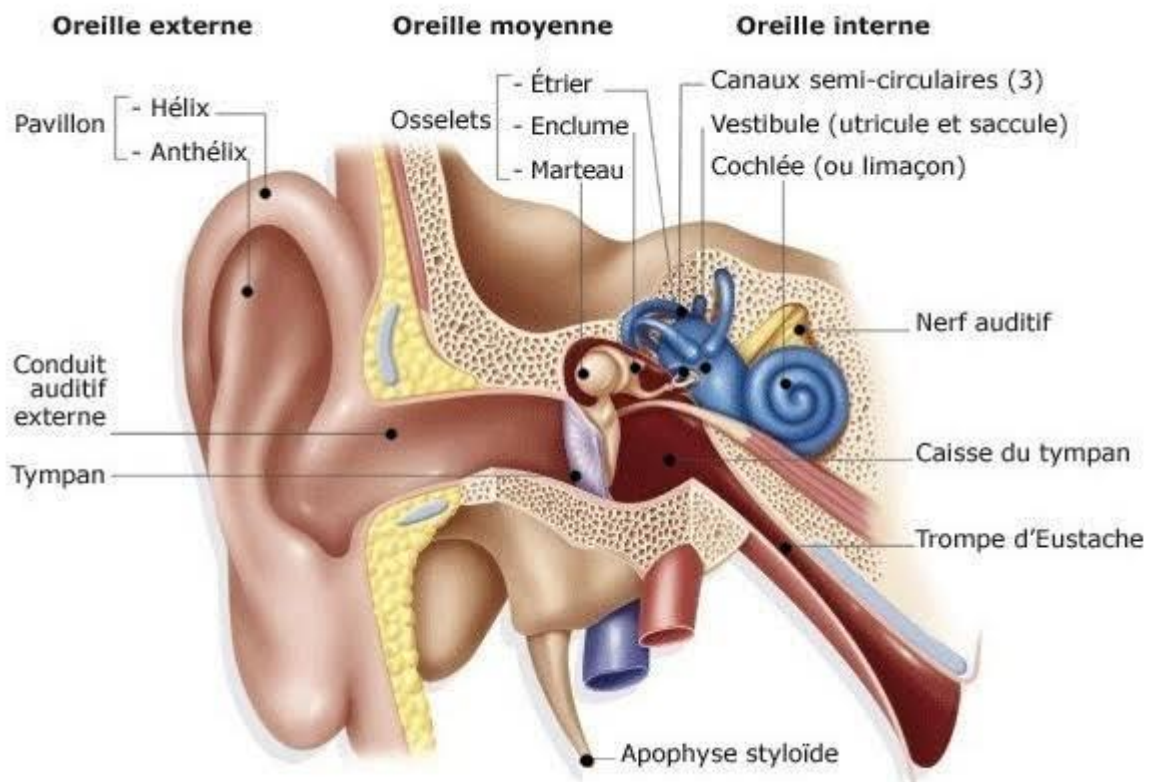


Figure1(Anatomie de l'oreille )

<https://www.google.com/search?q=anatomie+oreille>

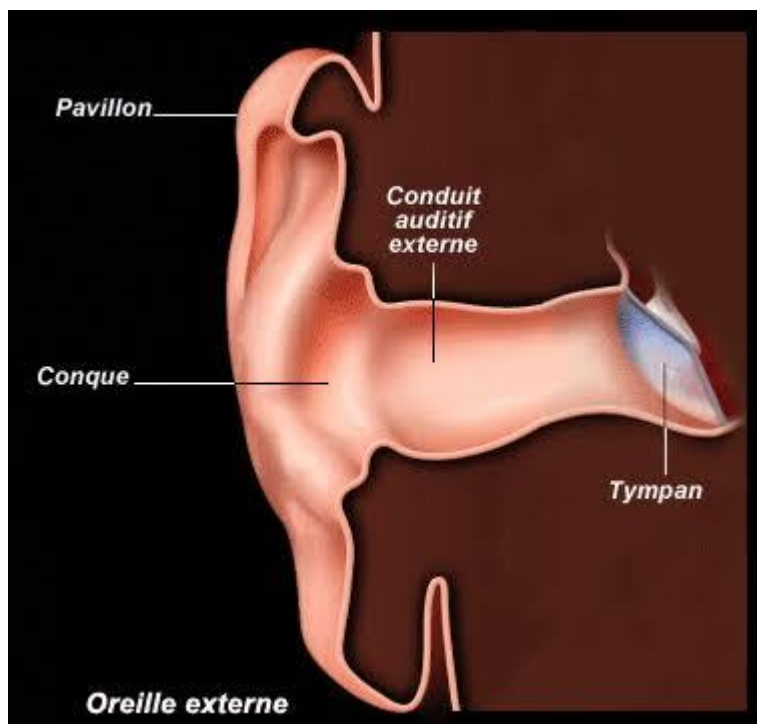
### 1-3L'oreille externe :

L'oreille externe est la partie visible de l'oreille, l'oreille externe est à la fois une structure de protection et à un rôle aussi de recueillir les ondes sonores et les diriger.

Elle se compose de deux parties : l'auricule (pavillon) et le conduit Auditif externe. Fermer à l'intérieur par la membrane Du tympan

Le pavillon est une lame de fibro-cartilagineuse Qui est joue un rôle de cornet acoustique dirigeants les ondes sonores vers le tampon par le conduit auditif externe .( Hejjane ,L,2016 ,p,16)

- Le tiers externe forme la région du Méat (conduit fibro-cartilagineuse) Qui se caractérise par la présence de poil (possibilité de furoncle) Et de glande des sudoripares particulière nommée glande cérumineuse selle forme une couronne autour du méat Auditif externe et ce début verse dans les follicules pileux après de la bouchements sébacé. L'adhérence De la peau au périchondre qu'elle entoure explique l'importance des douleurs lors de la moindre inflammation cutanée.



**Figure 2 :**( anatomie oreille externe)

**Source [http://WWW.GOOGLE.COM/SEARCH? Q=anatomie+oreille+externe et client =ms-a](http://WWW.GOOGLE.COM/SEARCH?Q=anatomie+oreille+externe+et+client=ms-a)**

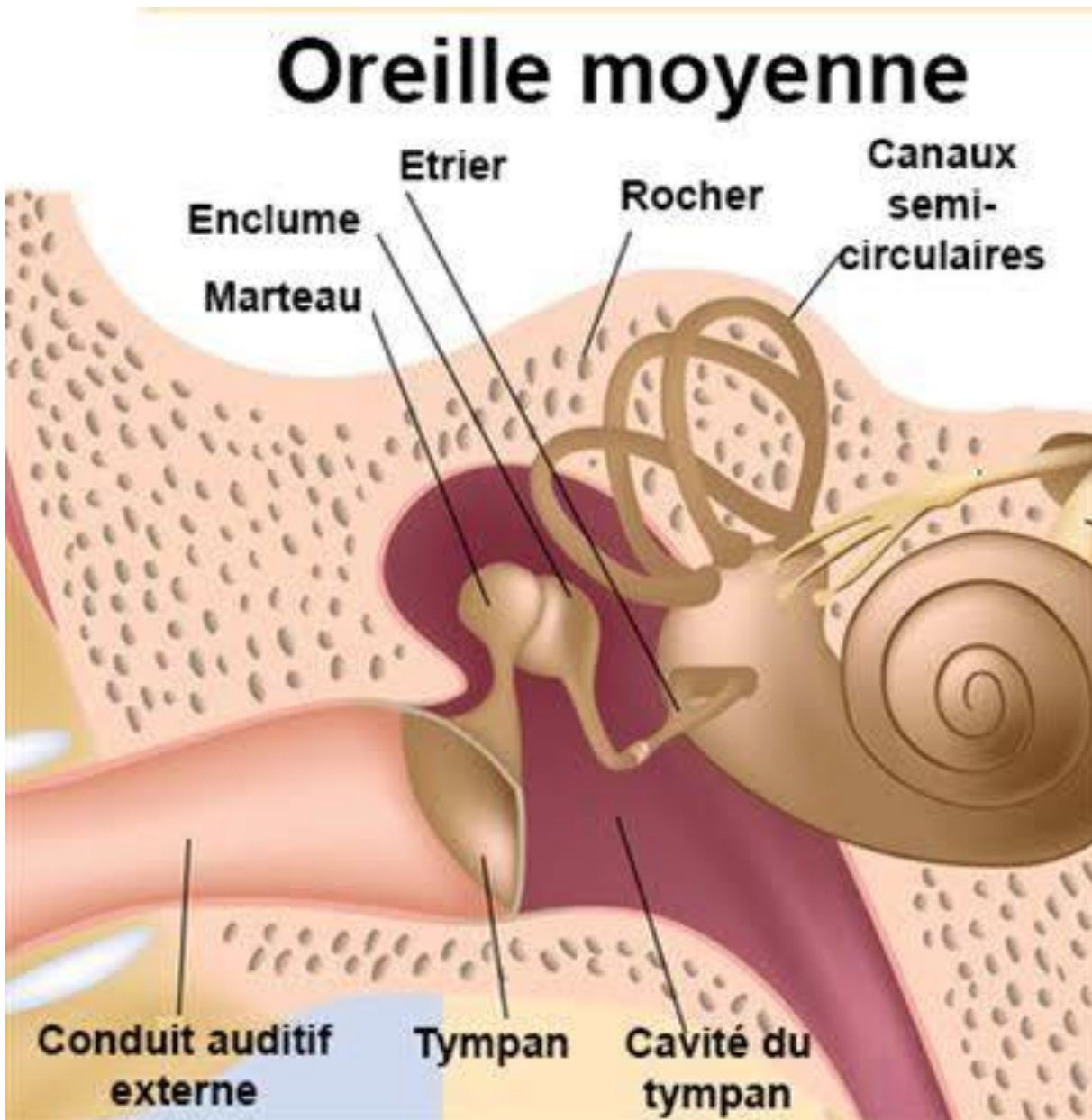
### **1-4 L'oreille moyenne :**

C'est une cavité aérienne comprise entre :

La caisse du tampon contenant le système tympan-ossiculaire Qui véhicule les ondes sonores du monde extérieur jusqu'à l'oreille interne.

> La trompe d'Eustache : elle permet d'égalise les pressions du chaque côté du tympan

En arrière de la caisse du tampon de l'oreille et formé d'une série de cavités osseuses



**Figure 3 : Anatomie de l'oreille moyenne**

<https://www.google.com/search?q=anatomie+oreille+moyenne>

#### **1-5 L'oreille interne :**

L'oreille interne ou labyrinthe est située au sein de la pyramide de Pétrose de l'os temporal. Elle comporte un ensemble de cavités osseuses ou labyrinthe osseux protégeant en son sein des structures tubulaires formant le labyrinthe membraneux. Au sein de ce dernier se trouve

l'organe sensoriel cochléaire Destiné à l'audition et les capteurs sensitifs vestibulaire spécialisé dans l'équilibre.

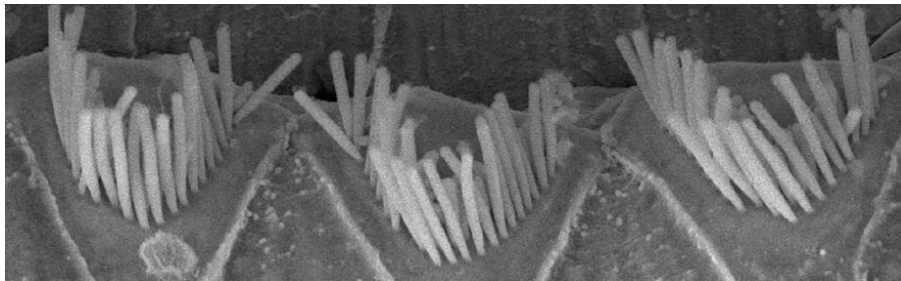
L'appareil auditif ou la cochlée et le limaçon osseux et l'ensemble des structures qu'il contient forment la cochlée organe de l'audition.

L'oreille interne comprend le vestibule qui est l'organe de l'équilibrée la cochlée Qui est l'organe de l'audition sa paroi interne supporte l'organe de corti de la perte les fibres nerveuses qui rejoignent Le nerf auditif et qui véhicule l'information jusqu'au cerveau.

La cochlée est constituée d'un ensemble de trois tubes enroulés en spirale sur deux tours et demi et remplis de liquide.

L'organe de corti qui repose sur la membrane basilaire est l'organe sensorial nerveux de la cochlée il est composé de cellules sensorielles ces cellules ciliées et de fibres nerveuses les cellules ciliées internes transforment les vibrations perçues par les cils en signaux électriques qui vont être transmis au cerveau grâce aux fibres nerveux.

À cause d'un bruit trop intense ces cellules peuvent perdre leurs cils et donc se détruisent.



**Figure 04 : (Les cellules ciliées de la cochlée, dans l'oreille interne)**

**<http://WWW.google.com/search?q=les+cellules+cili>**

## **2 la définition de la surdité :**

### **2-1la définition de la surdité selon l'OMS :**

La surdité est le handicap sensoriel le plus fréquemment rencontré chez

L'enfant, elle peut retentir sur l'acquisition du langage et les capacités de

Communication de l'enfant et sa scolarisation la prise en charge, adaptée à

Chaque enfant ou elle vise à réduire au maximum ces conséquences en termes

D'apprentissage langagière et plusieurs paramètres ou éléments doivent orienter

Cette prise en charge (appareillage auditif, prise en charge orthophonique,

Soutien éducatif et guidance parentale). (Mondain et Brun. 2009 .p1)

### **2-2 définitions de la surdité du point de vue médical :**

Selon le médecin, la surdité est comme un état pathologique caractériser par une perte partielle au total de l'ouïe. Il s'agit d'une atteinte au niveau de l'oreille. Qui provoque une perte auditive plus ou moins élevé. (Idris.2013, 15)

### **2-3 – définition dans le domaine de l'adulte :**

On qualifie de sourd une personne atteinte d'une surdité dont l'atteinte auditive est supérieure à 70 décibels de perte (Dumont, Ap5)

### **2-4 Définition selon Larousse de la médecine :**

Est une diminution très importante où inexistance totale Dédé l'audition qu'elle soit congénitale ou Acquise (MORINE.Y.P.2001, 892)

### **3) Un aperçu historique :**

L'histoire de la surdité et donc aussi celle des éducateurs de leur méthode, par quels moyens, quelle technique, en nom de quelle doctrine les hommes de chaque époque ont-ils lutté contre la conséquence naturelle de la surdité : Le mutisme, les sourds des temps enseigne étaient, Dit on : En Chine, jetée à la mer ; En goule sacrifié au célèbre Dieu têteuse lors de la fête du n sparte, précipité du haut des falaises : Athènes et à Rome exposé sur les places publiques au déposer dans les campagnes. (BUSQUET.D, ET MOTTIER.C, 1978.p7) .

Le droit romain exclut les sourds du droit de tester, de faire des codicilles, des donations, des affranchissements ; ils sont relégués dans la catégorie des fous privés de ces mêmes droits. Il faudra attendre le Ve siècle pour voir modifier Ces lois. L'empereur Chapitre 03 La surdité 27 Justinien apporte alors quelque allégement devenus sourds.

Ceux qui ont entendu et parlé : les sourds parlants, sont relevés de certaines interdictions. Mais la loi reste dure pour les sourds-muets de naissance (BUSQUET, D et MOTTIER C.1978. P9).

Pour **Aristote**, la distinction entre les hommes et les autres animaux repose sur la capacité humaine de produire une parole.

Pour lui la parole prononcée et la parole écrite servent une seule et même fin : la signification.

Le langage communique la pensée, Pensée et parole sont donc intimement liées : sans parole, pas de langage, et sans langage, pas de pensée. L'homme se définit par conséquent chez Aristote d'abord comme un animal parlant, mais qu'en est-il alors du sourd ? Aristote conclut que les sourds de naissance, parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'articuler clairement et parfaitement les sons, sont dépourvus de langage.

En outre, dans la pensée aristotélicienne, l'ouïe, dont il est privé, s'avère être également une faculté déterminante pour l'intelligence, dans la mesure où elle permet la réception des sons du langage et permet ainsi l'apprentissage. Sans l'ouïe, l'intelligence serait ainsi condamnée à l'ignorance, ou en tous les cas limitée. Pour lui c'est l'ouïe qui contribue le plus à l'intelligence (BOBIN. C, 2012. P7).

Dans la pensée aristotélicienne, la figure du sourd est par conséquent considérée comme dépourvue de la parole articulée, prononcée, écrite ou entendue, En ce sens, la surdité physique est envisagée comme condamnant irrémédiablement à une surdité de l'intelligence, dans le sens étymologique d'intelligence émoussée, diminuée.

Cette conception de la surdité a fortement influencé les réflexions de nombre de philosophes dont nous présenterons ici les plus importantes (Ibid.7).

Au 18<sup>ème</sup> siècle Charles-Michel Lésée dit l'Abbé de l'Epée est un personnage incontournable de l'histoire des Sourds. Ceux qui en ont entendu parler vaguement, pensent à tort qu'il est l'inventeur de la Langue des signes.

L'histoire raconte qu'un jour, il fit la rencontre de deux sœurs jumelles sourdes qui signaient (ou communiquaient en Langue désignées) entre-elles. Intéressé par les langues en général, l'Abbé de l'Epée fut intrigué par le mode de communication de ces deux jeunes filles dont le professeur est décédé. L'Abbé de l'épée décida d'apprendre cette langue aux côtés d'elles.



Très vite, il comprit les enjeux d'un tel mode de communication, pour les Sourds et créa, autour de 1760, la première école avec un enseignement en Langue des signes.

L'Abbé de l'Épée, et la France en quelque sorte, montre l'exemple et s'occupe de l'éducation de ces Sourds qu'on prenait pour des enfants inéducables, arriérés ou encore sauvages. Son succès est national et international, puisque Chapitre 3 La surdité 28 même des personnes de la Haute société lui envoient des enfants sourds (encore appelés sourds-muets à l'époque (BATIS. N, 2014, P3).

Le début du 19<sup>ème</sup> siècle apparaît, sous l'impulsion du riche banquier Jacob Rodrigue Pereire, un courant oralise qui prônait une éducation centrée sur La démutisation, excluant donc totalement la langue Sourde. Sous son initiative, grâce à sa grosse fortune, il a organisé en septembre 1880, à Milan, un congrès international sur l'éducation des Sourds, Il faut dire quelle congrès de Milan fait suite à deux organisations ratées en France (à Paris et à Lyon) (voir, site 03).

À la fin de ce Congrès, l'enseignement de la Langue des signes est tout simplement interdit au profit de la méthode orale.

Les Sourds n'ont plus le droit d'utiliser la Langue des signes et doivent oraliser. Aucun choix possible. Ce Congrès apparaît comme une énorme mascarade.

Tant par le choix du lieu du congrès (les italiens étant défenseurs de l'oralise) que des personnes invitées pour mener les débats et voter.

Quelques Sourds (trois) sont néanmoins présents, mais aucun interprète ne s'y trouve alors que des traductions sont prévues dans d'autres langues (BATIS.N, 2014, P3).

Il a fallu attendre presque 100 ans pour que dans les années 1970, sous l'influence du modèle américain, la communauté Sourde se réveille de l'ombre milanaise. Curieux revers de l'histoire, les Etats Unis ont perpétué la philosophie de l'Abbé de l'Épée par l'entremise d'un de ses élèves, Laurent Clerc qui y a fondé l'université des Sourds Galvaudait (voir. Site 03).

A cette période appelé le «réveil Sourd», est né un mouvement militant rassemblant des Sourds des chercheurs, des professionnels de l'éducation et des parents, qui interpelle les pouvoirs publics sur l'échec massif de la méthode oralise et sur le droit des Sourds de recevoir un enseignement dans leur langue.

Dès 1976, à Paris, la première course est créée. La question de Sourds fait l'objet de recherches pluridisciplinaires: sociologie, pédagogie, linguistique, psychologie, etc. La langue des Sourds, jusque-là stigmatisée, acquiert alors dans les milieux universitaires le statut de langue à part entière au même titre que toute autre langue vocale et ce groupe social considéré comme une ethnie ayant une culture particulière (voir. Site 03).

#### **4) Les cause de la surdité :**

##### **1-2) Selon le lieu d'atteinte :**

La surdité de l'oreille externe :

- Le bouchon de cérumen affection fréquentes
- Le bouchon épidermique
- le furoncle De conduite auditif externe ils se manifestent par une douleur intense et accompagnée d'insoumis une chute de l'audition est constatée
- les corps étrangers au niveau du conduit auditif externe
- Otite externe diffuse se développe sur la peau du conduit déjà altérée dans ces couches superficielles il s'agit d'une inflammation due à des gênes variable :

Les signes cliniques sont :

- Douleur d'intensité variable
- hypoacousie souvent t assez précoce
- Obstruction totale du conduit auditif qui traîne avec une hypoacousie nette.

##### **\*Surdité de l'oreille moyenne :**

- otite moyenne aiguë et infectieuse
- Otite séreuse : La surdité est l'élément dominant elle s'installe progressivement devient peu à peu invariable
- tympan sclérose : C'est une forme évolutive de l'otite séreuse elle donne une surdité d'importance variable
- Otite chronique : l'otospongiose : Donne une surdité évolutive.

**\*Surdité de l'oreille interne :** Les affections de l'oreille interne entraînent des altérations de la fonction auditive et des troubles de l'équilibre. Citons les affections essentielles :

Maladie de Manière

Surdité brusque

Surdité toxique

**\*Maladie de manière :**

Elle s'explique par l'hypertension brutales de liquide labyrinthique les signes cliniques se divisent en deux catégories les premières dites subjective la deuxième dites objectifs nous nous limiterons aux citations des signes subjectifs :

Vertige rotatoire nausée, vomissements, et déséquilibres si le sujet est debout

Bourdonnement d'intensité variable parfois intenses surdité constante et aggravation parfois suite à une surdité préexistante.

**\*Les surdités brusques**

Si une affection grave et imprévisible elles sont dues aux causes suivantes :

Vasculaire : spasme, et thrombose Qui atteignent l'alter auditive interne au l'une de ses branches à niveau variable

Neurov g tative ou allergique

Virale : grippe, rhinopharyngite, oreillons

Toxique ou métabolique : Surdité brusque au cours des comas oxycarbonée.

**\*Les surdités toxiques :**

Elles sont liées à des ordres de cause : les toxiques Les toxiques médicamenteux et les toxiques non médicamenteux :

Les toxiques médicamenteux sont les Anion-glucoside (Antibiotiques du groupe de la streptomycine, kanamcyne, Gentamicine, Framycitine)

Les dérives salicylés, la Quinine, et certain diurétique

Les médicaments entraînent une atteinte coquill re souvent bilatérale qui aboutit à une surdité totale.

**\*Les toxiques non-médicamenteux :**

- oxygène : tabac, alcool, Oxyde du carbone, sels, métabolique
- Endogène : azotémie, diabète

**3) les étiologies :**

Pour les causes de la surdité

Il y a eu plusieurs étiologies.

D'après les recherches la surdité n'est pas que liée à des facteurs environnementaux. Mais plutôt il existe des facteurs génétiques. D'après les études et à plus de 90 gènes responsables chacune d'une forme de la surdité sont actuellement localisés sur les chromosomes humains.

Aussi parmi les études 90 % des enfants naissent des parents entendants (2010, cité par Cruz, Marker et Desjardin 2013)

Dans quel peut-être génétique.

En fonction des études l'origine de la surdité demeure donc inconnue pour 30 à 40% des cas.

(Pour une revue de la littérature, CF. Morzari Westerberg et Koza K, 2004) Connaître l'étiologie de la surdité des patients est importante à la fois pour leur suivi thérapeutique et pour connaître les informations pronostiques liées à chaque cause. (Berlanda, 2014, p, 26)

**5) Étude clinique de la surdité (type) :**

Il y a trois catégories distinctes :

La déficience auditive de transmission résultante de l'oreille moyenne (tympan, osselets) ce qui veut dire que les ondes sonores ne parviennent plus normalement à la cochlée, or que la fonction neurosensorielle est intacte. Dans ce cas la déficience est beaucoup plus acquise que génétique. La déficience de perception résultant généralement de l'atteinte de l'oreille interne (plus rarement le nerf auditif) parmi ces déficiences beaucoup sont d'origine génétique à cet égard. La recherche a montré la grande diversité des mutations génétiques en cause.

La surdité mixte : elle est fréquente elle contribue la surdité de transmission et la surdité de perception le prise en charge peut être à la fois chirurgicale et audio prothétique

Les pertes auditives entraînées peuvent être importantes (de niveau sévère et profond) et ici la qualité de l'audition est également perturbée les déficiences de perception précoce 0,5 % de la population infantile. (Christian LEPOT-FROMENT 1996.p26)

### 6-Les types de la surdité :

Pour la classification il existe plusieurs types de classification la classification audiométrique élaboré par BIAP et c'est la classification la plus utilisée :

Degré de la surdité	Perte en décibel	Conséquences de la perception de la parole et des bruits
<b>Audition normale</b>	<20db	-Aucune difficulté de perception
<b>Déficience auditive légère</b>	20-40db	-Certains éléments phonétiques non et identifiés où confondu (sons voisins) -Mauvaise perception de la voix chuchoter -Environnement sonore approuvé (pas de Perception de son lointain et faible)
<b>Déficience auditive moyenne</b>	40-70db	-Paroles fortes perçues -perte d'information importante -difficulté de contrôle de sa propre voix -prothèse auditive et lecture Labiale nécessaire
<b>Déficience auditive sévère</b>	70-90db	-Vois puissantes perçues -Gêne très importante

		-Appareillage lecture labial rééducation logopédie indispensable
<b>Déficiences auditives profondes</b>	90-120db	-Aucune parole perçue -Uniquement les restes auditif -Appareillage lecture labiale rééducation logopédique indispensable
<b>Cophose(rare)</b>	..120db	-Surdité totale -Appareillage lecture labiale rééducation logopédique

### 7-L'enfant sourd :

L'enfant sourd, comme l'enfant normo-entendant, avec potentiel intellectuel et langagier intact. Qui doit se développer progressivement, grâce au stimulus de l'environnement.

la surdité implique des aménagements et des adaptations de la part de cet environnement , ainsi la surdité n'est pas diagnostiquée suffisamment tôt le développement auditif à l'âge on s'effectue toutes les apprentissages réalise un handicap bien plus lourd qu'une simple gêne sociale : obstacles de l'acquisition et au développement normal du langage chez le petit enfant .obstacle scolaire plus tard le diagnostic précoce de déficit auditif Chez l'enfant apparaît dès lors comme une règle impérative afin de mettre en œuvre rapidement une thérapie appropriée.les atteintes auditives ne sont cependant pas uniforme chez l'enfant une notion de fréquence doit être soulignée d'emblée .

les surdités de perception réalisent une atteinte auditive le plus souvent sévère ou profonde sans espoir de récupération et pose de ce fait des problèmes majeurs. ( **BOUR.H et Al,1978,p551**)

#### 7-1 La surdité chez le nourrisson

C'est surtout le comportement anormal de l'enfant a ignoré le monde sonore, qui peut alors s'inquiéter de l'entourage : Absence de réaction à la voix absence de réaction au bruit environnant, Cependant cet enfant d'environ cinq ou six mois, L'enfant gazouille normalement, ce qui est peut-être trompeur le gazouiller n'est qu'un « jeu moteur » Des dispositifs de traitement de jugement elle disparaître progressivement vers la fin de la première année. L'inquiétude de la famille sera autant plus rapidement éveillée et de ce fait le diagnostic aura d'autant plus de chance d'être évoqué précocement que l'enfant n'est pas un premier né et que des comparaisons peuvent être faites entre son développement et celui des frères au sœur qui l'ont précédé. ( BOUR.H.1978,551)

### **7-2 La surdité à l'âge préscolaire**

C'est alors surtout l'absence ou le retard de développement du langage qui doit faire suspect la possibilité du surdité. L'enfant paraît inattentif distrait car il ne comprend pas ou mal, ce que l'on lui dit surtout il ne parle pas , au prononce que quelques mots très déformés, par contre le langage mimique gestuel se développe d'autant plus que l'enfant est intelligent et cherche à communiquer.

Parfois, il s'agit d'un enfant qui se développait tout à fait normal commencez à dire quelques mots, Voire même à construire de petites phrases, lorsqu'elle la suite d'une maladie ou bien progressivement sans cause déclenchant apparente, Son langage est devenu de plus en plus limité et inappréhensible Jusqu'à disparaître parfois totalement. Plus la surdité est Sévère, plus elle est évidente, les atteintes grave sans en général décelé dès la première année. par contre, une surdité partial, un déficit modéré, peut rester méconnu jusqu'à l'âge scolaire.. ( BOUR.H,ET AL,OP.cit.p552).

### **7-3 La surdité à l'âge scolaire**

L'enfant a parlé tard parle encore mal : Il s'exprime peu, articule mal. Ce retard de langage n'a pas nécessairement attiré l'attention. à l'école la situation s'aggrave lors qu'il lui faut apprendre à lire et à écrire des sens mal perçus.

Les difficultés auditives risquent de prendre le masque d'un banal retard scolaire cette situation d'échec d'isolement peut être très mal vécu par l'enfant et perturbé son comportement : ces troubles caractériels peuvent passer aux premières plan enfin c'est à cet



âge l'enfant devient sourd le retentissement de l'atteinte auditive ne peut aussi rapidement apparent que chez un enfant plus jeune.

la surdité peut pas passer inaperçue de l'entourage mais l'enfant devient lui-même capable de signaler sa gêne auditive.(**BOUR.H,ET Al,OP.cit.p553**).

## ***Chapitre 2***

# ***L'implant cochléaire***

## ***Chapitre 2***

# ***L'implant cochléaire***

**Préambule :**

Le projet d'implant chez l'enfant s'inscrit dans une prise en charge au long court et tient compte les éléments médicaux, rééducatifs, psychologiques et sociaux.

Au long de ce chapitre nous allons présenter l'implant cochléaire, son historique, ces définitions, composantes, objectifs et son évaluation après et avant.

**1. L'histoire de l'implant cochléaire :**

-**En 1957**, **C.Eyriès**, otologiste parisien, et **A. Djourno**, professeur de physique médicale, les premiers redonnent de l'audition à un sourd total, en stimulant électriquement la fibre nerveuse acoustique encore présentes dans son oreille interne.

-**En 1961** **W. House (Los Angeles)** reprend les travaux **d'Eyriès**, met au point un implant mono électrode (stimulation uniforme de toutes les fibres encore présentes dans le nerf auditif).

-**En 1966** **B. Simmons (Palo Alto)** propose le premier système multi électrodes directement implanté chez l'animal.

-La première implantation à visée thérapeutique est réalisée par House en 1973(House .1974.p 84). Ainsi, 16 adultes bénéficièrent de cette implantation jusqu'en 1976 et les premiers résultats intéressants sont présentés à l'American Otological Society en 1975. (**House .1974.p 84**) Le bien-fondé de ce projet s'est trouvé conforté par les constatations sur le rôle de la stimulation électrique cochléaire dans la prévention de l'atrophie des noyaux cochléaires du cobaye rendu préalablement sourd dès la naissance par la destruction chirurgicale de ses deux oreilles internes( **chouard .1983.p.45**) .L'intérêt pour l'implantation cochléaire, suscité par House aux USA, avec **Chouard** qui crée en 1980 un implant multi canal. Les résultats cliniques démonstratifs dans la réhabilitation

Les résultats cliniques démonstratifs dans la réhabilitation de la surdité totale par l'implant cochléaire multi-électrodes ont fait pressentir le champ d'action que cette technique pourrait avoir chez le jeune enfant.

**En 1974**, le Laboratoire de Recherches **ORL** du **CHU St- Antoine** à Paris, démontre chez plusieurs patients atteints de surdité totale unilatérale que la stimulation électrique de 8 à 12

électrodes placées, isolées les unes des autres, dans différents endroits de la cochlée, fournissent des perceptions fréquentielles différentes.

**En 1975**, l'équipe française met au point, le premier implant à 8 canaux et à transmission séquentielle, ne nécessitant ainsi qu'une seule antenne, apportant au sourd la totalité de l'éventail fréquentiel de la parole.

**-En 1979, G. Clark (Melbourne)** implante un système multi électrode simplifié. L'implant cochléaire à, peu à peu, été admis dans le monde.

A partir de **1984**, la stratégie économique de Bertin l'amène à se désengager progressivement du développement et de l'industrialisation de son système, sa diffusion commerciale est stoppée. Cette charge est reprise en 1988, par la **Stém. X.M.-Neurelec (Antibe, France)**.

**-En 1988**, le Laboratoire de **Saint-Antoine** propose, un système entièrement digitalisé et miniaturisé à 15 électrodes, qui est développé et commercialisé en 1992 par la **Ste MXM-Neurelec. (Catherine Koski. P. 3- 5)**.

Le **CISIC** (Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochléaire) estime à plus de 100 000 le nombre d'implant posés dans le monde début 2007. Ces implants cochléaires se situent dans les pays riches en raison du c t de l'appareil, de la nécessité d'une intervention chirurgicale et de la lourdeur technique de la prise en charge post implant. . Quatre grandes marques d'implants cochléaires sont actuellement disponibles :

-Advanced Bionics, (USA),

-Cochlear, (Australie),

-MedEl, (Autriche),

-Neurelec, (France). (**Grosjean, R., 2012, P.41) 2.**

## 2. Définitions de l'implant cochléaire :

**Les implants cochléaires** sont des prothèses électriques qui ont pour rôle de pallier une déficience bilatérale de l'oreille interne, qu'elle soit profonde ou sévère, acquise ou congénitale. Contrairement aux prothèses auditives acoustiques, qui agissent en amplifiant acoustiquement les sons, les implants cochléaires stimulent directement les neurones auditifs. **(Kremer, J. K., & al, 2013, P. 42)**

**Les implants cochléaire** : sont des prothèses électriques qui ont pour l'ambition de palier une déficience bilatérale de l'oreille interne, qu'elle que soit profonde ou sévère, acquise ou congénitale .contrairement aux prothèses auditives acoustiques qui agissent par l'intermédiaire de l'organe de corti, les implants cochléaires stimulent directement les neurones auditives. **(R.Dauman 1998.p12.)**

**L'implantation cochléaire** : est une opération chirurgicale consistant à implanter un system artificiel dans l'oreille interne destiné à exciter électriquement les protoneurones, constituant les faisceaux de fibres du nerf cochlée, on trouve dans la cochlée les électrodes comportant un certain nombre d'électrodes entre lesquelles sont générés des dipôles électriques. **(Benoit Virole, 1996. P. 347)**

## 3. Les composants principaux de l'implant cochléaire :

L'implant cochléaire comprend un système émetteur porté dans la poche et un system récepteur implanté chirurgicalement. La partie externe comprend un microphone qui set à capter le signal, un processeur vocal et une antenne aimantée, le processeur réalise le codage des informations en impulsions électriques et l'antenne transmet ces informations en impulsions énergétique est fournie par des batteries rechargeables. Cette partie est un boitier ou parfois un system contour d'oreille. La partie implanté ou interne est composées d'un processeur est d'électrodes. Elle est biocompatible et sans énergie, le processeur est placé sous – cutané dans une logette osseuse rétro- auriculaire et transmet les informations à la porte électrode, le premier relias ganglionnaire est ainsi directement stimulé par les électrodes à travers la cochlée, il compose des 16 à 24 électrodes en fonction des modèles de l'implant cochléaire.

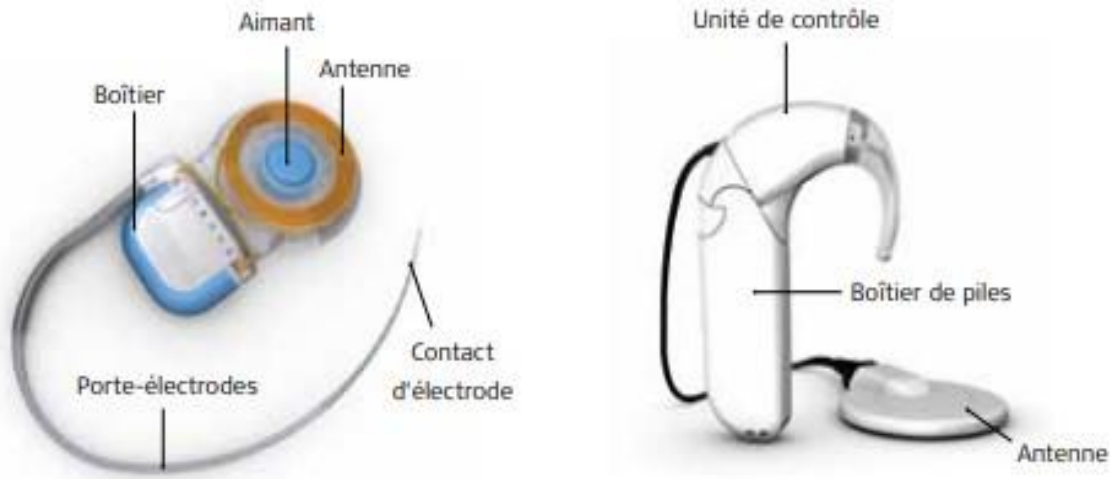


Figure 5 : Implant cochléaire



Figure 6: implant cochléaire indication

(Site Med-EL .COM)

#### 4. Comment fonctionne un implant cochléaire ?

Les systèmes d'implants cochléaires convertissent les sons environnants en impulsions de courant électrique codées. Ces impulsions électriques stimulent le nerf auditif et le cerveau les interprète comme des sons. Comme le cerveau reçoit les informations sonores très rapidement, les sons sont perçus au moment où ils sont produits.

Les sons sont captés par le microphone de l'audio processeur.

L'audio processeur analyse et code les sons en séquences spécifiques d'impulsions électriques.

Ces impulsions sont envoyées vers l'antenne et transmises à travers la peau vers l'implant. L'implant envoie les impulsions aux électrodes dans la cochlée.

Le nerf auditif achemine les signaux électriques vers les centres auditifs du cerveau qui les interprète comme des sons.



**Figure7 : le fonctionnement de l'implant cochléaire**

(Site Med-EL .COM)



### 5. Les objectifs de l'implant cochléaire :

Les implants ont un multiple but et objectifs et parmi eux :

- Donner des informations sonores suffisantes et les transformer en un signal électrique qui est transmis directement aux fibres du nerf auditif par une électrode implantée.
- Donner une audition utile à des patients présentant une surdité bilatérale profonde.
- Il porte un aide à la lecture labiale
- Permet une reconnaissance de bruit de l'environnement et une identification de la parole sans l'aide
- Réhabiliter les capacités perceptives de l'environnement sonore linguistique

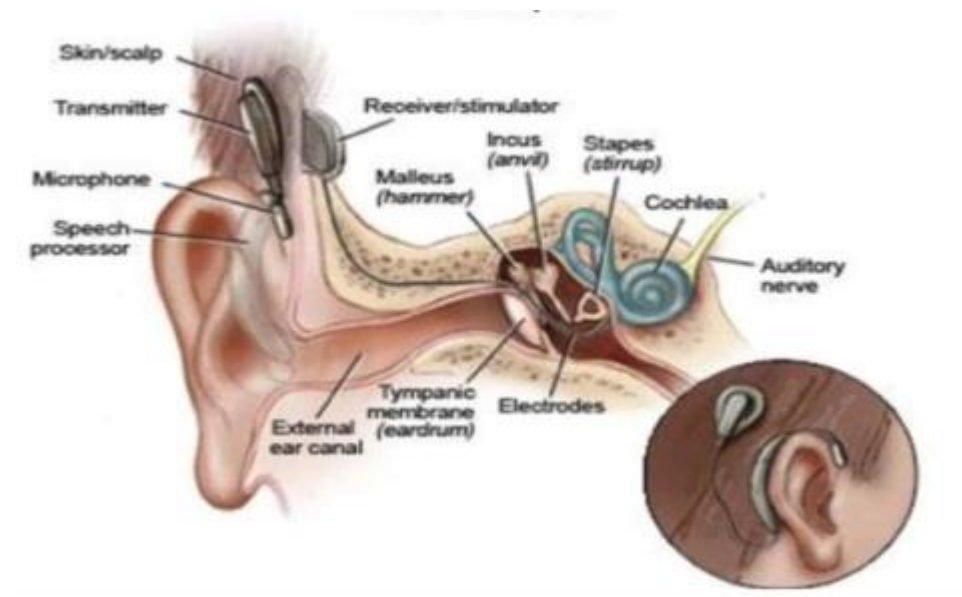
### 6. Indications de l'implantation cochléaire pédiatrique :

On préconise l'implant cochléaire pour les surdités neurosensorielles sévères à profondes bilatérales. Selon les Recommandations de bonne pratique de la **Haute Autorité de Santé (2009)**, il est indiqué dans les situations suivantes:

- En cas de surdités congénitales (pré-linguistiques), il est recommandé de mettre en place une implantation cochléaire (IC) la plus précoce possible;
- Pour les surdités profondes bilatérales, l'IC est préconisée si le gain prothétique ne permet pas le développement du LO;
- Pour les surdités sévères bilatérales, l'IC est indiquée si le score de discrimination est inférieur ou égal à 50% en audiométrie vocale à 60 dB en champ libre avec une prothèse conventionnelle;
- pour les surdités fluctuantes, l'IC est conseillée selon les mêmes critères que ceux cités précédemment (avec réalisation des tests plusieurs fois par mois) et/ou lorsque le langage de l'enfant est affecté.

L'implant cochléaire pédiatrique est également indiqué pour les surdités acquises (post ou péri-linguistiques), pour les malformations d'oreille interne, pour les cas particuliers où l'implantation bilatérale peut être envisagée (syndrome d'Uscher, surdité post-méningite et surdité post-traumatique), en l'absence de contre-indication médicale ou radiologique, si le

mode d'éducation est à dominance orale, si la structure familiale est stable et l'enfant et ses parents motivés.



**Figure 08 : Implant cochléaire « appareil » Site internet**

## **7. Apports et limites de l'implant cochléaire :**

### **a. Apports :**

Perception de toutes les fréquences de 125 à 8000 Hz entre 30 et 40 dB.

Les informations codées sont suffisantes et pertinentes pour décoder la parole;

L'implant cochléaire fournirait de meilleurs indices acoustiques pour traiter la prosodie que pour traiter les éléments segmentaux selon Teixeira Carneiro (2012)

Amélioration de la production orale pour les sourds congénitaux ; - Réhabilitation de la boucle audio-phonatoire.

Le délai d'une acquisition phonologique est similaire aux normo-entendants (un an).

### **b. Les limites :**

Les indices phonologiques ne sont pas retransmis dans leur intégralité, comme le lieu d'articulation d'après « Giraud et al. (2001) cités par Deltenre et al. (2005) », la nasalité et le voisement selon « Kiefer et al. (2001) cités par Bayard et al. (2012) ».

L'appareil n'est pas toujours en bon état de fonctionnement. - Le continuum auditif est inconstant (il faut retirer la partie externe pour certaines tâches quotidiennes). La fonction d'alerte n'est donc pas toujours présente.

Les informations sonores sont dégradées dans un environnement bruyant d'après « Hopkins et al. (2008) cités par Bayard et al. (2012) ».

La stéréophonie est rarement réhabilitée dans son intégralité, hormis dans le cas d'implantation bilatérale ou de port d'un appareillage controlatéral où les mécanismes d'analyse de la scène auditive sont utilisés d'après « Nikolopoulos et al. (2004) cités par Deltenre et al. (2007) ».

Les variations fines du signal sonore ne sont pas codées par l'implant cochléaire.

## **8. L'indication de l'implant cochléaire chez l'enfant sourd :**

Surdit e profonde ou s ev ere bilat erale.

Seuil proth etique  $\geq 60$  dB.

Age < 10 ans ou dur ee de la surdit e < 10 ans

Appétence à la communication orale

Motivation parentale et de l'enfant aussi.

(Consensus, 1995, p 15) 6.1

### **9. Indications audiométriques de l'implantation :**

Surdit e profonde quand le gain proth etique ne permet pas le développement du langage (seuil >60 dB).

Surdit e sévère, quand discrimination est inférieure ou égale 50 % en audiométrie vocale adaptés à l'âge de l'enfant

Fluctuations auditives, quand les critères sous –cités sont atteints plusieurs fois par mois et / ou lorsque les fluctuations retentissent sur le langage de l'enfant.

### **10. Indications de l'implantation bilatérale :**

- Méningite bactérienne.
- Fracture du rocher bilatérale.
- Surdit e risquent de s'accompagner à court terme d'une ossification cochléaire bilatérale
- Surdit e de perception bilatérale profonde, selon les modalités définies pour l'implantation unilatérale.

Syndrome d'USHER.

(Consensus, 1995, p 19).

### **11. Le bilan pré - implantation chez les enfants sourds :**

L'équipe d'implantation est pluridisciplinaire. Les parents sont informés de la nécessité d'une r ducation post-implantation cochléaire, dont les résultats sont latents ; ainsi que du besoin d'une éducation spécialisée pour l'apprentissage du LO. D'autre part, il faut éviter de leur donner l'illusion d'une réparation (Virole, 2000).

Les bilans sont les suivants (Loundon N. 2009) :

#### **a. Le bilan audio prothétique :**

Met en évidence une indication audiométrique, l'examen s'effectue sans puis avec prothèses pour calculer le gain prothétique.

**b. L'examen clinique ORL :**

Recherche des pathologies associées dans le cadre de surdités syndromiques et/ou génétiques si cela n'a pas déjà été fait.

**c. Des examens pédiatriques :**

Sont nécessaires comme la consultation ophtalmique et un bilan vestibulaire est effectué.

**d. Un scanner des rochers :**

Recherche des malformations de l'oreille interne, une IRM peut également être préconisée.

**e. Le bilan orthophonique :**

Évalue les niveaux de communication et de langage de l'enfant ainsi que ses capacités auditives.

Il peut orienter la famille vers des choix de mode(s) de communication.

**f. Mode de communication :**

Les orthophonistes évaluent l'appétence de l'enfant à l'échange et l'utilisation des différents modes de communication.

### **g. Perception auditive**

Des outils orthophoniques permettront d'évaluer la perception et la compréhension auditive : le **TEPP** (test d'évaluation de la perception et de la production de la parole) et le **TERMO** (test d'évaluation de la réception du message oral par l'enfant sourd). Ils sont composés de listes de phonèmes et de syllabes, de listes de mots de Fournier, Lafon, Boorsma, adaptées aux différents âges de l'enfant, de phrases simples et complexes pour les plus grands.

Les résultats sont exprimés en pourcentage de reconnaissance selon les modes de la passation, avec les prothèses, listes fermées (mots connus à désigner), listes ouvertes, avec et sans lecture labiale.

Les tests en liste fermée sont réalisés par l'intermédiaire de supports visuels d'images. Il s'agit de désigner les images correspondantes à une liste de mots ou de phrases prononcés. Les tests en liste ouverte ne comportent pas de support visuel. Les mots et les phrases doivent être répétés.

**Le psychologue** assure de l'absence de contre-indications psychoaffectives ou intellectuelles et de l'implication parentale.

#### **12. Les étapes de l'implantation :**

##### **a) Avant l'implantation :**

Avant l'implantation, l'enfant doit faire un bilan complet (les bilans présentés déjà) sur sa déficience.

Les centres d'implantations sont constitués d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins audio phonologistes, orthophonistes et des psychologues qui évaluent l'enfant ; ainsi que d'une chirurgie qui va faire l'implantation. Le centre travaille en partenariat avec l'entourage de l'enfant (la famille et l'école) et aussi avec les services spécialisés, les professionnels libéraux de la surdité et les associations d'implantés cochléaires. Si l'enfant sourd est implantable, l'opération est programmée. (**Loundon, Busquet. p. 52**).

Les compétences de communication pré - opératoires contribueraient aux variations dans la perception de la parole des enfants implantés. Cependant elles ne seraient pas un prédicteur significatif de la performance langagière post -implantation.

**b) L'âge de l'implantation :**

De façon générale, plus l'implantation est réalisée à un âge précoce, meilleur sera le développement du langage et plus réduit sera le délai langagier (**TyeMurray et al 1995**). Une implantation en très bas âge permet de tirer profit de la plus grande plasticité neuronale du système auditif et procure un accès aux sons durant les années cruciales de l'acquisition du langage, année où les jeunes enfants possèdent des habilités à apprendre de façon incidente. L'ouïe doit être intégrée au système nerveux central avant que l'enfant n'ait pu dépendre de modalités sensorielles alternatives. Un enfant n'ait pas reçu d'input auditif durant cinq premières années de la vie et qui a établi un système de communication manuelle présentera une réponse plus lente à l'implant cochléaire.

De plus, la structure tonotopique de la cochlée et le patron d'excitation du nerf cochléaire s'établissent au niveau de l'hémisphère gauche durant les premières années de vie (**marcotte et morere, 1990**). Une implantation précoce limitera la perte de cellules ciliées sensorielles due à la surdité, qui elle-même résulte en une dégénérescence rétrograde des cellules du ganglion spiralé, des fibres du nerf cochléaire et des cellules des noyaux cochléaires (**Webster. 1979**).

Une implantation précoce favorise donc des taux d'acquisition du langage oral plus près de la norme (**Osberger .2002.**), un meilleur développement du vocabulaire. Les enfants implantés avant 18 mois apprennent le langage à un taux presque normal, parfois même accéléré, contrairement aux enfants implantés entre 41 et 48 mois (**Hammes et Al. 2002**). La majorité des enfants implantés avant 19 mois atteignent des niveaux langagiers expressif et réceptif équivalent ou au-dessus de leur âge chronologique alors que la majorité de ceux implantés entre 20 et 25 mois présentent des retards langagiers (**Miyamoto et al. 1997**). De la même façon, l'implantation avant 3 ans amène une augmentation plus marquée des habilités réceptives et expressives qu'entre 3 et 5 ans.

L'avantage de la prise en charge précoce de la surdité est rapporté pour tous les niveaux socio-économiques, groupes ethniques, âges, genres, degrés de la perte auditive ainsi que pour ceux qui utilisent la parole seule ou avec langage signé (**Thomson .2002.**)

**c) Après implantation :**

La prise en charge s'organise autour de 4 axes principaux, les réglages, l'accompagnement, la rééducation auditive, les évaluations auditives. Mise en service de la partie externe : 4 semaines après l'implantation, 2 stages de 3 jours consécutifs repartis sur 2 semaines (4 réglages, 10 séances d'orthophonie et une réunion parents – équipe) .

Suivi régulier pendant 3 mois : 3 jours consécutifs par mois ( 2 réglages , 5 séances d'orthophonie, rencontre avec les autres implantés , séances de groupe guidance parentale ).

Suivi après 3 mois : selon l'évolution, le suivi tous les 3 mois, jusqu'à 20 ans de l'implantation. Puis après ces 2 ans, le suivi est tous les 4 à 6 mois, jusqu'à la fin de la troisième année.

Le suivi continue toute la vie (1 fois par an).

Une fois l'implantation réalisée, il n'est pas clair dans quelle mesure la combinaison des signes et du langage oral contribue au développement du langage. Certains avancent que de tels programmes de communication totale inhibent l'acquisition des habilités de la parole entre autres en raison de facteurs liés à la motivation. Il a été démontré que les programmes ou seules les habilités.



### 13. Réglages :

Des tests subjectifs sont nécessaires tels que les techniques de renforcement visuel (TV-show ou train-show) ou le conditionnement par le jeu selon l'âge de l'enfant.

Une audiométrie tonale et vocale post-implantation sont effectuées. L'audiométrie tonale est utile pour ajuster le gain de chaque électrode : l'audioprothésiste doit déterminer les seuils cliniques minimal et maximal (seuils de détection et de confort). Il envoie progressivement des quantités de courant sur chaque électrode et se base sur les réactions de l'enfant (posturales et psychologiques).

Les réflexes sont souvent atténués, on peut donc s'attarder sur les réactions psychologiques de l'enfant, influencé par les comportements maternels.

Les réponses auditives se modifient dans les premiers mois avec la maturation des fibres nerveuses et le conditionnement de l'enfant. Une dizaine de réglages s'effectuent la première année, avec une variabilité selon les centres d'implantation. Les réglages sont nombreux car ils nécessitent une analyse des comportements de l'enfant. Un à deux réglages par an suffit par la suite selon (Busquet et Loundon 2009. p .55).

L'accès au Langage Oral post-implantation dépend de nombreux facteurs : - la durée de la surdité selon « Fryaut-Bertschy et al. (1992) cités par Leybaert et al. (2007) » qui correspond pour les enfants sourds congénitaux au niveau d'audition résiduelle avant l'implantation « Szagun (2004) cité par Leybaert and al. (2007) ».

l'âge d'installation de la surdité (congénitale ou acquise).

### 14. L'accompagnement :

L'accompagnement de l'enfant doit permettre le travail en groupe avec d'autres enfants implantés pour faciliter les échanges sur leur vécu, la manipulation de l'implant, le port d'une prothèse acoustique controlatérale.

L'accompagnement parental est également primordial. L'implant cochléaire relance le processus d'interaction verbale. Les parents adaptent donc leur comportement, ils appellent leur enfant, le sollicitent verbalement, respectent les tours de la parole, allongent et enrichissent leurs énoncés.

**a. La rééducation auditive :**

Le suivi à moyen et long terme s'intéresse aux réglages de l'implant cochléaire et aux évaluations des bénéfices obtenus, la rééducation auditive tant le plus souvent réalisée par une orthophoniste à proximité du domicile du patient. .

**b. Les évaluations auditives :**

Les évaluations de la perception auditive permettent d'apprécier l'efficacité des réglages réalisés et de vérifier le bon fonctionnement de l'implant. L'évaluation s'organise sur 3 temps différents : court terme, moyen terme et long terme.

**a) De 0 à 3 ans après l'implantation :**

Examen audiométrique tonal et vocal, évaluation de la détection et la discrimination (instruments sonores). Ces tests ont une portée limitée mais ils donnent des informations sur les capacités d'analyses auditives et sur l'évolution de l'enfant.

**b) De 3 à 6 ans après l'implantation :**

identification en listes ouvertes (parole, phrases simples) . Les données acoustiques et linguistiques obtenues au niveau lexical et syntaxique ne sont pas forcément prédictives d'un bon développement du langage et de la communication.

**c) Plus de 6 ans après l'implantation:**

Compréhension (exécution d'ordres, réponses à des questions.) cette étape dépend non seulement de la perception auditive mais aussi des capacités cognitives et de la mémoire et des possibilités d'attention et de concentration.

### **15. Dans quels cas l'implantation est-elle déconseillée ?**

Les systèmes d'implant cochléaire sont utilisés par des milliers de personnes dans le monde. Cependant, il y a des situations dans lesquelles un système d'IC peut ne pas être approprié à une personne donnée. Voici quelques facteurs à considérer :

#### **Une meilleure option :**

Si une aide auditive classique permet une bonne compréhension de la parole, elle constitue une meilleure option que l'utilisation d'un système d'IC.

#### **Une surdité profonde pendant une très longue période**

Si le nerf auditif n'a jamais été stimulé ou s'il n'a pas été stimulé depuis très longtemps, il n'est peut-être plus capable de transmettre correctement les informations sonores au cerveau.

#### **La cochlée n'est pas la cause principale de la surdité**

Un système d'IC n'aura aucun effet si le problème se trouve ailleurs que dans l'oreille interne, par exemple au niveau du nerf auditif.

#### **L'intervention n'a que peu de chances de réussir**

Si la cochlée n'est pas en mesure de recevoir la porte électrodes, ou si le nerf auditif est absent ou endommagé, un IC ne donnera probablement aucun résultat.

#### **Problèmes médicaux**

Le patient doit être en suffisamment bonne condition physique pour supporter l'anesthésie et se remettre de l'intervention. Le patient doit aussi pouvoir assister au programme de suivi et de rééducation et être capable de porter les parties externes du système.

#### **Des attentes irréalistes de la part du patient**

Il est essentiel que les patients et leurs familles aient une idée réaliste de ce que le système d'IC pourra leur apporter.

## Un soutien insuffisant de la famille ou de l'entourage

Le soutien de la part de la famille ou de l'entourage est un facteur important pour le succès du patient porteur d'IC. Chez les enfants, un tel soutien est primordial. (**guide-MEDEL P.07**).

### 16. Les types d'implants cochléaire :

Il existe plusieurs types d'implants, le système de base est le même, c'est la forme qui change, les résultats sont par ailleurs équivalents avec chaque type d'appareil, on compte aujourd'hui six marques qui sont :

5.1 Advanced bionics

5.2 Cochlear

5.3 Med-1

5.4 Neurelec

(Jesus.A et Paul.D, 2007, p56)



**Figure 09 : les types d'implant**

## ***Chapitre 4***

### ***Le vocabulaire et la lecture***

## 1. Les définitions du langage :

**Le langage** est « la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes »

(RONDAI).

**La langue** est un système de code propre à une communauté. La parole est la production de significations sous forme de sons articulés. Les linguistes différencient quatre composantes du langage :

- **la phonétique** : c'est le niveau concernant les sons du langage ou phonèmes,
- **la sémantique** : c'est ce qui concerne les mots et leur signification (lexique),
- **la syntaxe** : règles d'associations des éléments du langage entre eux
- **la pragmatique** : étude des actes de la parole.

**Le langage** est défini comme un système de signe propre à favoriser la communication entre les êtres.

(Dictionnaire d'orthophonie, p 133.)

**Le langage principal** vecteur de la communication interhumaine, est aussi un support de la pensée, en rapport avec le 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.

## 2. Les étapes du développement langagier :

	<b>Perception</b>	<b>Production</b>
<b>Naissance à 1 mois</b>	Discrimination des contrastes de la parole, de la voix de la mère, de la langue maternelle, sensibilité aux indices prosodiques et rythmiques	Cri, pleur, son végétatif
<b>1 à 7 mois</b>	Catégorisations de sons et de voyelles, reconnaissance de syllabes, détection de l'intonation perception intermodale	Rire, vocalisation avec ouverture et fermeture de la bouche, sons vocaliques, contrôle de la phonation, variations et imitation d'intonations, début du babillage
<b>8 à 12 mois</b>	Détection de frontières de syntagmes, compréhension de quelques mots, apprentissage de mots par association à des référents.	Production de voyelles semblables à la langue maternelle, séquence variée de syllabe, intonation, babillage varié, premiers mots.
<b>12 à 16 mois</b>	Compréhension de 100 à 150 mots et de phrases simples.	Formes productives stables en relation avec les situations, production de 50 mots.
<b>16 à 20 mois</b>	Compréhension de 200 mots, distinction des catégories de mots.	Production de 50 à 170 mots, production de verbes et d'expressions.
<b>20 à 24 mois</b>	Compréhension des relations, de l'ordre syntaxique des mots.	Augmentation rapide du vocabulaire, production entre 250 et 300 mots,

		meilleure prononciation phrases à 2-3 mots, début d'acquisition du genre et de nombre.
--	--	---

( Boysson –Bardies .1996.)

### 3. Les voies de la lecture :

Deux procédures différentes peuvent être mises en jeu pour identifier un mot écrit, ces façons dite les deux voies de la lecture (Mazeau, Pouchet, 2005, p294-296).

#### a. La voie d'assemblage phonologique :

Cette voie est également appelée voie indirect, consiste à convertir des lettres et graphèmes en phonèmes et syllabes. Puis combiner les sons issus de cette conversion pour reconstituer le mot.

Dans cette voie le mot n'est pas connu dans le lexique de lecteur, il doit donc utiliser le processus de la médiation phonologique, il décompose le mot en entités plus petites (graphème), et les rassemble pour reconstituer la forme orale du mot écrit.

#### b. La voie d'adressage lexicale

Elle est appelée aussi voix direct, le lecteur met directement en lien le mot écrit avec sa signification, il l'adresse à son lexique orthographique, stocké en mémoire à long terme. Il s'agit là d'identifier visuellement la suite ordonnée des lettres qui compose le mot, sans passer au préalable par sa forme phonologique sonore, cette voie lexical est utilisable pour des mots écrits déjà connus du lecteur, le mot identifié active alors sa signification (accès sémantique) dans son lexique orthographique.

La voie d'adressage permet une identification rapide et précise, fonction de la suite exacte des lettres (forme orthographique), permettant de distinguer rapidement, elle seul permet la lecture des mots irréguliers (Mazeau, Pouchet, 2005, p294-296).



#### 4. Développement du langage chez l'enfant implanté :

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 exprime le langage qui l'entoure. L'acquisition du langage est conditionnée par l'intégrité ;

-Des organes phonatoires et de leurs commandes neuromusculaires.

-Des structures corticales et sous corticales spécialisées dans divers fonctions du langage

-De l'appareil auditif

Aussi le langage dépend des circonstances étiologiques :

-S'il s'agit d'un enfant entendant devenu sourd (méningite), le développement est très aisément récupéré par la rééducation orthophonique.

- S'il s'agit d'une surdité profonde congénitale, l'éducation auditive ne commence qu'au moment où l'implant est en fonctionnement .le développement du langage chez l'enfant implanté dépend de la date du diagnostic, type de surdité, des résultats de l'examen psycho-orthophonique et de l'environnement socioculturel et linguistique. néanmoins les parents d'enfants sourds doivent cependant bien comprendre que l'implant ne fait que transformer leur enfant sourd total en un enfant qui restera un sourd partiel appareillé ( **A . MEDJAHER, 1998 p 12.** ) .

## 5. Définitions de la lecture :

La lecture est l'action par laquelle on prend connaissance d'un texte écrit. Apprendre à lire, c'est-à-dire comprendre la signification des signes codifiés par la société et c'est ce qui constitue le but premier de l'école. Cette acquisition accélère le processus de socialisation engagé par le langage oral. Elle exige certaines conditions intellectuelles sensori-motrices : niveau mental d'au moins six ans ; pas de troubles de latéralisation, bonne orientation temporelle (rythme). (Syllamy N., 2003, p 157).

Il s'agit aussi d'une activité cognitive complexe qui, si l'on décortique un peu, exige : de reconnaître les mots, de construire la signification des phrases et des textes ; et de retenir en mémoire ce qui est déjà lu. Pour cela, il faut d'abord apprendre aux enfants à identifier les mots, c'est-à-dire à accéder à leurs formes phonologique et orthographique, ainsi qu'à leurs sens. (Arezki D., 2004, P102).

## 6. Les méthodes d'apprentissage de la lecture :

Dans le milieu spécialisé dans l'accueil des sourds, les méthodes d'apprentissage de la lecture se complètent fréquemment d'un soutien gestuel. Les procédés sont personnels à chaque enseignant qui s'inspire généralement de plusieurs méthodes ordinaires. La grande majorité de ces méthodes repose sur une phase d'oralisation, dont :

- la méthode syllabique qui a pour unité de base la syllabe ; - la méthode phonétique ou analytique-synthétique qui a pour unité de base le phonème, c'est-à-dire la plus petite unité du langage parlé. Ce type d'enseignement permet le déchiffrage ;

- la méthode globale qui a été mise au point par Decroly, d'après les travaux de Claparède sur la perception, pour aider les enfants sourds dans l'apprentissage de la lecture. En réalité, c'est une méthode mixte puisque l'on part de mots complets ou de petites phrases que l'on décompose ensuite en syllabes puis en lettres ;

- la méthode de lecture naturelle de Freinet : les enfants élaborent un petit texte à partir d'une expérience vécue, puis repèrent les mots identiques, les syllabes, les lettres, les phonèmes. L'oralisation se retrouve dans toutes les méthodes d'apprentissage de la lecture, sauf dans la méthode idéovisuelle. Celle-ci est inspirée de la méthode naturelle de Freinet ainsi que de la méthode globale de Decroly. Elle est apparue en France à partir des années 1970, sous l'impulsion de Jean Foucambert. Au contraire des autres méthodes, la

méthode idéovisuelle s'en tient exclusivement à l'identification des formes écrites, considérées comme des unités de sens. On confond souvent la méthode globale et la méthode idéo-visuelle. Cette dernière n'a quasiment jamais été pratiquée, pas même dans les institutions pour enfants sourds et malentendants. De nombreux professionnels sont surpris par la précision de l'orthographe de certains enfants sourds en fin de primaire comparativement aux entendant du même âge [DUMONT 95]. Les adultes sourds, mêmes mauvais lecteurs, ont généralement des connaissances orthographiques supérieures à celles des enfants entendant de même niveau global de lecture [ALEGRIA 06]. La langue écrite est à dominante phonologique, mais elle comporte une large « couche idéographique » qui se décompose en unités orthographiques grammaticales. Par exemple, /chante/ et /chantent/ se prononcent de la même manière, la désinence –nt étant un idéogramme ayant le sens du pluriel [FIJALKOW 84]. Peut-on formuler l'hypothèse d'une meilleure appropriation de cette « couche idéographique » par les sujets sourds ? Est-elle prise en compte dans l'éducation des enfants sourds ? Pour répondre à ces questions, il nous faut faire le point ici des situations d'apprentissage ou des philosophies d'enseignement à l'intérieur des établissements spécialisés dans l'accueil des sourds.

## 7. Apprentissage de la lecture :

L'apprentissage de la lecture constitue le contact de l'enfant avec l'écrit. L'acte de lire résulte toujours d'un apprentissage lent et laborieux, rendu possible grâce à l'intervention d'un médiateur (Lieury.A. et De la Haye. F, 2004, p50).

### a) L'apprentissage implicite :

Ce dernier présente quelques caractéristiques remarquables :

- Dès la rencontre répétée de mots écrits stables (ex : prénoms) les régularités concernant d'une part les configurations visuelles (régularité orthographique), d'autres part les mots oraux et les significations qui leurs sont associées (régularités alphabético-phonologiques et orthographicomorphologiques ) engendrent les processus d'apprentissage implicite ( Jombert et Peerman, 2001 ) . Dans le cas de contacts précoces avec l'écrit, ces apprentissages préexistent donc à l'enseignement de la lecture.

- Avec la multiplication de la fréquentation des mots écrits, consécutive à l'enseignement de la lecture, l'attention portée aux mots écrits, auparavant occasionnelle, devient systématique et fréquente. Les apprentissages implicites s'en trouvent ainsi décuplés.

- L'apprentissage implicite se poursuit tant que l'individu lit et d'autant plus qu'il lit .Il ne s'arrête pas avec la fin de l'enseignement scolaire de la lecture.

### b) L'apprentissage explicite :

C'est l'effet direct de l'enseignement. Il s'agit notamment de :

- Des effets de l'apprentissage explicite du code graphophonologiques (ce que l'on appelle souvent le décodage), qui permet de lire tout item écrit, même s'il n'appartient pas (et n'est pas proche) au lexique écrit connu.

- Des effets de l'apprentissage explicite de la morphologie écrite qui permet essentiellement de gérer les lettres muettes en lecture et de maîtriser l'orthographe en production (Gombert, J-E, 2003, page 28).

### 8. La définition du vocabulaire :

Ensembles des mots répertoriés dans un dictionnaire, une banque de données, une nomenclature, etc.

**Larousse-bordas1997p1072**

### 9. La différence entre lexique et vocabulaire :

En linguistique, on distingue le lexique du vocabulaire :

- le lexique est une notion théorique ; il s'agit de l'ensemble des mots qui composent une langue ;
- le vocabulaire est l'ensemble des mots employés, en compréhension et en production, par un individu.

Dans le lexique, il y a des mots que l'on dit et ceux que l'on comprend, ceux que l'on comprend et que l'on ne dit pas et chez l'enfant des mots qu'il dit et ne comprend pas.

On différencie également :

- **le vocabulaire passif** : ensemble des mots que l'on connaît, reconnaît, lorsqu'on les entend prononcer ou qu'on les lit ;
- **le vocabulaire actif** : ensemble des mots qu'on emploie, sait employer, à l'oral et à l'écrit.

Cette différenciation est très importante et est utilisée dans les instructions officielles qui opposent le vocabulaire produit (dit actif) et le vocabulaire compris (dit passif) de l'enfant. A l'école, on travaille pour rendre les mots du vocabulaire passif plus clairs et donc susceptibles d'être utilisés activement tout en continuant de développer le vocabulaire passif.

**(BACHELET et ALL P 7/8 2013/2012) :**

**Le vocabulaire** : n'est pas une matière scolaire en soi ; en effet, on peut développer le vocabulaire des élèves dans tous les domaines, y compris en mathématique. Cependant on associe traditionnellement le vocabulaire à la lecture ou au français en général. Le lien entre le vocabulaire et la lecture est d'ailleurs bien établi : d'une part, la connaissance du vocabulaire influe sur la compréhension que le lecteur aura d'un texte, d'autre part, la lecture contribue au développement du vocabulaire. ( **Giasson, J. (1994)page 37)article.**

**10. L'acquisition du vocabulaire :**

Chez l'enfant sourd, on observe un décalage très important au niveau du vocabulaire. Par exemple, le lexique d'un adolescent entendant de 18 ans est approximativement de 30 000 mots alors que celui d'un adolescent sourd du même âge n'arrive qu'à 12 000 mots. Ce retard, non négligeable, ne se comble jamais et les conséquences sont importantes sur le développement des autres habiletés lexicales à l'âge adulte.

**Lederberg& al. (2000), cités par Lederberg& Spencer (2009 : 46)** : ont montré l'existence de trois phases d'apprentissage du vocabulaire chez l'enfant sourd. Ces phases sont déterminées en fonction du volume du lexique de l'enfant et c'est seulement une fois que le maximum est atteint que l'enfant entre dans la phase supérieure d'acquisition. Ils distinguent ainsi une première phase dite « lente » où l'enfant apprend de nouveaux mots très lentement malgré les indications et aides fournies par le testeur. La seconde est dite « rapide » parce que l'enfant apprend très vite le nouveau vocabulaire mais à condition que le référent soit explicitement donné par le locuteur.

Enfin, la troisième phase est celle du « novel mapping » : l'enfant acquiert très rapidement du nouveau vocabulaire et ce que le référent soit explicité ou non. La compétence d'apprentissage de nouveau mot est présente chez tous les enfants sourds de parents entendants mais la phase lente dure, généralement, très longtemps ce qui bloque l'entrée dans la seconde phase d'acquisition (on observe des enfants qui, à 5 ans, entrent tout juste dans la phase rapide). Notons tout de même que ces trois phases de développement sont également observées chez l'enfant entendant et qu'elles s'étendent de 12 à 30 mois.

**L'étude de Lederberg& al. A**, quant à elle, était réalisée sur une population d'enfants sourds âgés de 27 à 82 mois (soit 2 à 6 ans). Ces observations soulignent davantage le retard observé entre l'enfant sourd et l'enfant entendant.

**11. Les composantes de l'enseignement du vocabulaire Comme l'acquisition du vocabulaire :**

Est un processus verbal complexe, proposer une seule solution à son enseignement serait utopique. Nous proposons donc une combinaison des cinq moyens suivants, chacun ayant ses forces et ses faiblesses, mais tous étant applicables en classe :

1. favoriser la lecture personnelle ;
2. rendre les élèves autonomes dans l'utilisation du contexte ;
3. enseigner de façon planifiée une sélection de mots spécifiques ;
4. habiliter les élèves à utiliser des outils de référence de façon stratégique ; 5. Créer un environnement susceptible de motiver les élèves à s'intéresser au sens des mots qu'ils rencontrent.

( Giasson, J. (1994)page 37)article.

## 12. Types de vocabulaire :

Il y a plusieurs types de vocabulaire. Ci-dessous, nous allons en présenter les plus cités dans les sources documentaires.

### a. Le vocabulaire actif

La notion de ‘vocabulaire actif’ « désigne l’ensemble des mots que vous utilisez régulièrement pour communiquer par l’écrit ou par l’oral ».

C’est un vocabulaire utilisé par une personne souvent, c’est-à-dire que l’individu a la capacité de comprendre tout l’énoncé et l’employer souvent à l’oral et à l’écrit.

Ce vocabulaire varie d’une personne à l’autre aussi qu’il est composé de mots et d’expressions.

### b. Le vocabulaire passif

Le vocabulaire passif est un ensemble de mots simples et compréhensibles pour l’individu (comprendre seulement). C’est donc un vocabulaire facile à comprendre mais il ne l’utilise pas pendant la communication verbale ou écrite.

Avoir un vocabulaire passif veut dire que l’individu comprend tout le discours oral ou écrit par contre il n’a pas assez de mots pour exprimer ce qu’il veut dire. Pour construire un vocabulaire actif, il faut que l’apprenant mémorise un grand nombre de mots du vocabulaire français l’enseignant doit encourager la communication en classe et faire des activités qui facilitent la mémorisation et la compréhension des mots telle que les mots croisés..., faire écouter à ses apprenants des enregistrements, des vidéos, des chansons éducatives et donner toujours l’explication des mots, en évitant la traduction en langue maternelle.

Quant à l’apprenant la lecture des livres bilingues est un moyen efficace qui lui permet d’enrichir son vocabulaire et comprendre les mots.

### c. Le vocabulaire spécialisé :

C’est un vocabulaire lié à un domaine spécialisé ; c’est à dire que l’individu l’emploie dans un domaine précis comme la médecine.



C'est un « ensemble des termes propres à une science, à une technique, à un groupe, à un milieu, à un auteur, par exemple : le vocabulaire de la philosophie ».

#### **d. Le vocabulaire oral :**

Le vocabulaire oral est un groupe de mots qu'un individu entend pour comprendre ce qui est dit, il est appelé aussi le vocabulaire d'écoute ou d'expression, c'est un groupes de mots que l'élève peut comprendre et utiliser correctement lorsqu'il parle. 16

#### **e. Le vocabulaire écrit**

Appelé aussi vocabulaire visuel, c'est l'ensemble des mots qui sont lus pour comprendre ce qui est écrit. Il est utilisé par l'élève à des tâches de lecture et d'écriture. Il est difficile d'évaluer et de quantifier clairement le vocabulaire parce que le vocabulaire reconnu par un individu peut différer de celui qu'il est en mesure de produire.

**MémoireKhadidjacheragui9/10.2021**

### **13.Le vocabulaire et la lecture :**

Le vocabulaire joue également un rôle important dans l'apprentissage de la lecture et le renforcement des compétences en lecture tout au long de la vie. Si les élèves ne comprennent pas le sens des mots qu'ils lisent, ils auront du mal à comprendre et ralentiront leur capacité à lire couramment. Il est plus difficile pour les premiers lecteurs de comprendre comment dire oralement des mots qui ne font pas déjà partie de leur vocabulaire.

**[/articles/e/qu-est-ce-que-le-vocabulaire#:](#)**

***Chapitre 5***  
***Méthodologie de***  
***Recherche***

## 1. Pré-enquête :

elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global de formuler les hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée, tous les supports aux moyens d'information accessibles sans exploitation, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste. (EDITH, Salés, W, 2006, P08)

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques car elle permet de recueillir des idées et des informations concernant le sujet de recherche, d'avoir des renseignements, sur le terrain, concernant la population visée. Elle permet aussi de cerner le thème de recherche, de vérifier sa faisabilité.

Cette étape nous permet aussi à la fois, de développer notre sujet de recherche et d'être auprès des personnes concernées, et même non concernées par le sujet, mais qui peuvent avoir des idées d'enrichir nos lectures sur le sujet d'étude afin de tracer un portrait du contexte dans lequel s'insèrera l'étude, pour cibler le projet, et de faciliter l'émergence des questions qui n'avaient pas été évoquées et orienter la formulation des hypothèses.

Notre pré-enquête en relation avec notre sujet de recherche s'est effectuée comme Suite :

Puisque notre thème d'étude est « l'effet d'acquisition du vocabulaire sur les capacités de lectures chez les enfants sourds implantés », et dans le but de revoir notre question de départ, et afin d'arriver à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête au niveau de deux cabinets d'orthophonie. L'un se situe à Akbou et l'autre à Souk el Tnine et nous avons rencontré notre population d'étude.

Nous avons commencé nos recherches avec eux et nous avons vu que le nombre d'échantillon pour mener nos recherches est suffisant après avoir obtenu l'autorisation des gérants du centre.

Durant cette période on a assisté au déroulement de la prise en charge des enfants sourds implantés, Et nous avons observés ces enfants aux moments des déroulements des séances, c'est ce qui nous a incités à continuer à pratiquer notre stage dans ces cabinets.

Nous avons choisi d'interviewer un mélange d'équipes multidisciplinaires (parents et enseignants) de ces cabinets, nous avons donc contacté davantage d'entre eux afin d'obtenir des informations pertinentes pour notre étude et de développer un entretien définitif.

## 2. les objectifs du pré enquête :

- Vérification initiale de l'échantillon d'étude
- d'observer les enfants sourds implantés pour avoir leurs capacités
- Recueillir des informations sur le sujet de l'étude pour ajuster l'entretien final
- Connaitre les moyens les plus appropriés pour effectuer des mesures dans l'étude de terrain.
- déterminer la méthode d'étude

## 3. lieux de stage:

### a. Présentation du cabinet d'Akbou :

Nous avons eu notre affectation de stage du département psychologie et orthophonie pour une durée de deux mois. Ce cabinet se situe dans un quartier très urbanisé, fortement peuplé, proche de plusieurs écoles, ce qui favorise l'accès au cabinet. Cette orthophoniste est installée dans cet endroit depuis 07/02/2016. Le cabinet est situé au premier étage. A l'intérieur, deux salles d'attente réservées une pour femmes et une autre pour hommes. Juste à côté la réception. Un bureau réservé à l'orthophoniste et un autre bureau pour le psychologue clinicien. Un porte donnant accès à une chambre contenant des étagères de plusieurs casiers pour mettre les affaires personnels des enfants, dans chaque casier un nom et un prénom de chacun d'eux est inscrit dessus. Encore une salle de coordination et d'autonomie qui possède des tables, des chaises et une armoire pour ranger les différents matériels : tests, jeux,... Une pour la psychomotricité. Et une autre consacrée pour les travaux pratiques. Enfin un sanitaire.

L'orthophoniste directeur du centre I. A, prend en charge les patients d'âge différents : enfants, adolescents, adultes, et personnes âgées. Il s'occupe des enfants implantés cochléaires, des enfants ayant des troubles du langage oral / écrit et des infirmités motrices cérébraux (IMC) et les autistes de 8h jusqu'à 16h30mn, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire : éducateurs, psychologues cliniciens, orthophoniste et psychomotriciens.

### b. Présentation du cabinet de Souk El Tnine:

Nous avons fait cette étude au niveau d'un cabinet d'orthophonie, Situé dans la cité 60 logements L.S.P à SOUK ELTNINE, bordée de la droite par le complexe sportif de proximité du martyr AMARA Amar, et de la gauche par la Daïra. Il se compose du six (06) pièces : Deux (02) salles d'attentes pour hommes et femmes, deux (02) bureau : un pour le psychologue et l'autre pour l'orthophoniste. Il se compose aussi d'une salle de psychomotricité, une autre pour la réception et les sanitaires.

### 4. Présentation du groupe de recherche

Ce groupe est constitué de :

- Orthophoniste
- Enseignants
- Parents

### 5. L'échantillonnage

le groupe de recherche	Orthophoniste	parents	Enseignants
Le nombre d'échantillonnages	02	60	60

### 6. déroulements de la recherche :

Nous avons commencées à pratiquer notre stage à AKBOU à partir de 02/02/2023 au 02/04/2023. Nous travaillons deux fois par semaine, de 8h à 16h le dimanche et le mardi, et le reste de la semaine à souk el tnine.

## 7. la méthode de recherche

La recherche dans le domaine scientifique vise à fournir des informations et des connaissances fines et approfondies des problèmes langagières d'une population dont le but d'observer, d'écrire et expliqué ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé.

Dans notre recherche on a utilisé la méthode descriptive, cette dernière consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existantes entre eux (Guider, M., 2005).

On a choisit la méthode descriptive car on avait pas accès du temps et de moyenne pour faire des études de cas du coup on a choisit le questionnaire pour gagner plus du temps.

Selon J.P. Beangrond, cette méthode a pour objectif « identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes » (CHAHRAOUI, K. H. ET BENONY. H., 2003.).

Par ailleurs, selon (Rodolphe.G.et Richard. J.F, 1999) « la démarche descriptive s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites et prend en compte l'engagement de l'observateur ».

## 8. Les moyennes des recherches :

On appelle instrument de recherche, le support, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations et /ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques (AKTOUF, O., 1987. P81).

Pour traiter nos hypothèses, nous avons opté pour l'entretien associé d'une observation directe et un questionnaire.

## 9. L'entretien :

Compte tenu de notre objet d'étude, l'entretien de recherche est de toute évidence, un outil privilégié. Dans le cadre d'une relation, il permet de mettre à jour une dialectique de l'exploration pour le chercheur, de l'expression pour la personne interviewée.

Selon A. Blanchet, il s'agit d'un dispositif par lequel une personne (A) favorise la production d'un discours d'une personne (B) (CHAHRAOUI, K. H. ET BENONY, H., 2003). Il existe différentes types d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien non directif, l'entretien semi-directif qui peuvent être utilisés en fonction des objectifs de recherche et des données à recueillir. Dans notre travail, nous avons fait appel à l'entretien semi directif.

L'entretien semi-directif Parmi les diverses formes possibles de collecte d'informations orales, l'orthophoniste accorde une importance particulière à l'entretien semi-directif, nommé aussi entretien centré, il préfère cette forme d'entretien dans la mesure où il choisit et annonce au préalable le thème ou les thèmes et dispose d'un guide d'entretien. L'entretien semi-directif se définit comme étant un entretien principalement entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer. Celui-ci a pour objectif de favoriser la production d'un discours continu et structuré de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche (BLANCHET, 1985, p07).

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur utilise un guide de questions préparées à l'avance, afin de structurer leur entretien semi-directif.

## 10.L'observation :

L'observation est une méthode d'investigation scientifique consistant à enregistrer par les sens, systématiquement, les caractères et les transformations de l'objet étudié

(Bloch. H , et coll, 2003 p 499).

Ayant pour but de relever un certain nombre de faits naturels à partir desquels il sera possible de former une hypothèse que l'on soumettra à la vérification expérimentale

( Sillamy. N, 2003, 184).

**11. Notre observation :**

Grâce à notre recherche sur terrain dans les deux cabinets d'orthophonie, nous avons observé des enfants dans leur service. Nous avons assisté à plusieurs événements où nous avons remarqué comment ils étaient traités car ils mettaient l'accent sur l'autonomie des enfants et leur offraient une atmosphère aussi appropriée que possible. Nous avons également remarqué des différences de comportement chez les enfants, des différences de compréhension et d'assimilation chez les enfants, des différences dans le développement du langage car nous avons également remarqué que ce groupe était très sensible, affectueux et social, tout comme leur situation, leur structure et leur reconnaissance sont acceptables.

**12. le questionnaire :**

Un questionnaire est une technique de collecte de données quantifiables qui se présente sous la forme d'une série de questions posées dans un ordre bien précis.

Le questionnaire est un outil régulièrement utilisé en sciences sociales (sociologie, psychologie, marketing). Il permet aussi de recueillir un grand nombre de témoignages ou d'avis.

Les informations obtenues peuvent être analysées à travers un tableau statistique ou un graphique.

“Le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées”.

(2021, 24 mars). Le questionnaire : définition, étapes, conseils et exemples. Scribbr. Consulté le 20 mai 2023, 18h51 <https://www.scribbr.fr/methodologie/questionnaire/>



### 13. Contexte théorique du questionnaire :

Dans notre recherche, nous avons utilisé le questionnaire comme moyen de collecte d'informations sur le sujet de notre recherche, que nous avons préparé en tant que chercheurs dans le domaine scientifique,

#### Le questionnaire comprend 2 AXE :

Le premier axe sur la lecture, il contient 20 questions

Le deuxième axe sur le vocabulaire, il contient 10 questions

Le questionnaire correspond des questions fermées, et il est répondu par trois choix représenté :

Oui	2
Non	0
Rarement	1

Distribué sur le groupe de recherche.

### 14. Les caractères statistiques de la moyenne de recherche :

#### Le Questionnaire

##### a) -Validité de cohérence interne :

-Tableau n° (01) : montre la cohérence interne des dimensions du questionnaire

Axe 01		Axe 02	
Axe 01	Facteur lien	Axe 02	Facteur lien
01	,816**	01	,714**
02	,638**	02	,657**
03	,608**	03	,449*
04	,730**	04	,816**
05	,657**	05	,638**
06	,252	06	,608**

07	,724**	07	,730**
08	.789**	08	449*
09	,657**	09	816**
10	.0689**	10	.0689**
11	,494*		
12	,705**		
13	,687**		
14	,704**		
15	,657**		
16	,704**		
17	,657**		
18	,252		
19	,724**		
20	.789**		
TOTAL		0.79	0.79

Le tableau n° (01) indique qu'il existe une corrélation positive allant de forte à moyenne entre les dimensions et questionnaire dans son ensemble. La valeur alpha devient (0,79), ce qui indique la validité de l'échelle pour mesurer ce qu'elle a été conçue. Pour.

### b) -Validité de Demi-segmentation

	Les axes	Le nombre de paragraphes	Coefficient de stabilité
Questionnaire	le premier axe sur la lecture	20	0.72
	le deuxième axe sur le vocabulaire	10	0.93
	Total	30	0.84

**c) Constance:****15.La méthode du coefficient alpha Cronbach:**

Le chercheur a utilisé l'équation alpha Cronbach afin de connaître le coefficient de stabilité de l'outil d'étude, où le coefficient de stabilité total de l'échelle d'auto-efficacité atteignait (0,96), et donc l'outil d'étude est stable et valide pour atteindre les objectifs de l'étude. Les résultats du tableau n° (...) le montrent

**Tableau n° (02) :** Valeurs du coefficient de stabilité alpha de Cronbach pour l'échelle d'auto-efficacité perçue (n = 50).

l'outil	Le nombre de paragraphes	Coefficient de stabilité
<b>Questionnaire</b>	<b>20</b>	0.91
	<b>10</b>	0.89

# **Chapitre 06 Interprétation, analyse des résultats et discussion des**

**I. Interprétation et analyse des résultats**

**1- Interprétation et analyse de la première hypothèse**

Notre première hypothèse dit :Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture sur le point de vue des enseignants.

- Est-ce que il y a-t-il un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture ?

Pour confirmer notre hypothèse, nous avons utilisé le SMA et la Standard déviation pour calculer la différence entre les réponses de l'échantillon, comme elles sont indiquées dans le tableau suivant :

**Tableau n03** : les différences des réponses de l'échantillon sur la présence des capacités de lecture

N°	Les questions	SMA	Standard deviation	Signification
01	La reconnaissance de tous les letters de l'alphabet avec leurseplacements dans le monde	<b>0.9585</b>	<b>2.9122</b>	<b>0.01</b>
02	La reconnaissance de toutes les lettresalphabétiques	<b>1.1585</b>	<b>2.5623</b>	<b>0.01</b>
03	Difficulté à Identifié des lettres dans les mots, ou des mots dans les phrases	<b>1.3956</b>	<b>2.458</b>	<b>0.01</b>
04	Difficulté à la compréhension des idéesprincipales du sujetqu'il lit	<b>1.4585</b>	<b>1.9225</b>	<b>0.01</b>
05	Difficulté à reconnaître et à mémoriser les mots de base	<b>1.3698</b>	<b>2.0545</b>	<b>0.01</b>

06	Difficulté à prononcer de la syllabecomposée de deux letters	<b>0.9255</b>	<b>2.8488</b>	<b>0.01</b>
07	Prononciation de toutes les lettres qui sont reliées	<b>1.3255</b>	<b>1.1645</b>	<b>0.01</b>
08	prononciation des lettressimilaires M, n	<b>0.9255</b>	<b>1.158</b>	<b>0.01</b>
09	Prononciation de toutes les lettresséparément	<b>0.9915</b>	<b>1.9315</b>	<b>0.01</b>
10	composition d'une phrase simple	<b>0.9846</b>	<b>1.8959</b>	<b>0.01</b>
11	épelez des mots enletters	<b>0.9623</b>	<b>2.9122</b>	<b>0.01</b>
12	composition d'un mot à partir de l'être	<b>1.0125</b>	<b>2.5623</b>	<b>0.01</b>
13	La lecture des nomsdémonstratifs et le non relatif	<b>1.2589</b>	<b>2.458</b>	<b>0.01</b>
14	la lecture d'un mot de trois syllabesou plus	<b>1.3412</b>	<b>1.9225</b>	<b>0.01</b>
15	la lecture des mots du premier niveau	<b>1.2925</b>	<b>2.0545</b>	<b>0.01</b>
16	la lecture des phrases du premier niveau	<b>0.9856</b>	<b>2.8488</b>	<b>0.01</b>
17	Distinction de lecture entre les lettres	<b>1.3148</b>	<b>1.1645</b>	<b>0.01</b>
18	Il inverse la lecture d'un mot	<b>0.9745</b>	<b>1.7912</b>	<b>0.01</b>
19	Il se perdsouventenlisant	<b>0.9915</b>	<b>1.9315</b>	<b>0.01</b>

20	il conforte les mots vraisemblables	<b>0.9846</b>	<b>1.8959</b>	<b>0.01</b>
Total		<b>1.258</b>	<b>2.7958</b>	<b>0.01</b>

**\*résultat:** Il existe des différences dans les réponses de l'échantillon en faveur de la présence des capacités de lecture chez les enfants sourds implantés au niveau signification 0.01...

Dans ce tableau 03 concernant l'axe de la lecture on observe que :

- Les premières questions « La reconnaissance de toutes les lettres de l'alphabet avec leurs emplacements dans le monde » sa moyenne SMA atteint (**0.95**), tandis que la standard déviation a été estimée à (**2,91**).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (**non**) à cette question
- La deuxième question « La reconnaissance de toutes les lettres alphabétiques » sa moyenne SMA atteint (**1,15**), tandis que la standard déviation a été estimée à (**2.56**).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (**oui**) à cette question
- La troisième question « Difficulté à Identifié des lettres dans les mots, ou des mots dans les phrases » sa moyenne SMA atteint (**1.39**), tandis que la standard déviation a été estimé à (**2.45**).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (**oui**) à cette question
- La quatrième question « Difficulté à la compréhension des idées principales du sujet qu'il lit » sa moyenne SMA atteint (1.45), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.92).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La cinquième question « Difficulté à reconnaître et à mémoriser les mots de base » sa moyenne SMA atteint (1.36), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.05).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question.
- La sixième question « Difficulté à prononcer de la syllabe composée de deux lettres » sa moyenne SMA atteint (0.92), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.84).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question

- La septième question « Prononciation de toutes les lettres qui sont reliées » sa moyenne SMA atteint (1.32), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.16).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La huitième question « prononciation des lettres similaires M, n » sa moyenne SMA atteint (0.92), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.15).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La neuvième question « Prononciation de toutes les lettres séparément » sa moyenne SMA atteint (0.99), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.93).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La dixième question «composition d'une phrase simple» sa moyenne SMA atteint (0.98), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.89).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La onzième question «épelez des mots en lettres » sa moyenne SMA atteint (0.96), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.91).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La douzième question «composition d'un mot à partir de lettres » sa moyenne SMA atteint (1.01), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.56).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La treizième question « La lecture des noms démonstratifs et le non relatif » sa moyenne SMA atteint (1.25), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.45).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La quatorzième question «la lecture d'un mot de trois syllabes ou plus » sa moyenne SMA atteint (1.34), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.92).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La quinzième question « la lecture des mots du premier niveau » sa moyenne SMA atteint (1.29), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.05).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question
- La seizième question « la lecture des phrases du premier niveau » sa moyenne SMA atteint (0.98), tandis que la standard déviation a été estimée à (2.84).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question



- La dix-septième question «Distinction de lecture entre les lettres » sa moyenne SMA atteint (1.31), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.16).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (oui) à cette question.
- La dix-huitième question « Il inverse la lecture d'un mot » sa moyenne SMA atteint (0.97), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.79).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La dix-neuvième question «Il se perd souvent en lisant » sa moyenne SMA atteint (0.99), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.93).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question
- La vingtième question «il conforte les mots vraisemblables » sa moyenne SMA atteint (0.98), tandis que la standard déviation a été estimée à (1.89).cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par (non) à cette question.

## 2- Interprétation et analyse de la deuxième hypothèse :

Notre première hypothèse dit : Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture sur le point de vue des parents.

- Est-ce que il y a-t-il un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture ?
- Pour confirmer notre hypothèse, nous avons utilisé le SMA et la Standard déviation pour calculer la différence entre les réponses de l'échantillon, comme elles sont indiquées dans le tableau suivant :

**Tableau4** : les différences des réponses de l'échantillon sur l'acquisition du vocabulaire

No	Les questions	SMA	Standard deviation	Signification
01	L'enfantest capable de faire des phrases simples	<b>1.985</b>	<b>2.1256</b>	<b>0.01</b>
02	Il souhaiteparticiper aux conversations	<b>1.398</b>	<b>2.4775</b>	<b>0.01</b>
03	Il répondfacilement à certaines questions	<b>1.458</b>	<b>2.598</b>	<b>0.01</b>

04	Aime il les histoires et peut réciter certaines	<b>1.5978</b>	<b>1.9225</b>	<b>0.01</b>
05	L'enfant s'exprime parfois par gestes	<b>1.4892</b>	<b>2.2584</b>	<b>0.01</b>
06	Il respecte le tour du rôle	<b>0.9935</b>	<b>2.6985</b>	<b>0.01</b>
07	L'enfant écoute bien en classe	<b>1.584</b>	<b>1.5942</b>	<b>0.01</b>
08	L'enfant chuchote en classe	<b>1.398</b>	<b>2.4877</b>	<b>0.01</b>
09	Est-ce qu'ils s'intéressent aux nouveaux concepts hors les mots	<b>1.5691</b>	<b>2.256</b>	<b>0.01</b>
10	L'enfant aime-il parler de ce qui se fait en classe	<b>1.5986</b>	<b>1.9825</b>	<b>0.01</b>
<b>Total</b>		<b>1.0548</b>	<b>2.5896</b>	<b>0.01</b>

Il existe des différences dans les réponses de l'échantillon sur l'acquisition du vocabulaire

Dans ce tableau 04 concernant l'axe de vocabulaire, on observe que :

- La première question : « L'enfant est-il capable de faire des phrases simples » SMA atteint (1,98) Tandis que la standard déviation a été estimée (2,12) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question.
- La deuxième question « Il souhaite participer aux conversations » SMA (1,39) Standard déviation a été estimée(2,47) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par **oui** à cette questions.
- La troisième question « Il répond facilement à certaines questions » SMA atteint (1,49) tandis que La standard déviation a été estimé a(2,59) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette questions.
- La quatrième question « Aime il les histoires et peut réciter certaines » SMA atteint (1,59) Tandis que la standard déviation a été estimé à (1,92) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question.
- La cinquième question « L'enfant s'exprime parfois par gestes » SMA (1,48) Tandis que la standard déviation a été estimé à (2,28) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question.

- La sixième question « Il respecte le tour de rôle » SMA (0.99) Tandis que la standardisation a été estimée à (2.69) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par non à cette question.
- La septième question « L'enfant écoute bien en classe » SMA (1,98) Tandis que la standard division a été estimé à (1,59) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question.
- La huitième question « l'enfant chouchoute en classe » SMA (1.39) Tandis que la standard déviation a été estimée à (2.48) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question.
- La neuvième question « Est-ce que il s'intéresse au nouveau concept lors des mots » SMA (1,59) Tandis que standard déviation a été estimée à (1,98) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à cette question
- La deuxième question « L'enfant aime il parler de ce qui fait en classe » SMA (1,59) Tandis que standard déviation a été estimée à (1,98) Cela signifie que la majorité des spécialistes ont répondu par oui à ces questions.

## II. Discussion des hypothèses

### 1. Discussion de la première hypothèse

Selon les résultats qui figurent dans le tableau N° 03 de la première hypothèse on trouve que la majorité des spécialistes ont répondu par (**oui**) et qu'ils Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture sur le point de vue des enseignants.

On constate que les enfants sourds implantés marquent une amélioration langagière, et des bons résultats selon une étude de Norbury, Bishop, Briscoe (2001) vise à comparer le système phonémique et le langage. Et les compétences en lecture et en écriture des enfants ayant une perte auditive légère à modérée et des enfants handicapés Troubles spécifiques du langage. L'étude a comparé des enfants âgés de 5 à 10 ans Les personnes ayant une déficience auditive légère à modérée, les enfants ayant des troubles spécifiques du langage et les enfants sans Handicaps : En général, les résultats indiquent qu'il existe de légères différences dans les compétences en lecture des enfants Les personnes ayant une déficience auditive légère à modérée et les enfants non handicapés. Elle a également indiqué que les enfants et les personnes ayant une déficience auditive légère à modérée ont un niveau de conscience

phonémique et de compréhension du vocabulaire inférieur par rapport aux enfants non handicapés. Alors qu'une étude menée par (Junoon, 2012) montre que les enfants Les porteurs d'implants cochléaires ont signalé une certaine amélioration en ce qui concerne certains éléments, tels que les phrases interrogatives Et la négation, telle qu'enregistrée dans la même étude, a de bons résultats par rapport à l'expression, de sorte que le niveau de compréhension est à Les enfants porteurs d'implants cochléaires ont une meilleure expression, mais elle reste faible par rapport à leurs pairs Ordinaire.

D'après les enseignants et leurs expériences de travail disent que la pose d'implant cochléaire aide vraiment l'enfant à acquérir de nouveau concept améliorer sa langue. Selon L'étude de Quellet, le Normand et Cohen 2001 trouve que dans une étude longitudinale du développement du vocabulaire de cinq enfants bénéficiant de la greffe cochléaires âgés de 2 à 4 ans (phase de production spontanée), où ils ont été comparés à des enfants entendant du même groupe d'âge, les résultats ont indiqué que le taux des enfants bénéficiant d'un implant cochléaire est inférieure à celle des enfants entendant .En revanche, il semble qu'ils ne passent pas par les mêmes stades de développement, comme si le rythme des règles qui s'améliore régulièrement par rapport à la durée d'utilisation de l'implant cochléaire chez 3 enfants dont 2 enfants, d'autres n'obtiennent une amélioration significative que 12 mois après avoir porté l'implant , même si l'implant cochléaire permet d'enrichir le dictionnaire en peu de temps après l'implantation, cela reste loin de ce que les enfants normaux du même âge ont atteint.

On trouve aussi que l'enfant sourd implanté a difficultés de la lecture entre les lettres, il inverse la lecture d'un mot, il conforme les mots vraisemblables, il prononce toute les lettres séparément et il décompose les mots en syllabes puis en lettres c'est ce qu'est prouvé par les résultats de notre questionnaire d'études.

### 2. Discussion de la deuxième hypothèse

Selon les résultats qui figurent dans le tableau N° 04 de la première hypothèse on trouve que la majorité des spécialistes ont répondu par (**oui**) et qu'ils Il y a un impacte positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau des capacités de lecture sur le point de vue des parents.

On constate que les enfants sourds implantés présentent un vocabulaire faible selon l'étude de (Hayes, Gears, Trainman, & Moog, 2009) qui vise à faire une comparaison du niveau de développement du vocabulaire réceptif chez les enfants porteurs d'implants, réhabilitez-les dans des environnements qui utilisent la communication auditive-verbale, avec des enfants entendants. Les résultats ont montré que Les enfants porteurs d'implants cochléaires ont en moyenne un niveau de vocabulaire plus faible que les autres entendant, et après un an d'utilisation de l'implant cochléaire, Les enfants montrent une grande croissance ; On estime que le vocabulaire est acquis après un an. Ce résultat est en contradiction avec les études qui ont supposé que le niveau de vocabulaire chez les porteurs d'implants cochléaires est inférieur à la normale. Ils ont montré que les porte-implants cochléaires ont une acquisition de vocabulaire plus rapide par rapport aux autres membres de la famille ils progressent d'un demi-écart-type chaque année, faisant l'écart entre les porteurs cette appareil et les enfants normaux se rétrécissent.

On trouve que le vocabulaire des enfants sourds implantés se développent progressivement après une prises en charges multidisciplinaire. On trouve plusieurs chercheurs qui ont mené cette études l'étude comme(Bocher, 2007) qui porte le titre « Développement du vocabulaire après l'implantation cochléaire chez un enfant » et vise Reconnaître la nature des composants du vocabulaire et la manière dont ils se développent, ainsi que L'étude vise à isoler les différentes variables pour connaître leur effet sur la terminologie Utilisé dans le langage oral, et distinguer les différences individuelles. L'auteur de l'étude En sélectionnant un groupe de 40 mots pour les enfants qui bénéficient d'une implantation cochléaire avant Acquisition du langage et photographie des cas à intervalles réguliers. Les résultats de l'étude ont montré que la croissance Le vocabulaire d'un enfant implanté cochléaire est caractérisée par l'intimité, la présence Différences individuelles dans l'acquisition et le développement du vocabulaire.

On estime aussi que les enfants sourds implantés sont capables de faire des phrases simple, ils répondent facilement à certaines questions et s'intéressent aux nouveaux concepts c'est ce qu'est prouvé par les résultats de notre questionnaire d'études.

Conclusion générale :

Pour conclure notre étude qui s'intitule « Les faits d'acquisition du vocabulaire sur la capacité de lecture chez les enfants sourds implantés » On a pu travailler avec des enfants Sourds implantés.

L'implant cochléaire : est une prothèse électrique qui corrige une déficience auditive de l'oreille interne, on parle aussi d'une surdité profonde ou sévère. Si nous avons choisi ce thème c'est pour étudier l'impacte de l'implant sur les capacités d'acquisition du vocabulaire et de la lecture chez les enfants sourds implantés. Ainsi nous avons eu recours à des ouvrages, et aussi on sait plus enrichi grâce à notre stage, ou on a pu avoir un lien direct entre nous, et les enseignants, orthophoniste et parent. Selon Un questionnaire nous avons pu avoir une vue d'ensemble sur les cas. Et aussi l'effet de l'implant sur les enfants sourds ainsi nous avons constaté :

L'implant joue un grand rôle dans l'acquisition du vocabulaire et des capacités de la lecture et aussi une prise en charge Pluridisciplinaire précoce et très recommandée.



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa

Faculté de sciences humaines et sociales

Département psychologie et orthophonie

Spécialité : orthophonie

### Questionnaire :

Dans le cadre de notre recherche, nous réalisons un mémoire de fin de cycle intitulé : « **l'effet d'acquisition du vocabulaire sur les capacités de lecture chez les enfants sourds implantés** ». Spécialisé en pathologie du langage et de la communication, nous mettons à votre disposition les deux questionnaires. Et nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux items des questionnaires. Toutes les réponses, que vous voudrez bien apporter seront intéressantes, ce travail de recherche est à caractère scientifique.

**-Réalisé par :**

CHIKHOUNT Melissa

DAHMANI Lydia

#### **1. Informations générales :**

Mettez une (×) Dans la case qui correspond à votre réponse :

##### **1. Sexe :**

-Masculin

- féminin

##### **2. la profession :**

-Les parents

-Enseignant

-Orthophoniste

**3. niveau d'étude :**

Moins du bac

bac +3

licence

Master

doctorat

**4. expérience professionnelle :**

- Moins de 5 ans

-Entre 5 ans et 10 ans

-plus de 10 ans



## I. Questionnaire N 01 : la lecture

Numéro	Éléments du questionnaire	Oui	Non	Rarement
1	La reconnaissance de toutes les lettres de l'alphabet avec leurseplacements dans le monde			
2	La reconnaissance de toutes les lettres alphabétiques			
3	Difficulté à Identifié des lettres dans les mots, ou des mots dans les phrases			
4	Difficulté à la compréhension des idées principales du sujet qu'il lit			
5	Difficulté à reconnaître et à mémoriser les mots de base			
6	Difficulté à prononcer de la syllabe composée de deux lettres			
7	Prononciation de toutes les lettres qui sont reliées			
8	prononciation des lettres similaires M, n			
9	Prononciation de toutes les lettres séparément			
10	composition d'une phrase simple			
11	épelez des mots en lettres			
12	composition d'un mot à partir de l'être			
13	La lecture des noms démonstratifs et le non relatif			

---

<b>14</b>	la lecture d'un mot de trois syllabes ou plus			
<b>15</b>	la lecture des mots du premier niveau			
<b>16</b>	la lecture des phrases du premier niveau			
<b>17</b>	Distinction de lecture entre les lettres			
<b>18</b>	Il inverse la lecture d'un mot			
<b>19</b>	Il se perd souvent en lisant			
<b>20</b>	il conforte les mots vraisemblables			

**II. Questionnaire N 02 sur le vocabulaire :**

<b>Numéro</b>	<b>Éléments du questionnaire</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Rarement</b>
<b>1</b>	L'enfant est capable de faire des phrases simples			
<b>2</b>	Il souhaite participer aux conversations			
<b>3</b>	Il répond facilement à certaines questions			
<b>4</b>	Aime il les histoires et peut réciter certaines			
<b>5</b>	L'enfant s'exprime parfois par gestes			
<b>6</b>	Il respecte le tour du rôle			
<b>7</b>	L'enfant écoute bien en classe			
<b>8</b>	L'enfant chuchote en classe			
<b>9</b>	Est-ce qu'il s'intéresse aux nouveaux concepts hors les mots			
<b>10</b>	L'enfant aime il parler de ce qui fait en classe			

Questionnaire N 01 sur la lecture avec les parents																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	2
										0	1		3	4	5	6	7	8	9	0
1	1	2	0	1	1	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
2	2	2	0	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1
3	1	2	1	0	1	0	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	0	1	1
4	1	2	0	2	0	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1	0	1
5	1	2	0	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	0	1
6	1	2	1	0	1	0	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1
7	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	0	1	2	2	2	2	2	0	0	2
8	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	0	0	2
9	2	2	0	1	2	0	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	0	2
10	2	2	0	1	2	1	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2
11	2	2	0	1	0	1	0	0	2	1	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2
12	2	2	0	1	1	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	1	0	0	2
13	2	2	2	1	0	1	0	2	1	2	0	1	2	2	2	2	2	0	0	2
14	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	0	0	0
15	2	1	1	2	2	1	0	0	0	2	1	1	2	1	2	2	1	0	0	0
16	1	1	1	2	1	1	2	0	1	2	1	0	2	1	2	2	2	0	0	0
17	1	2	1	0	1	1	2	1	0	2	1	1	2	1	2	2	1	0	0	0
18	1	2	1	1	2	0	2	1	1	1	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0
19	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	2	2	2	2	2	0	0	0
20	1	1	0	1	2	1	2	0	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	0
21	1	2	0	1	1		2	2	2	2	0	2	2	1	2	2	2	0	0	0
22	1	2	0	1	1	1	1	2	2	1	0	2	2	1	2	2	2	0	0	0
23	1	1	0	1	1	1	1	2	2	1	0	2	2	1	2	2	1	0	0	2
24	1	1	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	2	2	2	2	1	0	0	2
25	1	2	0	0	1	1	1	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2
26	1	1	1	2	0	1	0	1	2	2	0	1	2	1	2	2	1	0	0	2
27	2	1	1	2	0	1	2	2	2	2	0	1	2	1	2	2	2	0	0	1
28	2	2	1	2	1	1	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
29	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	0	1	2	1	2	2	2	0	0	0
30	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	1

Questionnaire N 02 avec les enseignants sur la lecture																				
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
1	2	2	0	1	1	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2	2	0	1	0
3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	0
4	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1	0
5	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	0	1	0
6	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	0	2	1	2	2	2	2	0	1	0
7	2	2	1	1	1	0	1	1	2	1	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0
8	2	2	1	2	0	1	1	2	2	2	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0
9	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	0	1	2	2	2	0	0	0
10	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	0	0	0
11	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	0	0	0
12	1	2	0	1	0	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
13	2	2	0	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	0	0	0
14	1	2	0	1	0	1	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	0	0	0
15	2	2	0	1	1	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0
16	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	0	2	0	1	2	2	2	0	0	0
17	2	2	0	1	1	0	2	2	1	1	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0
18	1	2	0	1	1	1	2	2	2	1	0	2	2	1	2	2	2	0	1	0
19	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	0	2	2	2	2	2	2	0	1	0
20	1	2	0	1	1	1	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1	0
21	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	1	0
22	11	2	0	1	1	1	2	1	1	2	0	2	2	1	2	2	2	0	0	0
23	1	2	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	1	0
24	1	2	1	1	1	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
25	2	2	0	1	0	1	2	1	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	1	0
26	1	2	0	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	0	0	0
27	1	2	0	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	1	0
28	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0
29	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	0	1	0
30	1	2	0	1	1	0	1	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2			

<b>Le questionnaire N 02 sur le vocabulaire avec les parents</b>										
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	2	2	0	2	2	1	2	1
2	0	2	2	2	1	2	2	1	2	1
3	0	2	2	1	1	2	2	1	2	1
4	0	2	2	2	1	2	2	1	2	1
5	0	1	2	2	1	2	2	1	2	1
6	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1
7	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1
8	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
9	2	1	0	1	2	2	2	1	2	2
10	2	0	1	1	1	2	2	1	2	1
11	2	1	0	1	0	2	2	1	2	1
12	2	0	1	2	1	2	2	1	2	1
13	2	1	0	1	1	2	2	1	2	0
14	2	0	0	2	0	2	2	1	2	1
15	2	2	0	1	2	2	2	1	2	0
16	2	2	2	0	2	2	2	1	2	1
17	2	0	1	1	2	2	2	1	2	0
18	0	2	1	2	1	2	2	1	2	1
19	0	1	2	2	1	2	2	1	2	0
20	2	1	1	2	1	2	2	1	2	0
21	2	0	0	0	1	2	2	1	2	1
22	2	1	2	0	1	2	2	1	2	1
23	2	1	2	0	1	2	2	1	2	1
24	2	1	0	2	0	2	2	1	2	1
25	2	1	2	2	1	2	2	1	2	0
26	2	1	0	2	0	2	2	1	2	1
27	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1
28	2	2	0	2	0	2	2	1	2	1
29	2	2	1	2	0	2	2	1	2	1
30	2	0	1	2	1	2	2	1	2	1

Questionnaire N 02 sur le vocabulaire avec les enseignants										
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	1	2	0	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2
3	2	1	1	2	0	2	2	1	2	2
4	2	1	1	1	0	2	2	1	2	2
5	2	1	1	1	0	2	2	1	2	2
6	2	1	2	1	0	2	2	1	2	2
7	2		2	2	0	2	2	1	2	2
8	2	1	2	2	0	2	1	0	2	2
9	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2
10	2	2	2	1	0	2	1	0	2	2
11	2	1	2	2	0	2	1	2	2	2
12	2	2	1	1	0	2	0	2	2	2
13	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
14	2	0	1	1	2	2	1	2	2	2
15	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
16	1	0	1	1	1	2	2	2	2	2
17	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2
18	2	0	0	1	2	2	2	2	2	2
19	2	0	1	2	1	2	2	2	2	2
20	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2
21	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2
22	1	1	2	2	0	2	2	2	2	2
23	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
24	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
25	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
26	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
27	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2
28	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2
29	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2
30	2	1	2	2	0					

---

## Bibliographie :

1. Aktouf Omar, (1987). « Méthodologie des sciences sociales et approches qualitative des organisations, introduction à la démarche classique et une critique », les presses de l'université du Québec, Montréal.
2. Alain Blanchet,(2005). « classification et traitement des surdité de l'enfant » volume 2, édition Dunod, paris.
3. Arezki D., (2004), Cours de psychopédagogie : pour une relation harmonieuse et un échange fructueux entre enseignants et enseignés. Ed, l'odyssée, Tizi ouzou)
4. Benoît virole, psychologue de la surdité .Paris, 2000
5. Benoît virole, psychologue de la surdité .Paris, 2000.
6. Carbonnier B, retard de langage oral spécifique à l'enfant implanté, Bassano, 2005.
7. Catherine hage / brigittecharlier / jacqueline laybeart, compétences cognitives, linguistique et sociales de l'enfant sourd
8. Ch. Chonard, histoire de l'implant cochléaire, Paris 2010.
9. Chouard Ch, et al, the effect of the acoustic chronic electric stimulation upon of the gienra, 1983.
10. Chouard Ch, et al, the effect of the acoustic chronic electric stimulation upon of the gienra, 1983.
11. Christiannelepote, froment, l'enfant sourd communication et langage. Bruxelles,1996.
12. Dauman et b. Carbonniere, implants cochléaires chez l'adulte et l'enfant .Paris, 1998.
13. David H. McFarland,(2016). « l'anatomie et orthophonie » , édition Elsevier Masson, Paris.
14. Delaroches M, audiométrie comportementale du très jeune enfant .enjeux et modalités, paris, Broeck, 2001.
15. Dumont. A, Implantations cochléaires: Guide pratique évaluation et r education», Ortho  dition, ID Bergues, 199
16. Dumont.A, implant cochléaire, surdité et langage, Bruxelles, paris,1996.
17. Fr d ricBRIN et Col ,( 2004). « dictionnaire d'orthophonie », édition Ortho, France.
18. House w, goals of the cochlear implant laryngoscopy, 1974.
19. Isabelle Amman ,(2003). La voix enorthophonie , édition Solal , Jean.A. Rondal et Xavier Seront, trouble du langage, édition Margada.
20. J.Randal, trouble du langage diagnostic et r education, pierre Mardega , Belgique. 2000.



- 
21. Jean -Marc Kermer et Col ,(2016) . « savoir fondamentaux de l'orthophoniste », volume 1 , édition Lavoisier, Paris.
  22. Jesusalergria, Paul deltenere, jacqueline leybert et willyernicales ,surdité et langage (prothèse, LPC et implants cochléaires), saint dénis, 2007.
  23. JesusAlg ria , Paul deltenere , Jacqueline leybert et willyernicales , surdité et langage ( prothèse,LPC et implants cochléaire) ,saint dénis , 2007.
  24. Lepot- Forment C, ClerbautN , l'enfant sourd , communication et langage, Bruxelles,1996.
  25. Lepot –Forment C, Clerbaut N, l'enfant sourd, communication et langage,Brunelles, 1996.
  26. M .mondain et brun.v, les surdité de l'enfant, France, mars2009.
  27. MedjaherA , service ORL / H.C.E ,surdité de l'enfant , Alger 3 congrès national, 12-13 mai 1998.
  28. Morel Marianne, Thomas Samantha (2013) .acquisition du langage par les enfants sourds implanté cochléaire, université Claude Bernard Lyon 1.

### **Dictionnaire :**

1. Dictionnaire d'orthophonie 2eme édition Frédérique Brin, orthophoniste, p 134
2. Dictionnaire LAROUSSE –bordas 1997 p 1072
3. Sillany MY, (2003), Dictionnaire de psychologie, Paris,  d Bordas (Espace\_r serv 1)

### **Site internet :**

1. fle.ucoz.com/questcequelalecture.pdf(site Internet)
2. <https://www.storyboardthat.com/fr/articles/e/qu-est-ce-que-le-vocabulaire#:~:text=Le%20vocabulaire%20joue,de%20leur%20vocabulaire>
3. [Vocabulaire — Wikipédia \(wikipedia.org\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Vocabulaire) site Internet
4. <http://WWW.GOOGLE.COM/SEARCH ?Q=anatomie+oreille+externeetclient =ms-a>
5. <http://www.google.com/search?q=anatomie+oreille+moyenne>
6. <http://WWW.google.com/search?q=les+cellules+cili>

### **Revue :**

- 
1. ( Giasson, J. (1994)page 37)article
  2. (Selon l'article de BACHELET Noémie et MALLET Raphaël 2012/2013 P 7/8) :
  3. (Yahya et Obaid, 2007, p. 66) selon Sonia Aiouadj et AlouiRofaida page 440,2022  
Volume : Numéro sept (7) :Premier (1).
  4. Houston, Ying, Pisoni et Kirck, 2001).

المراجع

علوي، عيواج 2022 صعوبات القراءة عند الأطفال الصم املجهزين والأطفال الصم الحاملين للزرع

. القوقعي .جامعة باتنة

لعرييب نورية ، مزيو مسية ,زكري أم اخلري 2022 تأثير اكتساب المفردات على القدرات القرائية عند الأطفال الصم  
الحاملين للزرع القوقعي والسالمين سمعيا، دراسة مقارنة جامعة الجزائر 2

# L'effet d'acquisition de vocabulaire chez les enfants sourds implantés

## Résumé :

La surdité est une pathologie, dans il existe plusieurs dispositifs aujourd'hui pour la prise en charge, et parmi c'est dispositifs l'implant cochléaire.

L'objectif de notre recherche est d'étudier, l'effet d'acquisition du vocabulaire sur les capacités de lecture chez les enfants sourds implantés, notre étude se compose d'un groupe de recherche qui est comme suite enseignants, parents et orthophonistes, réalisé aux cabinets d'orthophonie dans la wilaya de Bejaïa.

Afin d'atteindre nos objectifs nous avons fait appel à la méthode descriptive en utilisant le questionnaire comme outils de recherche.les résultats de nôtre étude ont conclu qu'il y a un impact positif de niveau du vocabulaire langagier chez les enfants sourds implantés sur le niveau de lecture

**Mots clés :** la surdité, l'enfant sourd implanté, le vocabulaire et la lecture

## ملخص:

لصمم مرض ، يوجد اليوم العديد من الأجهزة للرعاية ، ومن بين هذه الأجهزة غرسة القوقعة الصناعية. الهدف من بحثنا هو دراسة تأثير اكتساب المفردات على قدرات القراءة لدى الأطفال الصم المزروعين ، وتتكون دراستنا من مجموعة بحثية ، نتيجة لذلك ، يتم إجراؤها في مكاتب علاج النطق في ولاية بجاية. لتحقيق أهدافنا استخدمنا المنهج الوصفي باستخدام الاستبيان كأداة بحث ، وخلصت نتائج دراستنا إلى وجود تأثير إيجابي لمستوى مفردات اللغة لدى الأطفال الصم المزروعة على مستوى القراءة.

الكلمات المفتاحية: الصمم ، الطفل الصم المزروع ، المفردات والقراءة

## Abstract

Deafness is a pathology, in there are several devices today for the care, and among these devices the cochlear implant.

The objective of our research is to study the effect of vocabulary acquisition on reading abilities in implanted deaf children, our study consists of a research group which are, as a result, teachers, parents and speech therapists, carried out in speech therapy offices in the wilaya of Bejaïa. In order to achieve our objectives, we used the descriptive method using the questionnaire as a research tool. The results of our study concluded that there is a positive impact of the level of language vocabulary in deaf children implanted on the reading level

Keywords: deafness, implanted deaf child, vocabulary and readin

