

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)



UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI (UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

(Espaces, Culture et Développement)

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

FILIERE : LINGUISTIQUE

OPTION : SOCIOLINGUISTIQUE (Neurolinguistique**)**

SUJET

**ACQUISITION DE LA LECTURE CHEZ LES ENFANTS PRESENTANT
DES TROUBLES DU LANGAGE : étude de cas des sujets de l'Institut
Médico-Educatif Saint François d'Assise de Cotonou.**

Présenté et soutenu par :

ADEBIYI Adéolé Ignace

Sous la direction de:

Médard Dominique BADA, Ph.D
Professeur titulaire des Universités du CAMES

Année universitaire 2013-2014

SOMMAIRE

<u>Titres</u>	<u>Pages</u>
RESUME.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE L'ETUDE.....	4
I-1 PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	4
I-2 MODELE THEORIQUE D'ANALYSE.....	15
I-3 REVUE DE LITTERATURE.....	22
CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	27
II-1 CADRE DE L'ETUDE.....	27
II-2 STRATEGIES DE COMMUNICATION DE L'IME st François d'Assise.....	27
II-3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	28
II-4 PRESENTATION DU PROTOCOLE DE L'ETUDE.....	35
CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS.....	37
III-1 TROUBLES DU LANGAGE : UN PROBLEME LINGUISTIQUE.....	37
III-2 TYPOLOGIE LINGUISTIQUE DES TROUBLES DU LANGAGE.....	41
III-3 CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS.....	45
III-4 CONSEQUENCES ET ANALYSE DES TROUBLES OBSERVES.....	52
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES ERREURS DES SUJETS EN LECTURE.....	56
IV-1 L'ENSEIGNEMENT DE LA LECTURE ET LES PREREQUIS COGNITIFS.....	56
IV-2 LA PROBLEMATIQUE D'UN DEVELOPPEMENT DU LANGAGE.....	58

IV-3 LA DYSLEXIE : UN TROUBLE SPECIFIQUE DE LA LECTURE.....	60
IV-4 PRESENTATION DES ERREURS OBSERVEES EN LECTURE ET ANALYSE	64
CHAPITRE V: SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES ET PEDAGOGIQUES.....	72
V-1 SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES : Le diagnostic des troubles du langage....	72
V-2 SUGGESTIONS PEDAGOGIQUES : Le traitement de la dyslexie et l'apprentissage de la lecture.....	75
CONCLUSION.....	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82

DEDICACE

A mon père et à ma mère envers qui je demeure profondément redevable.

REMERCIEMENTS

- ❖ Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire le Professeur Médard Dominique BADA pour m'avoir accompagné sur ce chemin, pour n'avoir jamais douté de ma capacité à mener ce travail à bien. Par vos corrections, la qualité de votre écoute et les idées que vous avez partagées avec moi, vous avez contribué à faire grandir ma réflexion. Je vous dois beaucoup.
- ❖ Merci au Professeur Hounkpati B. C. CAPO, Directeur Adjoint de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire et à tous les enseignants : Mamoud IGUE, Toussaint TCHITCHI, Maxime da CRUZ, Bienvenu AKOHA, Flavien GBETO qui nous ont entretenu sur les cours au DEA. Je n'oublie pas mon maître de mémoire de maîtrise Dr. Mathieu MAWANI qui m'a encouragé à continuer les études de 3^{ème} cycle.
- ❖ Je remercie chaleureusement les enseignants de français et plus particulièrement Monsieur AKANGBE Mouhamed qui m'a beaucoup aidé lors de l'expérimentation, et DJIDOSI Belmus qui a contribué à la lecture de ce travail.
- ❖ Mes remerciements vont aussi à l'endroit du personnel de l'institut médico-éducatif Saint François d'Assise où nous avons effectué nos recherches et expérimentations.
- ❖ A tous les maîtres, les linguistes, les psychologues et les psycholinguistes qui sont engagés dans la lutte pour l'acquisition du langage et plus précisément de la lecture par l'enfant.
- ❖ A monsieur BAGNAN Théodule, Directeur de cet institut, je dis merci pour son accueil et sa convivialité.
- ❖ A Carine AGOSSOU, psychologue clinicienne du Foyer Don BOSCO à Porto-Novo pour m'avoir aidé dans les recherches de ce travail
- ❖ A Yessoufou AGBO-OLA, étudiant à l'Ecole Normale Supérieure de Porto-Novo, je dis merci pour sa contribution dans la réalisation de ce travail.
- ❖ A mon père et ma mère je leur dis merci pour m'avoir accompagné dans cette rude bataille.
- ❖ Je n'oublie pas mes frères et sœurs pour leur soutien indéfectible et mes amis et camarades de classes et d'amphis pour m'avoir appris à mieux appréhender la vie en communauté.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

- **CNHU** : Centre National Hospitalier et Universitaire

- **FMN** : Fédération Mondiale de Neurologie

- **IEC** : Information, Education et Communication

- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

- **IF** : Imagerie Fonctionnelle

- **IME** : Institut Médico-éducatif

- **MDT** : Mémoire De Travail

- **MCT** : Mémoire à Court Terme

- **MLT** : Mémoire à Long Terme

- **PET** : Tomographie par Emission de Positrons

- **QI** : Quotient Intellectuel
- **ZPD** : Zone Proximale du Développement

LISTE DES TABLEAUX

TITRES	PAGES
Tableau 1 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon les tranches d'âges.....	31
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon les langues maternelles.....	31
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon le sexe.....	32
Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades de 06 à 10 ans.....	32
Tableau 5 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades de 11 à 14 ans.....	33
Tableau 6 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades de 15 à 16 ans.....	33
Tableau 7 : Répartition des sujets malades suivant le type de troubles	45
Tableau 8 : Répartition des types de troubles chez les garçons malades	46
Tableau 9 : Répartition des types de troubles chez les filles malades	46
Tableau 10 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 06 à 10 ans	47
Tableau 11 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 11 à 14 ans	47
Tableau 12 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 15 à 16 ans	48
Tableau 13 : Répartition des causes des troubles du langage des malades	49
Tableau 14 : Répartition des causes des troubles du langage des garçons malades	50
Tableau 15 : Répartition des causes des troubles du langage des filles malades	50
Tableau 16 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 6 à 10 ans	51
Tableau 17 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 11 à 14 ans	51
Tableau 18 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 15 à 16 ans	52
Tableau 19 : Typologie des erreurs recensées chez les enfants en lecture.....	64
Tableau 20 : Erreurs de l'échantillon en lecture de texte.....	65
Tableau 21 : Erreurs de l'échantillon en lecture de mots.....	66

LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES

Titres	Pages
Schéma 1 : Modèle neuropsychologique réduit : 1 ^{ère} étape (Tardieu-Chevrie, 1979).....	16
Schéma 2 : Modèle neuropsychologique : 2 ^{ème} étape (Aram & Nation, 1982).....	17
Schéma 3 : Les principales étapes de l'évolution du langage.....	56
Schéma 4 : Entraînement phonologique et lecture.....	77
Schéma 5 : Interaction entre processus et lecture.....	78
Graphique : Evolution de la conscience phonologique et lecture chez un enfant dyslexique..	67

RESUME

L'éducation scolaire connaît de plus en plus de sérieuses difficultés qui sont liées à l'acquisition de la lecture et de l'écriture par les enfants scolarisés ou en âge scolaire. Beaucoup de ces difficultés dans l'apprentissage et l'enseignement de la lecture sont liées aux troubles du langage dont souffrent la majorité de ces âmes innocentes. Cette situation devient de plus en plus préoccupante et révèle le mal être de la société actuelle, un problème de linguistique clinique voire de santé publique comme les autres problèmes (la toxicomanie, etc.). Son ampleur mérite que ce problème soit pris en compte dans le but de trouver des solutions. C'est ce qui a motivé à se pencher sur le sujet de l' « Acquisition de la lecture chez les enfants présentant des troubles du langage : étude de cas des sujets de l'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise à Cotonou ».

Les hypothèses formulées ont permis de définir les objectifs du sujet. La collecte des données de terrain et l'expérimentation ont duré une période de quatre mois et couvre les sujets malades, les enseignants du centre, les psychiatres, le reste du personnel. La démarche est à la fois quantitative que qualitative et analytique. L'observation, l'entretien et l'analyse documentaire sont les techniques utilisées. Comme outils, on note les guides d'observation et d'entretien puis les données ont été dépouillées et traitées de façon manuelle. Pour l'expérimentation, nous nous sommes penchés sur la méthode d'expérimentation de Claude BERNARD. Certaines limites ont été identifiées. Les résultats montrent que les objectifs sont atteints et les suggestions prouvent que beaucoup reste à faire pour amener le sujet atteint de trouble du langage à acquérir la lecture voire l'écriture. L'importance des volets linguistique et psychologique dans l'enseignement-apprentissage de la lecture aux enfants à risque constituent l'intérêt scientifique de cette recherche.

Mots clés : troubles du langage, dyslexie, acquisition, lecture, psychologie, linguistique.

INTRODUCTION

L'enseignement-apprentissage de la langue française est de plus en plus confronté à d'énormes difficultés qui ne facilitent pas la parfaite maîtrise de ladite langue par les enfants atteints d'un handicap mental. Face à ce problème, les acteurs sont demandeurs de regards externes pour les aider à percer les ombres. C'est pourquoi la linguistique clinique, grâce au neurolinguiste qui a acquis, comme d'autres chercheurs : psychologue et psychiatre, une expertise et une légitimité pour jauger ces difficultés, peut permettre de clarifier ses effets qui parfois sont pervers. Au nombre de ces difficultés, on peut citer les troubles du langage qui empêchent les enfants d'acquérir facilement la lecture.

Or, chez l'enfant, le développement langagier est un élément fondamental de son épanouissement, de sa personnalité, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale, de sa future insertion professionnelle. C'est le rôle que s'assigne l'école béninoise en enseignant et en apprenant à l'enfant à savoir lire et écrire. Le langage est ainsi considéré comme un phénomène qui suppose toujours l'intrication de facteurs développementaux et acquisitifs. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'évolution du langage oral et écrit s'inscrivent dans un cadre développemental global.

La lecture quant à elle consiste à décoder un système de signes en vue d'en trouver le sens, de comprendre un message, de recevoir une information ou de satisfaire à un besoin ludique. Elle ne constitue pas seulement un élément de l'apprentissage scolaire, elle est une obligation sociale. Dans la vie courante, la lecture est sollicitée à chaque instant ; ne serait-ce que pour notre intégration sociale. Elle s'impose à l'enfant comme l'un des importants facteurs d'interaction sociale, d'intégration culturelle. Cette importance dans la lecture explique l'insistance du programme français aux cours primaire et secondaire. Il propose à l'apprenant plusieurs formes de lecture et différents types de textes. Les effets mélioratifs de cette richesse du programme ne peuvent se manifester que si les élèves savent lire ou sont en mesure de lire c'est-à-dire s'ils peuvent ou sont en mesure de décoder les phonèmes, les syntagmes afin de pouvoir lire un texte.

Nous constatons aujourd'hui dans beaucoup de nos centres d'étude (de la maternelle au collège) que beaucoup de nos apprenants n'arrivent pas à lire ou présentent des difficultés en lecture. Et, nombres de ces cas sont liés aux troubles du langage qui affectent leur capacité langagière. C'est celui des enfants aphasiques (0 à 12 ans) qui acquièrent difficilement la

lecture. Ces derniers, sont souvent négligés par leurs géniteurs ; ils abandonnent souvent les bancs et constituent désormais des marginaux pour la société. Ils présentent souvent des déficits de parole, des déficits phonologiques, lexicaux et des causes physiologiques (génétiques ou non) qui ne leur permettent pas de décoder les lettres et plus loin la phrase. Nous essayerons d'analyser ce phénomène que nous nommons « troubles spécifiques de l'acquisition de la lecture ». Le domaine d'étude auquel nous consacrons ce travail est la psycholinguistique de la lecture. Cette étude nous permettra de mettre en relief les difficultés de lecture chez ces enfants présentant des déficits langagiers dans le but de rechercher des méthodes de remédiation ou d'enseignement appropriées à l'apprentissage de la lecture. C'est d'ailleurs la preuve que le sujet est intitulé « **Acquisition de la lecture chez les enfants présentant des troubles du langage : étude de cas des sujets de l'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise à Cotonou** ».

Il faut noter que les troubles du langage constituent l'un des domaines des Sciences du langage, notamment la neurolinguistique qui nous paraît intéressant d'aborder eu égard aux influences et dérangements qu'ils engendrent aux enfants dans l'apprentissage de la lecture. L'aphasie est tout d'abord et plus que tout, une détérioration du langage, aucun diagnostic ne peut avoir lieu sans qu'il ait examen par un neurolinguiste compétent de ce qui est détérioré ou perturbé dans le langage du patient. Pour bien étudier les troubles du langage, le linguiste moscovite IVANOV (1962) souligne que ce qu'il nous faut tout d'abord et par-dessus tout, ce sont des échantillons extensifs du discours spontané et libre des patients, c'est-à-dire des phrases naturelles, habituelles des patients. Pour lui donc, cette approche permet d'avoir un matériel usuel fiable pour l'analyse objective des faits.

Ainsi, puisque des déficiences d'expression verbale et l'expression elle-même, appartiennent manifestement au domaine de la linguistique, les clés des symptômes les plus frappants des troubles du langage ne peuvent se découvrir sans l'aide conductrice et vigilante de la linguistique. Le linguiste ne peut que s'accorder avec JACKSON (1915) sur l'idée que, loin d'être une perturbation aléatoire, la pathologie du langage obéit à un ensemble de règles, et que, de plus, il n'est possible de mettre en lumière aucune règle sous-jacente à la régression du langage sans l'emploi cohérent de techniques relevant de la linguistique.

Nous adoptons au cours de ce travail la méthode expérimentale complétée par les méthodes constructive et cognitive à cause de leurs aspects analytiques. La méthode expérimentale de Claude Bernard distingue six étapes : l'observation, l'hypothèse,

l'expérimentation, la collecte des résultats, l'interprétation et la conclusion. Quant au constructivisme de Piaget (1967), il met l'accent sur l'interaction du sujet avec son environnement. Pour lui, le processus de l'apprentissage a deux phases : la première est l'assimilation, elle consiste à intégrer les nouvelles connaissances aux schèmes existants. La seconde phase est l'accommodation. Le cognitivisme de Vygotsky (1997) s'intéresse à l'acquisition des connaissances par la pensée.

Pour développer le thème de ce mémoire, nous allons subdiviser le travail en cinq chapitres. Dans le premier chapitre, nous ferons ressortir la problématique d'étude et le modèle théorique d'analyse du sujet. Nous présenterons dans le deuxième chapitre le contexte d'étude et la démarche méthodologique. Dans le troisième chapitre nous exposerons les caractéristiques des sujets de l'échantillon tout en tenant compte des différents troubles observés sur le terrain. Le quatrième chapitre présentera les différentes erreurs constatées lors de la lecture chez ces sujets aphasiques et une analyse desdites erreurs. Quelques suggestions thérapeutiques et pédagogiques seront données pour faciliter l'apprentissage de la lecture aux enfants à risque.

CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE L'ETUDE

Tout travail scientifique nécessite des démarches rigoureuses de recherche en Sciences Humaines et Sociales. En effet, nous avons procédé à une recherche bibliographique dans le domaine de notre sujet afin de faire discuter les théories qui ont abordé ledit sujet et les différents modèles d'analyse de ce dernier.

I-1 PROBLEMATIQUE DU SUJET ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Dans les communautés africaines, l'enfant est un être précieux. L'enfant constitue souvent la clé de la réussite du mariage. Il est aussi la plus grande richesse d'un couple et apporte à toute la famille, joie et bonheur ; c'est pourquoi dès son apparition, « le cercle de famille applaudit à grands cris ». L'enfant est donc la valeur sûre, le bien sublime, l'ultime récompense de la nature aux couples. Pour cela, il est perçu comme la relève de demain tant au niveau familial qu'au niveau national. Il est l'objet d'attraction de la part de l'adulte qui se préoccupe de son éducation et de son développement sur le plan physique, psychologique, intellectuel, moral et socio-affectif. Il est considéré comme le petit de l'homme, donc un être en évolution. On prend grand soin de lui, on le protège, on veille sur lui, on lui évite tout ce qui peut gêner son épanouissement.

Or, de nos jours, beaucoup d'enfants manquent d'affection de la part de l'adulte qui, parfois ne se préoccupe guère de son développement physique, physiologique, intellectuel qui puisse permettre à ces derniers de s'intégrer socialement. Parmi ce groupe d'enfants, on peut constater certains qui sont à risque. Ainsi, dans nos centres d'éducation et de formation (des écoles aux collèges), il faut les voir en difficultés de langage qu'il soit oral ou écrit. Ces enfants à risque ont beaucoup de difficultés à s'exprimer, à écrire et à lire tout énoncé qui leur est proposé faute de troubles du langage dont ils souffrent. Ils abandonnent souvent les classes pour des raisons liées à la manipulation de la langue.

La lecture est une activité complexe et qui reste une partie intégrante de l'administration scolaire. A l'école, depuis la maternelle, les enfants apprennent à parler, à lire et à écrire en français. Mais les difficultés que certains rencontrent les empêchent à acquérir le langage normalement. Ainsi, dans les écoles, un nombre non négligeable d'apprenants en âge scolaire et en majorité des enfants à risque c'est-à-dire souffrant de déficits langagiers ou des troubles langagiers ont des difficultés à acquérir la lecture d'une lettre (phonème) (s) ; d'un mot (salut) ou d'un syntagme (je te salue).

Pour résoudre cette situation qui empêche l'apprenant africain en situation d'apprentissage de la langue française de se développer socialement et culturellement et plus précisément en lecture, beaucoup d'associations et organisations internationales indignées se lèvent pour venir au secours de cette branche enfantine malheureuse. C'est le cas des Organisations non Gouvernementales telles l'Association Miwadagbé à Cotonou qui va à la recherche de ces enfants en situation scolaire difficile plus précisément ceux ayant de déficit langagier afin de leur donner une autre vie dans le sens d'une rééducation sanitaire et scolaire (passer à l'apprentissage de la lecture par des méthodes bien définies et différentes des autres méthodes usuelles). D'autres organisations comme l'OMS et surtout l'UNICEF ont toujours posé des actions dans le sens d'une amélioration de la scolarisation des enfants défavorisés et vulnérables ; mais le cas des enfants atteints de pathologies langagières d'ordre cérébral, physiologique, n'est pas encore totalement touché.

C'est donc pour réveiller l'attention du public sur la situation que vivent certains enfants souffrant de troubles de la lecture, faire un bilan de ces troubles et trouver quelques pistes de solutions aux différentes difficultés que rencontrent ces derniers en lecture que nous avons travaillé sur cette question.

Dans cette dynamique, il faut signaler que des rares séminaires, des études et des recherches sont également consacrés à l'étude des diagnostics, des moyens à utiliser pour faire acquérir la lecture à l'enfant à risque (présentant des troubles de langage). Mais, malgré tout cela, les acteurs de la vie scolaire continuent de sombrer dans l'ignorance du diagnostic des troubles du langage et plus précisément des troubles spécifiques de la lecture chez l'enfant.

Au vu de toutes ces remarques et de tous ces constats, il convient de se poser les questions suivantes :

- Quels sont les troubles du langage en général et plus spécifiquement ceux qui empêchent l'évolution de la lecture chez l'enfant ?
- Quelles sont les différentes difficultés que rencontre l'enfant aphasique en lecture ?
- Pourquoi ces difficultés perpétuent-elles le dysfonctionnement langagier en lecture chez l'enfant à risque ?

Les réponses à ces questionnements nous permettront de dégager les troubles spécifiques de l'apprentissage de la lecture et de proposer de nouvelles méthodes d'enseignement-

apprentissage en faveur de la lutte pour l'acquisition de la lecture par l'enfant à risque. Pour ce faire, nous formulerons des hypothèses et proposerons un protocole afin de recueillir les difficultés et les erreurs de lecture chez les enfants à risque. Certaines informations ont été collectées sur les familles de certains enfants et sur tous les enfants en général à partir d'un questionnaire. Nous ferons tour à tour référence à la psycholinguistique pour présenter les modèles d'apprentissage de la lecture, ou les neurosciences pour présenter les différents troubles du langage, à la psychologie pour évoquer le développement langagier chez l'enfant et la façon dont il l'acquiert, à la pédagogie de la lecture chez l'enfant à risque pour exposer les méthodes spécifiques et utiles en la matière.

I-1-1 Hypothèses de l'étude

Pour mieux aborder tous les contours de notre travail, nous avons élaboré quelques hypothèses aux préoccupations ci-dessus énumérées.

- Les troubles pathologiques ou physiologiques observés chez certains enfants sont sources de dysfonctionnement en lecture et en écriture.
- La mauvaise compétence observée chez les enfants à risque en lecture est due à la stratégie d'enseignement (à la méthode utilisée) par les enseignants.
- La faible compétence des enfants à risque en lecture et en écriture constitue un atout favorable à leur échec scolaire voire à l'échec de leur insertion sociale.

I-1-2 Objectifs de l'étude

On distingue deux types d'objectifs à savoir l'objectif général et les objectifs spécifiques.

I-1-2-1 Objectif général

Etudier les difficultés d'enseignement-apprentissage de la lecture aux enfants présentant des troubles du langage et plus précisément à ceux dyslexiques et dysphasiques.

1-1-2-2 Objectifs spécifiques

- Montrer que la psychologie du langage doit s'appuyer sur une étude des différents problèmes pédagogiques et médicaux responsables du dysfonctionnement du langage chez l'enfant.
- Faire une typologie des différents troubles du langage et plus précisément ceux de l'apprentissage de la lecture.

- Dégager les fondements de ces troubles et leurs impacts sur la vie des sujets.
- Analyser les méthodes d'apprentissage de la lecture aux enfants à risque utilisées par l'institut Médico-Educatif St François d'Assise et proposer de nouvelles stratégies (méthodes) d'apprentissage de la lecture sur la base de leurs faiblesses.

I-1-3 Clarification des concepts

❖ Les concepts clés sur les troubles du langage

Les aphasies : Elles sont des perturbations de la communication verbale sans déficit intellectuel grave; elles peuvent porter sur l'expression et/ou sur la réception des signes verbaux, oraux ou écrits. Ces troubles sont déterminés par des lésions focales (foyers lésionnels) de l'hémisphère cérébral gauche chez les sujets droitiers, et aussi le plus souvent chez les sujets gauchers (qui présentent toutefois des caractéristiques spécifiques). Dans cet hémisphère gauche, les travaux de Neuropsychologie et de Neurolinguistique des XIX^e et XX^e siècles ont défini une zone de langage et, à l'intérieur de cette zone, des aires anatomiques dont l'atteinte entraîne des troubles différents du comportement verbal.

Aphasie d'expression : Le groupe des aphasies d'expression est lui-même subdivisé en trois sous-groupes, dont les deux premiers ne paraissent représenter que des aspects très proche du même trouble, tandis que la troisième s'en écarte notablement en conservant les caractères d'une aphasie d'expression par l'absence de désordre de la réception et par la persistance de la compréhension verbale.

Aphasie de réalisation phonématique : Correspond à l'aphasie motrice des classiques, à l'anarthrie de Marie, à l'aphasie verbale. Elle est principalement, ou même isolément perturbée ; elle est parfois réduite à quelques émissions stéréotypées. Dans les cas moins sévères, on constate une réduction du langage spontané et des déformations plus ou moins considérables dans l'articulation des phonèmes (paraphasies littérales). Les recherches neurolinguistiques permettent de classer le trouble au niveau phonématique. La conservation du système phonologique est toutefois certaine, et on ne peut parler que de distribution déficitaire plus fréquente. L'agraphie est constante sans que son intensité soit parallèle aux troubles de l'expression orale. La compréhension verbale n'est que peu ou pas troublée ; la compréhension du langage écrit est intacte, mais, naturellement, les déformations articulatoires perturbent la lecture à haute voix.

Trouble de la réalisation syntaxique : il se manifeste par un énoncé constitué principalement de substantifs ou de verbes à l'infinitif avec réduction des termes grammaticaux (style télégraphique) ; on n'y constate pas de déformation anarthrique. Le déficit se situe au niveau des parties constitutives (constituants immédiats) de la phrase, tandis que le programme des réalisations phonémiques n'est pas altéré, du moins dans l'émission spontanée. La réduction générale de l'énoncé dépend ainsi de la réduction des patterns syntaxiques, il y a conservation des lexèmes, encore que le stock lexical soit très appauvri.

Aphasie de conduction : relativement rare, est définie en clinique par les troubles de la répétition, la réception et la compréhension verbale restant conservées. Dans l'émission verbale se produisent des accrochages phoniques que le malade tente de corriger, le plus souvent sans y parvenir. Les épreuves de répétition augmentent ces paraphrasies considérables lorsque le malade doit répéter des phrases un peu longues. L'analyse linguistique montre que le trouble porte sur la programmation phrastique : la possibilité de manipuler le code grammatical reste intacte, mais la concaténation des éléments réalisés est très perturbée. Les troubles de l'écriture sont également constants, mais, malgré quelques caractères communs, se différencient de ceux rencontrés dans l'aphasie motrice.

Aphasie amnésique : Elle est essentiellement caractérisée par le manque de mots dans le discours spontané et l'incapacité de donner le nom des objets présentés. Bien qu'on rencontre le trouble de la domination verbale dans différents syndromes aphasiques, il semble qu'on soit en droit d'admettre qu'une analyse plus minutieuse des performances puisse révéler des caractères différents selon le contexte aphasique, d'autant plus que la présence de formes isolées ne peut être nié malgré leur rareté. Si les recherches de C. Oldfield tendent à prouver que le trouble de l'évocation verbale traduit un mode commun de l'altération du langage, il existe toutefois certaines indications qui permettent de considérer que le trouble peut revêtir une spécificité particulière selon les cas (modalité sensorielle de présentation du stimulus, champs lexicaux, compensation selon le contexte textuel ou syllabique, apparition dans le langage spontané ou dans la situation de test).

Aphasies sensorielles Elles sont de différents types :

➤ **L'aphasie de Wernicke,**

Elle est caractérisée par la présence de trouble de réception et de compréhension verbale. Le discours est abondant, fluent, mais rendu plus ou moins incompréhensible par les

déformations des mots, les substitutions, les télescopages et les itérations (paraphasies verbales). Dans les cas sévères, le discours devient totalement incommunicable (jargonaphasie), sans que parfois le malade en prenne conscience (anosognosie). La compréhension du langage écrit est toujours perturbée et, dans la lecture à haute voix, les paralexies sont nombreuses. On constate les mêmes erreurs dans l'écriture que dans le langage oral.

➤ **La surdité verbale pure,**

Elle se caractérise par la seule perte de la réception des sons du langage. Le trouble se limite donc dans ces cas exceptionnels à la perte de la compréhension de la parole et de l'écriture sous dictée ; la lecture, qui n'est pas perturbée, permet seule la communication avec le malade.

➤ **La surdité verbale prédominante,**

Elle se révèle par l'impossibilité de répéter tout item, significatif ou non. Les émissions spontanées sont marquées par une relative cohérence thématique, mais les paraphasies où prédominent les néoformes verbales et l'anormalité des phrases, rendent sa compréhension difficile. L'épreuve de dénomination verbale est très perturbée. La lecture est très nettement supérieure à la compréhension orale. L'écriture sous dictée est impossible, tandis que l'écriture spontanée, quoique toujours altérée, est possible, la copie restant intacte.

➤ **Le trouble de la compréhension verbale**

Elle prédomine les performances dans la répétition des syllabes sans sens, et surtout des mots, sont d'un niveau élevé, tandis que la compréhension des ordres oraux et écrits s'effondre. Le discours est extrêmement diffluent, avec des paraphasies nombreuses, surtout de type substitutif, qui entraînent des glissements sémantiques. L'écriture spontanée est fortement para graphique, la dictée est en revanche mieux exécutée.

➤ **La désorganisation attentionnelle**

Elle retient d'une manière spécifique sur le comportement linguistique des malades, qui peuvent ne pas présenter de trouble de la compréhension et de la réception verbale. Le désordre se manifeste dans le langage spontané et dans les épreuves de transformation

grammaticale, avec un double aspect de persévération (écholalie, itération) et de distractibilité.

Troubles d'acquisition de l'écriture ou de la lecture: Les troubles de la lecture et de l'écriture sont souvent, sinon même constamment présents lors des troubles du langage oral, mais ils peuvent aussi se présenter isolément indépendamment de toute difficulté de l'expression orale.

Les agraphies : Associé à des troubles du geste (apraxies), le désordre de l'écriture peut ne porter que sur la réalisation des graphèmes. Plus souvent d'ailleurs, quelques difficultés dans l'épellation et dans l'écriture avec les cubes alphabétiques ne permettent pas de la considérer comme l'ordre uniquement apraxique. L'agraphie peut également être associée à l'alexie, réalisant alors une atteinte de l'encodage et du décodage du langage écrit, avec absence ou un minimum de troubles de langage oral. L'écriture est ici atteinte dans ses trois modalités (sous dictée, spontanée et copiée), tandis que, à côté des difficultés de réalisation des graphèmes, on constate des désordres dans la constitution des morphèmes graphiques, la structure syntaxique des phrases restants conservée.

Enfin, il peut exister des formes d'agraphies «pures», c'est - à -dire non associées à des troubles du langage oral, ni de la lecture, ni des praxies. Les graphèmes, les règles morpho-graphématiques sont conservées ; le désordre porte sur la combinaison ou sur la sélection des lettres, ou réalise une association de ces deux types. Malgré leur caractère exceptionnel, ce qui implique pour leur manifestation d'autres facteurs que celui de la localisation lésionnelle, l'intérêt théorique des observations d'agraphie pure paraît très grand en montrant le degré d'autonomie que peut atteindre le code graphique par rapport au code oral.

Les alexies : Les alexies doivent être différenciées en alexies verbales, littérale, phrastique ou globale. Ces variétés ne traduiraient pas seulement différence d'intensité, mais des caractères structuraux particuliers.

➤ Dans **l'alexie verbale**, la reconnaissance des lettres demeure, ainsi que la lecture des mots, quelle que soit leur classe ou leur signification, par épellation. Les difficultés s'accroissent avec la longueur du mot. Si les ordres simples sont généralement lus, la lecture des ordres compliqués ou celle d'un texte devient impossible, peut-être en raison d'un certain déficit de la mémorisation immédiate. L'écriture n'est pas troublée, ou très peu, la

copie, quoique toujours perturbée, n'est cependant pas servile. Les chiffres sont lus et même les nombres. Les phénomènes d'agnosie visuelle sont fréquemment associés.

➤ Dans **l'alexie littéraire**, les erreurs sont nombreuses dans l'identification des lettres qui est cependant rarement abolie en totalité. Par contre, les mots sont mieux lus, spécialement les lexèmes ; au contraire, les mots fractionnels et les syllabes sans sens ne peuvent être identifiés.

➤ Dans **l'aphasie de la phrase**, la lecture des lettres et des mots est conservée dans une grande mesure, mais les erreurs deviennent nombreuses dans les ordres simples et s'accroissent avec les ordres complexes. La lecture du texte est impossible.

Dans l'alexie globale, aucune lettre ne peut être reconnue, mais l'écriture spontanée ou sous dictée est quasi normale. C'est dans cette forme que la compensation par voie kinesthésique de la perturbation de la lecture des lettres par voie visuelle paraît la plus fréquente. La reconnaissance des chiffres est ici habituelle, mais cependant non constante, on peut citer, en revanche, la perte de la lecture des notes de musique dans plusieurs observations.

Notons que tenter de présenter les faits de façon systématique qui réclame toute classification oblige naturellement à négliger l'intervention d'un certain nombre de facteurs qui, dans la réalité, tendent à effacer les limites des formes déjà plus ou moins artificiellement isolées.

Dyslexie : Il est à noter que la dyslexie constitue un trouble spécifique de la lecture. C'est un trouble d'apprentissage spécifique d'origine neurobiologique. Elle est caractérisée par des difficultés à reconnaître les mots avec exactitude ou fluidité et par des aptitudes inadéquates à l'orthographe et au décodage. Il existe plusieurs types de dyslexie :

- **La dyslexie dysphonétique** : elle se caractérise par un déficit de la voie et donc une difficulté d'accès au stade alphabétique. Elle est souvent accompagnée de troubles de la conscience phonologique (Valdois, 2000).
- **La dyslexie dysidéologique** : d'autres parlent de dyslexie de surface. Elle correspond à une difficulté de mise en place de la stratégie orthographique. Ces sujets présentent une dysorthographe de surface, c'est-à-dire que la transcription donne des mots phonologiquement acceptables mais ne respectant pas l'orthographe (Valdois, 2000).

- **La dyslexie mixte** : elle représente 20 à 30% des dyslexiques (Morais, 1999). Elle combine un déficit dans les deux procédures avec une utilisation prédominante de l'assemblage.
- **La dysphasie** : elle se manifeste par une difficulté à parler. Ce qui veut dire que l'enfant qui ne parle pas, ne peut pas lire.

❖ **Les concepts clés sur la neurolinguistique**

Articulation : Ce qu'on appelle «articulation» correspond à la capacité de produire la totalité des phonèmes de la langue. On ne trouve pas d'étude dans la littérature qui montre la nécessité de maîtriser tout le tableau articulatoire pour apprendre à lire. Cependant les auteurs s'accordent à dire qu'il est préférable de corriger les troubles de l'articulation avant l'entrée au CP (Thibaut, 2004). En réalité, il existe probablement un impact différent des troubles d'articulation qui consistent en une déformation d'un phonème (par exemple le sigmatisme inter-dental, c'est-à-dire le « zozotement » et de ceux qui induisent le remplacement d'un ou plusieurs phonèmes (par exemple le sigmatisme de remplacement).

Sciences cognitives : Elles regroupent un ensemble de disciplines scientifiques dédiées à l'étude et à la compréhension des mécanismes de la pensée humaine, animale ou artificielle, et plus généralement de tout système cognitif, c'est-à-dire tout système complexe de traitement de l'information capable d'acquérir, de conserver et de transmettre des connaissances. Les sciences cognitives reposent donc sur l'étude et la modélisation de phénomènes aussi divers que la perception, l'intelligence, le langage, le calcul, le raisonnement ou la conscience.

Cognitivisme : Doctrine selon laquelle les facultés de l'homme sont liées à la cognition. En effet, Vygotsky (1987 et 1997) et Chomsky (1971 et 1996), dans leur tendance cognitiviste, ont montré que l'intelligence se développe grâce à des outils psychologiques et à la grammaire mentale.

Diagnostic : Action de déterminer une maladie d'après ses symptômes (dictionnaire Robert 2010).

Dispositives cognitives : Elles sont relatives à la perception, à la mémoire, au langage au raisonnement, à l'émotion, à l'esprit, à la socialisation, à la décision, au calcul, à l'attention.

Mémoire : C'est la faculté de conserver et de rappeler les choses passées. C'est un dispositif permettant de recueillir et de conserver les informations qui seront traitées ultérieurement.

Morphosyntaxe : La production morphosyntaxique est la variable linguistique la plus corrélée avec la maîtrise des correspondances graphèmes-phonèmes fin CP (Boutreux, 2002). Le rôle de la Compréhension serait moins important.

Neurolinguistique : C'est une branche de la linguistique qui étudie les difficultés langagières liées aux pathologies du système nerveux.

Parole : Elle est la capacité à enchaîner les phonèmes à l'intérieur des mots afin d'en donner une prononciation correcte. La précision articulatoire joue un rôle clé dans l'apprentissage de la lecture. Boutreux (2002) a trouvé en effet une corrélation significative entre une épreuve de répétition de mots difficiles début et une épreuve d'identification de mots écrits fin CP. Une production phonologique précise aiderait donc à l'identification précise des mots à l'écrit et constituerait même la principale contrainte linguistique s'exerçant sur elle.

Psycholinguistique : Elle est l'étude des processus cognitifs mis en œuvre dans le traitement et la production du langage. Fondée dans les années 50, elle fait appel à de nombreuses disciplines, telles les sciences du langage, la neurologie et la neurobiologie, la psychologie et les sciences cognitives. Développée par Chomsky et ses pairs à savoir Steven Pinker, Gustave Guillaume, George Lakoff, la psycholinguistique s'intéresse aux pathologies neurologiques qui affectent les capacités linguistiques, telles que les aphasies, la dyslexie, etc.

Symptomatologie : Elle est l'étude des symptômes. C'est l'ensemble des symptômes d'une maladie (les 36 dictionnaires et recueils).

I-1-4 Raisons du choix du sujet

La première raison qui sous-tend le choix de ce thème est le fait qu'aujourd'hui les troubles du langage chez l'enfant et les apprenants en général sont au cœur des débats scolaires et constituent un sujet de santé publique. Car dans beaucoup de pays de l'Afrique, les difficultés langagières des élèves ne sont pas diagnostiquées et ces derniers sont laissés pour compte. Ils deviennent des « sans voix », des êtres ne pouvant se défendre face aux mépris de leur droit d'être scolarisés normalement. Ainsi, bon nombre d'enfants présentant

des troubles du langage ont de difficultés en lecture et en écriture; ils n'arrivent pas à lire c'est-à-dire à décoder les lettres et donc un énoncé. C'est le cas des enfants de (0 à 12 ans) de l'institut médico-éducatif Saint François d'Assise de l'Association Miwadagbé à Cotonou présentant des troubles et qui sont en difficultés de lecture. Le constat est claire ces enfants à risque ne réussissent pas souvent leur cursus. Face à ce constat que faire ? Faudrait-il ne pas agir face à ce sombre tableau que présentent les enfants à risque? Ainsi, on observe chez ces enfants des troubles psychologiques, physiologiques et pathologiques. Dans les classes, de la maternelle au collège, les aphasies continuent d'être une situation-problème tant aux enseignants qu'aux apprenants surtout dans le cadre de l'acquisition de la lecture. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'institut passe à un examen médical avant de procéder à la scolarisation de ces derniers par un programme et une stratégie bien déterminée. Procéder donc au diagnostic des troubles du langage et plus précisément ceux de la lecture constituerait un atout favorable à l'enseignement-apprentissage de la lecture. Le thème est important à traiter à cause de :

- l'importance critique du public cible auquel se réfère cette étude.
- la généralisation que permet cette étude étant donné que l'étude psycholinguistique de la lecture chez les enfants aphasiques pose finalement un problème de santé publique.
- l'aspect pratique du sujet étant donné qu'il est resté aujourd'hui un problème de santé publique surtout qu'il touche les domaines de la psychologie, de la cognition, de la psycholinguistique et des pathologies liées à l'évolution du langage.

Adopter donc une approche en psycholinguistique de la lecture dans cette étude pour avoir de meilleurs résultats, s'avère nécessaire pour trouver le nœud du problème des difficultés d'apprentissage de la lecture par les enfants aphasiques.

Ce document pourrait permettre aux acteurs du monde éducatif d'avoir une vue globale sur les difficultés d'apprentissage et les méthodes d'enseignement de la lecture chez les enfants aphasiques.

I-2 MODELE THEORIQUE D'ANALYSE

Le modèle théorique d'analyse de la présente étude est « **la théorie neuropsycholinguistique de Tardieu-Chevrie (1979)** ». Elle a permis d'analyser le processus d'enseignement-apprentissage élaboré par l'Institut aux enfants aphasiques en trois étapes à savoir : la description de la parole, la prise en compte des aspects anatomiques, la compréhension des causes des troubles des enfants. La théorie de Tardieu-Chevrie (1979) a été complétée par **les théories des troubles de la communication verbale** pour spécifier les problèmes que rencontrent les enfants aphasiques à l'oral et **les théories behavioriste et générativiste d'acquisition du langage** (Mowrer, 1952-1960) pour préciser notre position d'acquisition de la lecture. Le modèle des **méthodes développementales de la lecture de Frith (1985) et de Seymour (2000)** ont permis la prise en compte des outils nécessaires du centre pour mesurer leur aptitude à faire acquérir la lecture aux enfants à risque.

I-2-1 La théorie neuropsycholinguistique de Tardieu-Chevrie (1979)

C'est un modèle cité par (Aram et Nation), 1982, p. 39. Il se présente en deux étapes respectant les points suivants :

- La description de la parole et du langage,
- La prise en compte des aspects anatomiques fonctionnels d'un centre de traitement du langage,
- L'établissement d'une interface entre le comportement observable et aussi les connaissances anatomiques que le fonctionnement interne du langage,
- La compréhension des causes des pathologies.

- **Première étape du modèle**

Elle est dénommée *Speech and Language Processing Model (SLPM)* (Chevie-Muller, 1979). Selon Tardieu, il peut être qualifié de modèle neurolinguistique car il fait la place à deux canaux orientés vers la réception et l'expression et comportant les niveaux suivants :

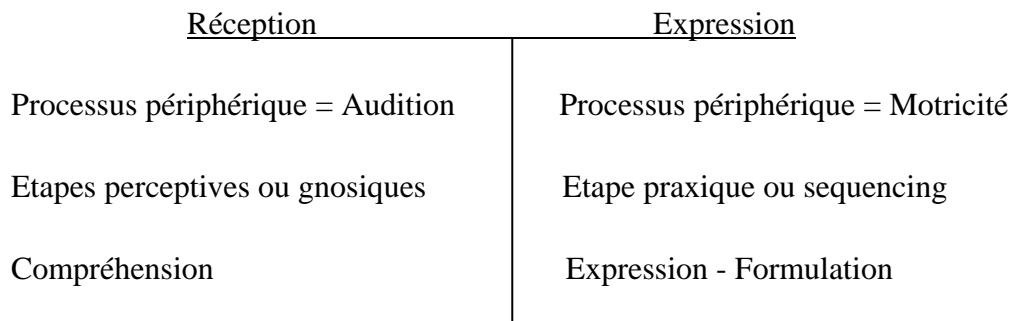


Schéma1 : Modèle neuropsychologique réduit : 1^{ère} étape du modèle (Tardieu-Chevrie, 1979)¹

Dans ce modèle, Tardieu différencie le niveau du « pouvoir » (processus périphérique) de celui du « savoir » (englobant l'étape gnosique praxique) et l'étape idéationnelle, une étape du « vouloir » qui correspondrait aux aspects pragmatiques de la communication.

Cette première partie du modèle nous permet d'analyser la faculté de ces enfants à risque à reconnaître par l'un de leur sens la forme d'un objet, d'un phonème, l'écriture d'un mot afin d'en saisir la signification. Il permettra de mettre en exergue leur capacité de production (expression) et de compréhension (réception) de ces enfants souffrants des troubles du langage.

- **Seconde étape du modèle**

La seconde étape du modèle a fait une large place à ce qui dans la conception de Nation-Aram s'intitulait « Language Segment » et dans le modèle de Tardieu-Chevrie « Langage idéationnel ». Cette extension du modèle permet de le qualifier de neuropsycholinguistique (Chevrie-Muller, 1962). Ce modèle aboutit à un schéma composé d'une unité principale de traitement (processing) et de deux unités d'observation de l'input et de l'output.

¹ CHEVRIE-MULLER C. « Modèles psycholinguistiques et Evaluation des aptitudes chez l'enfant », Paris, 1982, p. 24, Sémiotiques

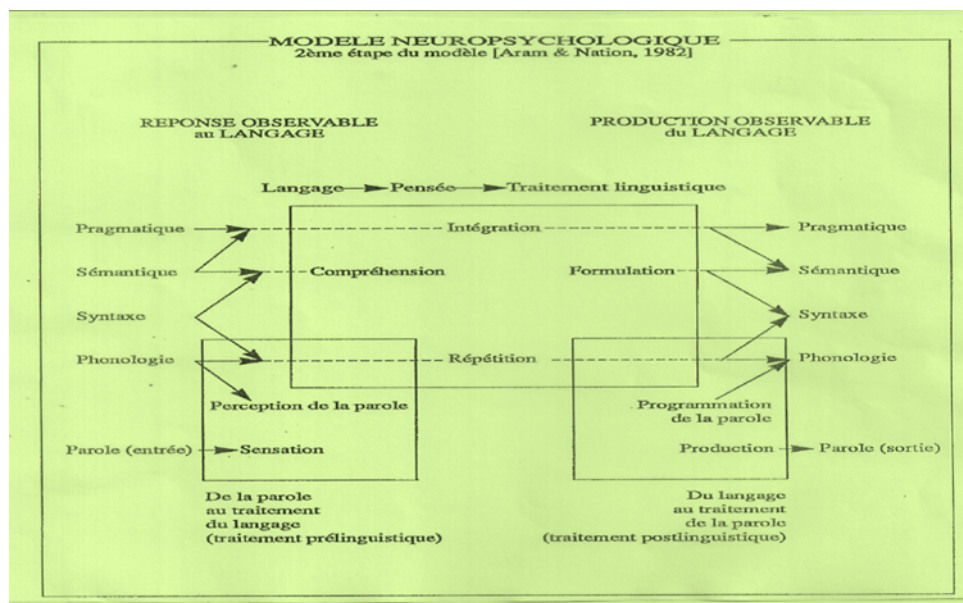


Schéma 2 : Modèle neuropsychologique : 2^{ème} étape (Aram & Nation, 1982) ²

Les auteurs dans ce modèle montrent que l'unité principale de traitement est faite d'une série de transducteurs qui se chevauchent, et sont indispensables à la réception, la compréhension, l'intégration, la répétition, la formulation et la production du message. Elle est constituée de trois unités de traitement du langage :

- De la parole au langage (traitement pré-linguistique),
- Du langage à la pensée, de la pensée au langage (traitement linguistique),
- Du langage à la parole (traitement post-linguistique).

Cette seconde étape du modèle nous permet de vérifier si toutes les unités de traitement du langage sont respectées dans la communication chez l'enfant aphasique en apprentissage de la lecture et quelle est l'unité en déficit quand il y a une déficience phonologique ou un problème de syntaxe.

I-2-2 Les théories des troubles de la communication verbale

Les troubles de la communication verbale déterminés par des lésions cérébrales, troubles que l'on nomme aphasies, ont donné lieu à de nombreuses interprétations qui ne

² CHEVRIE-MULLER C. « Modèles psycholinguistiques et Evaluation des aptitudes chez l'enfant », Paris, 1982, p. 24, Sémiotiques.

traduisent finalement que deux tendances principales. Dans l'une, les différentes insuffisances du langage expressif et réceptif, oral ou graphique, représenteraient des formes spécifiques répondant à des sièges lésionnels déterminés qu'altèrent des mécanismes neurophysiologiques particuliers assurant l'encodage (aphasie d'expression), le décodage des sons verbaux (aphasie sensorielle) ou écrits (alexies). La seconde affirme l'unité de l'aphasie qui traduirait seulement, dans le domaine du langage, un trouble fondamental déterminé par la lésion cérébrale. Le malade aphasique, selon les tenants de cette école, n'est pas seulement un Homme dont le langage est modifié, mais bien un Homme modifié dans son ensemble.

Notons que pour J. Déjérine (1966), il existe deux types d'aphasies : des aphasies vraies mais se présentant tantôt comme aphasies motrices ; tantôt comme aphasies sensorielles ; tantôt comme aphasies totales unissant les deux, dont les lésions siègeraient en dehors du langage. Mais l'Anglais Hughlings JACKSON (1915), appliquait à l'aphasie sa loi de dissolution d'après laquelle la régression des fonctions mentales affecte d'abord leurs formes complexes et volontaires et s'attaque ensuite aux formes simples et automatiques. Il montrait ainsi qu'il n'y a pas chez les aphasiques une véritable destruction d'images car les mots réapparaissent chez eux dans le langage émotionnel.

Dans ces dernières années, et sous l'impulsion des recherches de Roman JAKOBSON, les modèles et méthodes de la linguistique et de psycholinguistique ont été utilisés dans le domaine des aphasies. Les résultats déjà obtenus témoignent de la réalité des diverses variétés des troubles du langage. La seule unité des aphasies serait en quelque sorte de caractère négatif : la compétence linguistique du sujet parlant (sa connaissance intuitive des règles) reste préservée tandis que les performances (les réalisations qui dépendent de différents facteurs psychophysiologiques) peuvent être perturbées isolément.

I-2-3 Les théories Behavioriste et Générativiste : quelle position sur l'acquisition du langage ?

Les théories de l'acquisition du langage peuvent être réparties en deux grands groupes : behavioriste d'une part et générativiste d'autre part. Plusieurs travaux expliquent la position du **behaviorisme**. Ils considèrent que le langage correspond à un ensemble de comportements et relève des lois du comportement ; que le comportement est une réponse à des stimuli. L'approche behavioriste de l'acquisition du langage peut être illustrée par quelques exemples

d'analyses plus ou moins développées effectuées par divers auteurs. Ainsi, Miller et Dollard (1941) ont mentionné le rôle du renforcement dans l'acquisition du langage. Mowrer appellera sa théorie de l'acquisition du langage « théorie autistique ». Il applique cette théorie à la fois aux enfants et aux oiseaux parleurs, tels que perroquets ou menâtes. Deux expériences justifient les travaux de Mowrer. L'une est l'observation des mères avec leurs enfants ; celle-ci révèle que la plupart tendent à parler beaucoup au jeune enfant, créant une sorte de « bain sonore » quand elles sont avec ou à proximité. L'autre est le cas d'une fillette de 2 ans souffrant d'un déficit auditif et d'un retard du langage plus important que ce dernier ne permettait de la comprendre.

La perspective **généraliste** est entièrement différente de celle behavioriste. Le behaviorisme est axé sur la psychologie tandis que le généralisme est axé sur la langue. C'est une conception de linguiste. Si le sujet behavioriste est caractérisé par la simplicité, le sujet dont parle le linguiste est traité en fonction de la complexité de la langue dont la théorie cherche à rendre compte. Ainsi, la grammaire dans la conception de Chomsky est le « modèle de compétence du sujet ». Ceci revient à dire que le sujet, réciproquement, est le corrélat de la construction théorique. Chomsky applique sa thèse à l'adulte, mais aussi au jeune enfant, au début de son apprentissage. Le linguiste rendrait explicite ce que l'enfant réalise implicitement. Mais pour reproduire l'apprentissage du langage, Chomsky parle de la compétence grammaticale qu'il nomme « Language Acquisition Device ou LAD ». Il faut dire que le thème essentiel de la conception généraliste est **l'innéisme**. L'affirmation de l'innéisme est la conséquence ou l'implication de l'analyse linguistique ou plutôt de l'épistémologie rationaliste à laquelle adhère Chomsky et selon laquelle il conçoit une analyse.

Les théories behavioriste et généraliste sont clairement en conflit. Ainsi, pour lui, acquérir une habileté, un savoir-faire, c'est apprendre à produire des réponses, ou mieux des suites ou chaînes de réponses, à des stimuli (ou des indices). Pour le second, il s'agit de l'efficacité des concepts évoqués pour rendre compte, d'une manière globale, de la réalité de l'apprentissage. Mais, Vygotsky et Piaget montrent la complémentarité entre le behaviorisme (théorie du langage par le comportement) et le cognitivisme (théorie du langage par la pensée). La complémentarité entre le behaviorisme de Piaget et le cognitivisme de Vygotsky, s'observe surtout au niveau du processus du développement de l'enfant qui repose essentiellement sur l'acquisition du langage et la créativité chez l'enfant.

Nous notons avec Vygotsky qu'en apprentissage de la lecture, nous attendons de l'enfant un fort de créativité comportemental. Ce qui justifie que les enfants présentant des troubles du langage ont déjà des déficits et l'enseignant dans son rôle d'éducateur attend d'eux après des exercices d'entraînement des efforts dans le sens de corriger leur déficit qu'il soit phonologique ou sémantique. L'aspect de l'innéisme du langage sera rejeté dans le cas d'espèce car le traitement linguistique (du langage à la pensée) est déficitaire à cause des troubles mentaux ou comportementaux dont ils souffrent.

I-2-4 Les modèles d'explication du fonctionnement et du développement de la lecture

L'acquisition du langage oral se fait de manière naturelle, sans nécessiter un enseignement formel. Toutefois, tous les élèves, mais en particulier ceux qui sont les plus à risque de développer des difficultés d'apprentissage, peuvent bénéficier d'un enseignement explicite et systématique visant l'acquisition des règles régissant le code écrit, à savoir celles permettant d'établir des liens entre les unités écrites et les unités orales. Bien qu'il n'existe aucune solution facile ou rapide pour optimiser l'apprentissage de la lecture, il existe maintenant un répertoire des habiletés garantes d'un apprentissage réussi de la lecture et de l'écriture. La mise en place d'interventions pédagogiques visant le développement de ces habiletés peut prévenir les conséquences fâcheuses qu'entraîne l'apprentissage de la lecture en bas âge.

I-2-4-1 Le modèle développemental de Frith (1985)

Le modèle développemental plus connu est celui de Frith (1985, in Plaza, 2002; Morais, 1999; Valdois, 2001). Le modèle est reconnu pour avoir décrit les différentes stratégies d'identification des mots écrits utilisées par les enfants. Il sert actuellement de référence pour la description des troubles. Il distingue 3 stades dans l'apprentissage de la lecture qui se succèdent de manière séquentielle et permettent la mise en place des deux procédures d'identification décrites par les modèles à deux voies de la lecture adulte : la voie d'assemblage et la voie d'adressage.

❖ Le stade logographique

Il s'agit d'un stade de « pré-lecture ». Les mots sont identifiés comme des dessins. L'enfant les reconnaît uniquement à partir d'indices partiels, de traits saillants (longueur des jambages, redoublement de lettre (s) connue (s)). Par exemple, « coca-cola » est-il présenté sous la forme du logo mais ne l'est pas si on en change la police.

L'analyse visuelle est partielle et toute médiation phonologique est absente. Le stock de mots ainsi est limité. Pour certains auteurs, il peut atteindre quelques centaines de mots et pour d'autres seulement une centaine. Lors du stade logographique, l'enfant confond les mots visuellement proches et les mots champ lexical comme les différentes couleurs par exemple (Mazeau, 2005).

❖ **Le stade alphabétique**

Au cours de ce stade, l'enfant comprend le principe alphabétique de la lecture. Il apprend à réaliser segmentation et assemblage et acquiert les règles de correspondance graphèmes-phonèmes, puis les règles contextuelles. L'enfant peut lire des mots nouveaux et devient de plus en plus autonome dans sa lecture. Ce traitement est dominant en début d'apprentissage, puis son importance diminue en-faveur du traitement orthographique, et ce, dès la première année. De nombreuses expériences ont montré l'existence de ce stade dans le développement.

La manière dont l'enfant passe du stade logographique au stade alphabétique est discutée. Pour Beech (1987), la confrontation de l'enfant à des mots visuellement proches de plus en plus nombreux le conduirait à analyser plus spécifiquement les unités qui composent les mots. Byrne (1989) a montré qu'au contraire les jeunes enfants sont incapables de découvrir spontanément le principe alphabétique de l'écriture.

❖ **Le stade orthographique**

La confrontation régulière aux mots écrits qu'il déchiffre permet à l'enfant de les identifier lus rapidement. L'enfant reconnaît instantanément les parties significatives du mot (morphèmes) en prenant en considération l'ordre des lettres mais pas leur son. Les mots sont stockés sous une forme stable dans le lexique interne. L'enfant peut lire des mots irréguliers. L'accès au sens est facilité et accéléré. La lecture devient fluente et rapide. L'identification du mot requiert moins de ressources attentionnelles. C'est le stade ultime de l'acquisition de la lecture.

I-2 -4-2 Le modèle « double fondation » de Seymour (1996)

Selon Seymour (1996. in Gillet et coll. 2000), les différents processus d'identification du mot écrit n'apparaissent pas nécessairement de manière successive mais peuvent émerger en parallèle. Ainsi pour lui, les processus logographique et alphabétique participent également à l'élaboration des représentations orthographiques. Ces deux procédures sont disponibles au

début de l'apprentissage et coexistent l'élaboration du lexique orthographique. Les fragments visuels des mots connus de l'enfant vont servir à la construction du lexique interne. Parallèlement l'enfant connaît quelques correspondances graphèmes-phonèmes et prend ainsi conscience de la nature segmentale de la parole il peut lire les mots nouveaux par analogie. Ce modèle est basé sur des recherches ayant montré que les différents stades pouvaient coexister. En revanche, la participation de la procédure logographique au développement de la lecture et plus particulièrement du lexique orthographique n'a pas été démontrée. D'autres études ont mis en évidence que non seulement ce stade n'était pas obligatoire mais qu'en plus il n'avait aucun pouvoir génératif.

I-3 REVUE DE LITTERATURE

Dans cette partie nous allons faire un tour sur les travaux qui ont abordé les troubles du langage en général d'une part et ceux qui ont abordé les différentes méthodes d'apprentissage de la lecture chez l'enfant.

I-3-1 Les travaux sur les troubles de langage de façon générale

Dans Langage enfantin et Aphasie, Roman met en exergue les différents troubles que l'on peut rencontrer chez l'enfant et qui peuvent troubler son système neurologique et sa capacité à lire et à écrire. C'est d'ailleurs ce que va faire A. OMBREDANE dans L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite (1951). Ici, l'auteur met l'accent sur la pensée de l'individu qui lui permet de tout construire dans la tête avant de passer à la réalisation. Pour ce dernier, l'aphasie ou trouble du langage peut empêcher l'élaboration d'une pensée normale et explicite. Quant à IVANOV (1962), dans Linguistics and investigation of aphasia pour mieux appréhender les diverses variétés de troubles du langage, il faut primordialement s'attarder sur les échantillons extensifs du discours spontané et libre des patients.

Quelques mémoires de maîtrise ont abordé une étude générale des troubles du langage. René ZOUNON (2001) par exemple aborde le rôle du syndrome aphasique dans le développement du langage chez l'enfant de 0 à 12 ans en pays Xwéla. Il étudie les différents symptômes des troubles du langage chez les enfants en pays Xwéla. Plus loin, Alfred SOTON en 2003 fait le bilan des troubles du langage au Bénin et s'intéresse au cas des adultes du CNHU. Il en découvre plusieurs cas dont nous en ferons cas dans le chapitre quatre.

Mais, en considérant les troubles du langage, il existe les troubles spécifiques du langage de l'apprentissage de la lecture. L'apprentissage de la lecture étant une tâche cognitive complexe, dont l'objet est l'acquisition et la maîtrise d'un objet culturel, il n'est pas étonnant que cet apprentissage puisse entraver de nombreux facteurs différents. Nous pouvons citer : l'absence ou l'inadéquation de l'enseignement de la lecture, les désavantages sociaux et culturels, les troubles du langage, les déficits intellectuels, les troubles d'attention, les troubles de comportement, les déficits sensoriels non corrigés (malvoyance, malentendance). De nombreux facteurs à la fois environnementaux et biologiques peuvent sous-tendre des difficultés d'apprentissage de la lecture. La constatation remarquable qui a été faite à de nombreuses reprises depuis plus d'un siècle (Hallgren, 1950 ; Orton, 1937), c'est qu'il existe un certain nombre d'enfants qui présentent un trouble sévère d'apprentissage de la lecture, alors même qu'ils sont normalement intelligents, n'ont aucun déficit sensoriel, grandissent dans un milieu familial et social favorable, et ont reçu un enseignement approprié. Ce trouble inexplicable au premier abord, a conduit à l'hypothèse d'un trouble spécifique de la lecture également appelé dyslexie développementale. Beaucoup d'études ont estimé que le seuil de prévalence des enfants dyslexiques étant de 1 à 7 % (Lindgren). La dyslexie est donc un facteur parmi tant d'autres contribuant aux troubles de lecture au sein de la population. Mais il n'est pas question de considérer que tous les enfants en échec scolaire ou ayant des difficultés en lecture sont dyslexiques ou dysphasiques.

I-3-2 Les travaux sur les études comparatives des méthodes d'apprentissage de la lecture

La majorité des travaux nationaux dans la discipline et que nous avons rencontrés ne traite pas des méthodes d'apprentissage de la lecture aux personnes souffrant des troubles du langage. Néanmoins quelques uns ont traité des erreurs que font les apprenants dans la production ou dans la compréhension du texte. C'est l'exemple de l'Inspecteur Céphas S. GBENOU (2011) qui a abordé les déviances au cours de la lecture dans son mémoire de DEA. Ici, il a mis l'accent sur la compréhension des textes littéraires par les apprenants des lycées et collèges du Bénin et quelques moyens de remédiation à cela. Mais plusieurs auteurs ont mis l'accent sur la confrontation des méthodes d'apprentissage de la lecture.

Il faut noter qu'il existe plusieurs méthodes d'apprentissage de la lecture aux enfants surtout à ceux à risque. On distingue :

- ✓ Les méthodes synthétiques qui sont également appelées méthodes « alphabétiques », « syllabiques », « phoniques », « phonético-syllabiques ». Elles commencent par l'apprentissage du code. En premier lieu, elles présentent les lettres auxquelles elles attribuent des sons. Puis rapidement, l'enfant apprend à les assembler pour former les syllabes. Elles sont au nombre de deux : les synthétiques simples et les gestuelles.
- ✓ Les méthodes globales : ici, l'apprentissage commence directement par les mots qui sont mémorisés globalement sans l'analyse des sons qui les composent. Elles sont au nombre de trois : « Decroly », « idéo-visuelle », et « naturelle ».
- ✓ Les méthodes mixtes qui sont également appelées méthodes « semi-globales » ou « départ global », constituent un compromis entre les deux types de méthodes présentées précédemment. Elles débutent par une lecture globale des mots, notamment des mots outils et de mots fréquents. Elles introduisent ensuite progressivement après une durée plus ou moins longue, l'apprentissage des correspondances graphèmes-phonèmes. Les enfants apprennent à lire des mots et des phrases globalement puis ils vont les analyser pour découvrir les sons qui les composent en étudiant différents phonèmes au fil des textes.

Ainsi, beaucoup d'études ont essayé de comparer les diverses méthodes d'enseignement de la lecture. La première étude à avoir comparé les diverses méthodes d'enseignement de la lecture est une étude américaine. En 1967, Chall a effectué une étude comparative de 22 programmes d'enseignement dans 300 classes anglophones, sans avoir pour objectif au départ de montrer la supériorité de l'un d'entre eux³. Elle a trouvé de meilleurs résultats dans les classes ayant reçu une instruction phonique précoce et systématique.

La plupart des recherches ayant pour but de juger de l'influence d'une méthode d'apprentissage ont porté sur la comparaison de la méthode globale avec la méthode synthétique (ou phonique). Evans (1985), a ainsi comparé les performances d'enfants ayant appris à lire avec l'une ou l'autre de ces méthodes. L'étude a montré un avantage de la méthode phonique pour la reconnaissance des mots dès la première année et un avantage de

³ Chall, Morais, 1999.

celle-ci également en fin de deuxième et troisième année en vitesse, compréhension, vocabulaire et orthographe.

En 1991, Foorman et Coll. (in Morais, 1999) ont étudié les performances en lecture de mots réguliers et irréguliers chez des enfants ayant reçu peu ou beaucoup d'instruction sur les relations entre lettres et sons et ont également trouvé de meilleurs résultats pour le second groupe d'enfants.

D'autres chercheurs ont comparé les performances dans des tâches de lecture de mots et logatomes, de compréhension de textes et d'orthographe de 2 groupes d'enfants : l'un ayant reçu un enseignement systématique des correspondances graphèmes-phonèmes (méthode phonique) et l'autre n'ayant pas reçu (méthodes globales). Ils ont trouvé un avantage du premier groupe sur toutes les mesures lorsque l'enseignement a été reçu à partir de la grande section maternelle ou du CP. L'effet est plus modéré quand la méthode phonique est introduite tardivement. En outre, ils ont montré qu'elle était particulièrement bénéfique aux enfants « à risque », de milieu socio-économique défavorisés et aux dyslexiques.

La méthode globale a également été comparée à une méthode mixte, qui combine apprentissage de mots globaux et enseignement des correspondances graphèmes-phonèmes. Certains chercheurs comme Goigoux (2000) ont en effet réalisé une étude longitudinale de la grande section de maternelle à la troisième année de primaire d'enfants apprenant à lire soit avec une méthode mixte qui procédait simultanément à la mémorisation et à la discrimination visuelle de mots et à l'enseignement des correspondances graphèmes-phonèmes, soit avec une méthode idéo-visuelle sans apprentissage de code. Les enfants du deuxième groupe ont obtenu des résultats inférieurs à ceux du premier groupe, mais également inférieurs à la moyenne nationale en compréhension et en connaissance du code.

De ces différentes études, se dégagent trois points essentiels. Tout d'abord, elles mettent toutes en valeur la nécessité de l'enseignement du code et corroborent donc les données de la littérature. Que l'on compare la méthode globale à la méthode synthétique ou à la méthode mixte, elle obtient toujours des résultats inférieurs et ce dans tout type d'épreuves. Par ailleurs, les recherches ont montré que l'impact des méthodes d'apprentissage de la lecture était plus important sur les enfants « à risque », ce qui nous engage à nous intéresser

particulièrement à ce type d'enfant pour notre étude. Enfin, si l'enseignement explicite des correspondances graphèmes-phonèmes est reconnu, la question du moment où il faut commencer est peu abordée. Les recherches de Foorman suggèrent que l'apprentissage du code est d'autant plus bénéfique qu'il est précoce et abondant. On ne trouve cependant pour l'instant aucune comparaison entre les méthodes synthétiques qui introduisent tout de suite le code et les méthodes mixtes qui le retardent.

A présent, nous aborderons le contexte de notre étude et la démarche méthodologique.

CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Comme le titre le mentionne, ce chapitre mettra un accent sur le cadre de l'étude, l'approche méthodologique utilisée, le protocole d'expérimentation.

II-1 CADRE DE L'ETUDE

L'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise vient au coté des enfants handicapés pour leur apporter un soutien médical et éducatif. Elle œuvre à la prise de conscience des parents, afin que toute personne en situation d'extrême vulnérabilité améliore sa condition pour une vie autonome, sociale, éducative décente. Pour le moment toutes ses actions sont concentrées à Cotonou dans les écoles (primaire, maternelle) pour récupérer ceux présentant des dysfonctionnements langagiers et une mauvaise structure de la physiologie. C'est pourquoi toutes les actions de l'Institut sont axées sur le soutien des enfants handicapés mentaux en difficulté scolaire.

Ainsi, leur mission est d'amener ces derniers plus tard à s'intégrer socialement dans la vie en :

- leur accordant un suivi médical sur le plan sanitaire avec l'aide de quelques partenaires,
- leur assurant une intégration sur le plan éducatif,

L'IME Saint François d'Assise est un lieu de soins et d'éducation, un centre pour prévenir les risques d'abandon scolaire. Elle est située au Bénin dans la ville de Cotonou, capitale économique du Bénin. Elle est un centre expérimental, d'approche communautaire, crée sous la protection de l'Association Miwadagbé ayant à sa tête Monsieur BAGNAN Théodule. C'est une organisation non gouvernementale à but non lucratif reconnue officiellement et enregistrée à l'Association sous le N° 2007/0193/DEP-ATL-LITT/SG/-ASSOC du 16 mai 2007.

L'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise est spécialisée dans les activités d'apprentissage cognitif, de réadaptation psychosociale, et de réinsertion scolaire à travers des activités d'éducation : calcul, écriture, lecture, dialogue et beaucoup d'autres activités.

II-2 STRATEGIES DE COMMUNICATION DE L'Institut Médico-Educatif

Cet institut collabore avec la radio et quelques maisons de presse à travers ses unités d'exécution pour la réalisation et la diffusion d'émissions en langues nationales (fon, yoruba, français, etc.) faisant partie des campagnes multimédia du programme. Elle utilise d'autres canaux comme : les causeries, les discussions dirigées de groupe (DDG).

Certains canaux traditionnels sont les moyens traditionnels qu'utilisaient les populations pour communiquer. Ces canaux précisons-le, sont plutôt littéraires que techniques et sont actuellement utilisés pour toucher surtout les analphabètes. Il s'agit des chansons, contes, proverbes, théâtres, etc.

II-3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans cette partie, nous mettrons en exergue la nature de l'étude, l'étude documentaire, l'échantillonnage et la méthode utilisée pour la réalisation de cette de étude.

II-3-1 Nature de l'étude

Nous avons choisi une démarche toute simple de recherche. Elle concerne en effet l'étude documentaire et l'enquête sur le terrain. Elle se fonde sur une démarche à la fois quantitative et qualitative. Elle s'est déroulée dans le centre de l'Institut Médico-Educatif et dans une école de notre choix.

En effet, les données recueillies ont permis d'avoir des valeurs quantitatives et des valeurs qualitatives qui ont été analysées. Comme l'a bien souligné Deslauriers cité par Assaba (2002), la recherche qualitative est « une recherche qui produit et analyse des données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes ».

II-3-2 Etude documentaire

L'étude documentaire nous a permis de consulter des documents dans le domaine de la psycholinguistique, de la psychologie, de la cognition, de la didactique de la lecture et de la linguistique afin de bien analyser les erreurs ou déviances observées en lecture chez les enfants présentant des troubles du langage. Elle nous a permis également d'exploiter d'autres ouvrages comme des mémoires, des thèses sur les troubles du langage en général et plus précisément sur les troubles spécifiques de la lecture d'une part et sur les méthodes

d'apprentissage de la lecture d'autre part. Nous avons également eu recours à l'exploration électronique. Enfin, nous avons visité les centres de documentation ci-après :

- Bibliothèque du CENALA pour consulter des mémoires et thèses portant sur les troubles du langage et la psycholinguistique. Il est à noter que nous n'avons trouvé que deux travaux de mémoire de maîtrise sur les troubles du langage,
- Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH,
- Bibliothèque de la FLASH, où nous avons consulté des ouvrages et des mémoires portant sur la cognition et l'acquisition du langage. Très peu de documents abordent les notions sur l'acquisition du langage,
- INFRE où nous avons consulté sans difficulté des documents portant sur l'apprentissage de la lecture et sur la psychologie de l'enfant,
- Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise de l'Association Miwadagbé qui s'occupe des enfants handicapés mentaux.

II-3-3 Population d'étude

La population comporte les enfants présentant des troubles du langage et ayant des difficultés en lecture et en écriture, les enseignants, le personnel de l'Institut, les enseignants de français, les familles des sujets et quelques acteurs ou chercheurs dans le domaine de la linguistique, de la cognition et de la psychologie du langage en général.

Cibles primaires

Les sujets du centre et en particulier ceux présentant des troubles du langage quel que soit leur ethnie et âge constituent les cibles primaires de notre étude.

Cibles secondaires

Pour mieux appréhender le problème nous avons opté pour une recherche qui prenne en compte le personnel du centre et les familles (parents) des enfants qui ont été ciblés lors de l'étude. Notre étude a atteint :

- Les jeunes frères des enfants ciblés afin de vérifier si le mal est génétique ou s'ils souffrent de la même pathologie,
- Quelques autres membres de leurs familles.

- Les parents de ces enfants.

II-3-4 Milieu de l'étude

Notre étude s'est prioritairement déroulée à l'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise de l'Association Miwadagbé à Cotonou. Nous avons étendu nos recherches vers les écoles primaires et surtout la maternelle de Gbodjè à Porto-Novo pour avoir le pourcentage d'enfants souffrant des troubles du langage plus précisément des troubles spécifiques de la lecture.

II-3-5 Echantillonnage

Les erreurs ou déviances observées en apprentissage chez les enfants présentant des troubles du langage est un problème connu du monde scolaire et plus précisément des maîtres et des enseignants de français. C'est un problème qui est répandu dans presque toutes les écoles au Bénin. On y rencontre au moins 5 pourcent des troubles spécifiques de la lecture (dyslexie) selon le Psychiatre DJIDONOU. Compte tenu de nos moyens limités, nous avons mené nos recherches dans un seul centre (IME) Saint François d'Assise à Cotonou et une école (la maternelle et le primaire de Gbodjè Porto-Novo). Nous avons pris en compte **55** personnes réparties comme suit :

- **8** Enseignants du centre de l'Institut médico-éducatif Saint François d'Assise pour répondre à nos questionnements et nous aider pour l'expérimentation,
- **8** Enseignants de l'école primaire et de la maternelle de Gbogjè pour donner leur point de vue sur la situation de ces enfants et les difficultés qu'ils rencontrent dans l'apprentissage de la lecture en situation de classe,
- **32** sujets (enfants) du centre de l'étude.
- **02** Psychiatres
- **01** Orthophoniste
- **01** Psycholinguiste
- **01** Psychologue clinicien
- **02** Membres de famille de deux enfants

En dehors de cet échantillon, nous avons discuté du sujet avec beaucoup d'autres personnes sans les soumettre à des séances de questions-réponses ni à des expérimentations. Il

est à préciser que l'expérimentation a été faite uniquement avec les sujets de l'Institut où nous avons mené nos recherches.

Tableau N°01 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon les tranches d'âges

Tranche d'âges	6 à 10 ans	11 à 14 ans	15 à 16 ans	Total
Nombres d'élèves Ayant entre	11	17	04	32
Pourcentages	34,38 %	53,12 %	12,5 %	100 %

Source : enquête de terrain

Interprétation

Les sujets approchés et utilisés au cours de cette expérimentation sont en majorité ceux dont l'âge est compris entre 11 et 14 ans. Cela se justifie par le fait que c'est ce groupe sociologique qui, à partir de cet âge abandonne les bancs dès que les difficultés sont sévères et persistantes. Ils sont plus jeunes (les enfants) et disposent des capacités diverses d'adaptation.

Tableau N°2 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon les langues maternelles

Langues	Yoruba	fon	Français	Autres	Total
Enfants handicapés					
Nombre d'enfants parlant les langues	08	17	3	4	32
Pourcentages	25	53,12	09,38	12,50	100 %

Source : enquête de terrain

Interprétation

La majorité des sujets approchés et qui ont contribué à l'expérimentation ne parlent pas le français à la maison. Cela justifie déjà le fait que ce groupe sociolinguistique aura plus de difficultés en apprentissage de la lecture en français langue étrangère (FLE).

Tableau N°3 : Répartition de l'échantillon des sujets malades selon le sexe

Sexe	Malades	Pourcentages (%)
Garçons	19	61,76
Filles	13	38,24
Total	32	100%

Source : enquête de terrain

Interprétation

Il se dégage de l'observation de ce tableau que des 32 malades, 19 enfants, soit 61,76 % sont des garçons et 13 personnes, soit 38,24 % sont des filles. Les garçons représentent la grande masse des enquêtés.

Tableau N°4 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades et suivant la tranche d'âge de 06 à 10 ans

Sexe	Malades 6 à 10 ans	Pourcentages (%)
Garçons	07	63,63
Filles	04	36,37
Total	11	100%

Source : enquête de terrain

Interprétation

Ce tableau n° 4 montre que les garçons sont plus nombreux que les filles dans la tranche d'âge de 6 à 10 ans soit 63,63 %.

Tableau N°5 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades et suivant la tranche d'âge de 11 à 14ans

Sexe	Malades 11 à 14 ans	Pourcentages (%)
Garçons	11	64,70
Filles	06	35,30
Total	17	100%

Source : enquête de terrain

Interprétation

Il est à observer que les garçons sont toujours importants dans cet échantillon choisi soit 64,70 %. Ils représentent ainsi près des 2/3 de la totalité des malades de la tranche d'âge de 11 à 14 ans.

Tableau N°6 : Répartition de l'échantillon selon le sexe des sujets malades et suivant la tranche d'âge de 15 à 16ans.

Sexe	Malades 15 à 16 ans	Pourcentages (%)
Garçons	03	75,00
Filles	01	25,00
Total	04	100%

Source : enquête de terrain

Interprétation

De l'observation de ce tableau, il ressort que les garçons sont plus nombreux dans cette tranche d'âge de 15 à 16 ans. Les filles sont toujours moins nombreuses.

II-3-6 Techniques de collecte des données

Les techniques et les outils utilisés sont propres à la recherche qualitative.

Techniques

L'immersion pour la collecte des données sur le terrain s'est déroulée du 22 décembre au 30 avril. Le sujet étant assez délicat, nous avons utilisé prioritairement les techniques propres à la recherche qualitative notamment,

- ❖ **les interviews individuelles approfondies** (entretien directif, etc.) : elles ont permis de recueillir des informations empiriques, plus en profondeur non seulement sur les troubles dont souffrent ces enfants mais aussi sur leur milieu social et leur famille. Les aspects comme l'identité, le motif du mal, les antécédents, la biographie ont été abordés
- ❖ **l'observation participante** : a permis de toucher, de sentir, de vivre, de voir l'attitude de l'enfant malade dans l'occupation de l'espace, ses manifestations et comportements, les relations sociales qui sont menées par chaque individu qui est autour de lui, le respect des normes.
- ❖ **l'exploitation et l'analyse documentaire** : a permis de faire de la documentation existante autour des troubles du langage et de l'acquisition de la lecture par l'enfant à risque mais surtout orienté sur la manière de faire cette collecte des données. On distingue deux niveaux de documentation :
 - les ouvrages d'ordre général et spécifique ont renseigné sur le domaine d'étude, les auteurs et les théories portant sur le sujet,
 - les dossiers ou fiches sur les troubles du langage ont surtout aidé à formuler la problématique.
- ❖ **Le dépouillement** des données est fait de façon manuelle. Les données recueillies ont été catégorisées suivant les centres d'intérêt de la recherche.
- ❖ **La méthode de l'expérimentation** décrite par Claude BERNARD a été une référence pour cette recherche. Il distingue six étapes : l'observation, l'hypothèse, l'expérimentation, la collecte des résultats, l'interprétation et la conclusion. Il faut donc un matériel usuel fiable pour l'analyse objective des données.

Outils

Les outils de collecte des données utilisés dans le cadre de cette étude sont :

- **Les fiches de dépouillement** réalisées à notre façon pour faire la taxinomie des différents troubles du langage et des différentes difficultés de l'apprentissage de la lecture enregistrés lors de l'expérimentation avec les sujets.
- **Les questionnaires d'enquête** adressés aux enseignants, aux parents des enfants nous ont permis d'avoir une vue globale sur les différents problèmes liés au langage des enfants et leurs causes.

II-3-7 Les difficultés rencontrées lors de l'expérimentation

La principale difficulté rencontrée lors de cette étude est relative à la délicatesse du sujet. Beaucoup d'enfants lors de l'expérimentation ont commencé par désertter le forum parce qu'ils pensaient que nous allons mettre à nu les problèmes auxquels certains d'entre eux qui avaient attiré notre attention étaient confrontés. Les familles de certains enfants hésitaient pour nous donner des informations sur leurs enfants parce que la question leur semble un peu complexe et les problèmes dont souffrent leurs enfants ne devraient pas être dévoilés.

II-4 PRESENTATION DU PROTOCOLE DE L'ETUDE

Il s'agira ici de présenter les conditions de l'expérimentation et les différents examens effectués.

II-4-1 Condition d'examen

Les épreuves ont été administrées sur le temps de classe à l'Institut médico-éducatif. Nous avons vu les enfants dans un ordre choisi par les encadreurs du centre selon l'organisation de leurs activités de la journée. Pour chaque épreuve, des exemples sont présentés en annexes.

II-4-2 Protocole proprement dit

Les enfants ont été vus pour la première fois dans la première semaine du mois de janvier 2014. Le protocole a été entièrement administré de manière individuelle. Ces expérimentations ont été faites sur les plans suivants : le langage oral, la mémoire et le langage écrit.

- **Evaluation du langage oral des enfants**

Articulation

L'articulation a été étudiée par une épreuve de répétition de syllabes faisant l'inventaire de toutes les consonnes (Art). Cette épreuve n'est pas étalonnée. La norme correspond à la maîtrise du tableau articulatoire complet. Si un ou plusieurs phonèmes ne peuvent être produits ou subissent des transformations, on note « - » pour cette épreuve, ce qui signifie que l'enfant présente un trouble d'articulation.

Parole et lecture de mots

La parole a été évaluée à l'aide de l'épreuve de répétition de mots (RepM) de l'ELO⁴. Il s'agit de faire répéter à l'enfant 32 mots de complexité croissante. On accorde 1 point par mot correctement répété.

Lecture de texte

On apprend à l'enfant un texte qu'il doit lire à haute voix. Le temps de lecture (Ltexte) est noté par le logiciel que nous n'avons pas pu avoir mais nous avons pu noter les erreurs de lecture sur notre protocole.

- **Evaluation du langage écrit des enfants**

Nous avons testé la transcription orthographique en proposant aux enfants de transcrire cinq lettres (phonèmes) et cinq mots. L'écriture des syllabes a pour objectif d'étudier la stratégie alphabétique de l'enfant. On accorde 1 point par segment correctement orthographié.

⁴ Kohmsi, 2001.

CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS

Il s'agira de dire ici ce que représente le langage aphasique de l'enfant, de faire une typologie des troubles aphasiques et de caractériser chaque enfant par rapport aux différents troubles observés.

III-1 LES TROUBLES DU LANGAGE : UN PROBLEME LINGUISTIQUE

Nous précisons ici les troubles de la phonologie et les troubles de sémantique. C'est ceux qui empêchent la compréhension des textes par l'enfant. Nous mettrons aussi l'accent sur les troubles et le langage des enfants du milieu d'étude.

III-1-1 Détérioration du système phonématique

Il n'existe que très peu de descriptions linguistiques utilisables sur l'aphasie. Nous devons aux psychiatres et aux neurologues de nombreuses idées stimulantes et fécondes sur certaines fonctions verbales isolées, spécialement sur le langage intérieur. Il est pourtant indéniable qu'une compréhension exacte des troubles en question nécessite leur description détaillée et qu'il est indispensable pour une symptomatologie de disposer d'une analyse linguistique stricte.

Par ailleurs, la pathologie du langage distingue radicalement, d'une part les troubles aphasiques proprement dits, d'autre part les troubles articulatoires dus aux lésions de l'appareil bulbaire efférent (suivant le degré de gravité, on parle de dysarthrie ou d'anarthrie), les lésions immédiates de l'appareil circulatoire (dyslalie, alalie mécanique) ou encore les défauts auditifs périphériques. Deux cas ont été observés. Lors des troubles aphasiques, il n'y a pas nécessairement lésion de l'appareil bulbaire dont dépend la formation des sons. C'est plutôt « quelque chose que l'on a appris, c'est une acquisition amnésique qui se perd ». C'est le cas des sujets rencontrés dans le centre Saint François d'Assise à Cotonou. Mais alors, qu'est ce qui est déterminant dans cette acquisition amnésique de ces enfants?

Il faut noter que ce n'est pas la capacité en elle-même de produire ou de percevoir des sons, qui était surtout importante lorsque nous apprenions à parler, mais la valeur distinctive et linguistique des sons en question. Il en est de même pour leur perte chez l'aphasique : ce n'est pas l'appauvrissement des sons articulables ou audibles qui importe, mais celles des

sons à fonction distinctive. Là, réside l'origine véritable des troubles de la production ou de la compréhension des sons. Parfois, l'aphasique est capable d'émettre à l'occasion les sons manquants, lesquels persistent souvent dans ses gestes vocaux, mais cela n'empêche pas qu'il y ait perte de la valeur distinctive, (phonématique) à l'intérieur des « signes arbitraires du langage ». Dans certains cas, cette perte engendre chez le patient des fusions et des intrications des sons entre eux, dans d'autres, leur perte est irréversible : le son disparaît sans être remplacé. Dans les deux cas, une distinction se perd. En français, par exemple, la perte du phonème /r/ entraîne celle de la distinction entre /r/ et /l/. Quelques cas ont été observés. Ces phonèmes peuvent être confondus (dans les mots « long » et « rond ») soit fonctionner comme variantes facultatives et commutatives : (« long » et « rond ») peuvent être prononcés par l'enfant malade indifféremment tantôt avec ("r", tantôt avec un "l").

Il faut aussi noter que ces enfants ont subi des difficultés au niveau du système phonématique, c'est-à-dire le système des valeurs sonores qui distinguent les significations.

III-1-2 Troubles du son et du sens

En réalité, cette question de nature phonématique des troubles phoniques est abordée dans les développements les plus récents des études de l'aphasie. La psychiatrie moderne, dont les principes s'inspirent des anciennes formules de Broca, s'efforce d'analyser tout ce qui concerne le langage sous l'angle de son caractère symbolique, de sa nature de signe.

Il est expressément souligné que l'aphasie ne peut échapper complètement à la phonologie, dans la mesure où les fonctions qui en dépendent participent à l'élaboration du sens. Chaque théorie particulière se devrait en effet d'élucider le passage du domaine des sons à celui du sens.

Notre langage est caractérisé par une « appréhension de réalités permanentes ou relativement telles, abstraite à partir d'elles et s'y référant » qui diffère radicalement des sensations acoustiques et articulatoires non référentielles du tout jeune enfant ; celui-ci n'acquiert cette appréhension qu'avec l'apprentissage de la langue. Dans l'aphasie pure, on assiste, pour employer l'expression des pathologistes, à la perte de cette « empreinte » de l'acquis amnésique des sons

Toute tentative de restreindre les sons du langage à une pure empirie est vouée à l'échec, et l'un des représentants les plus notoires de la pathologie moderne du langage, K. Goldstein,

déclare, en accord, avec la linguistique contemporaine, qu'il n'existe en réalité, sous cet angle, aucune différence entre les sons et les mots : « un son est tout comme un mot, soit un acte moteur, soit une structure linguistique » (1927, P 765).

Il est clair que le phonème participe de manière différente que le mot à la fonction sémiotique de la langue. Alors qu'une signification déterminante et constante correspond à chaque mot ou à chaque forme grammaticale, le phonème, lui, n'exerce qu'une fonction distinctive, sans posséder en tant que tel une signification positive propre : il distingue chaque mot de tous les autres dans lesquels apparaît un autre phonème. S'il faut donc maintenir séparés les troubles de la compréhension des mots et des phonèmes, il convient de ne pas oublier qu'il s'agit de deux formes facilement intriquées quoique indépendantes d'une seule et même aphasie, et que la valeur sémiotique de la langue se trouve considérablement diminuée dans un cas comme dans l'autre. La participation fondamentale du phonème à la signification, c'est-à-dire sa fonction distinctive, devient patente dans les troubles de la compréhension, aussi bien des sons que des mots. Un enfant malade capable de comprendre les mots mais ne sachant plus différencier les liquides par exemple, aura beau connaître la différence sémantique entre "riz" et "lit", ces mots n'en seront pas moins pour lui des homonymes et il ne saura, le cas échéant, reconnaître comme différentes les deux significations que si le contexte ou la situation extérieure lui fournit un complément d'information.

Par ailleurs, les enfants malades chez qui la compréhension des mots est atteinte mais qui ont gardé intacte leur faculté de distinguer les sons peuvent reconnaître comme entités sémantiques différentes deux mots phonétiquement dissemblables. Dans notre échantillon, un enfant dyslexique se trouve dans ce cas.

D'un autre côté, dès que l'aphasique n'est plus en mesure de distinguer linguistiquement des significations voisines, les mots sémantiquement proches perdent toute différence fonctionnelle. L'amnésie des mots s'installe alors ; un mot remplace tous ceux qui lui sont sémantiquement proches et assume leur sens.

Les troubles sémantiques et phonétiques ont donc tous deux pour conséquence un étalement de l'homonyme. Ces deux formes de troubles entraînent chacune une polysémie du signe linguistique. Plus la perturbation phonétique est importante, plus difficiles sera la distinction des mots et les significations. Ainsi, à la diminution du nombre ou de la fréquence des phonèmes correspond une augmentation du nombre d'homonymes et surtout de

paronymes. Dans le cas de l'homonymie, il y a disparition des traits distinctifs, alors que dans la paronymie leur nombre est seulement réduit. Quelle que soit l'étendue de l'aphasie, c'est toujours la fonction sémiotique des unités linguistiques correspondantes qui est atteinte : **le phonème perd sa valeur distinctive, le vocabulaire sa signification lexicale et les formes morphologiques et syntaxiques leurs significations grammaticales.**

Si les troubles sont relativement faibles, les deux unités peuvent se maintenir malgré la perte de leur distinction fonctionnelle, mais elles seront utilisées indifféremment l'une pour l'autre et on parlera alors de paraphasie phonétique, de paraphasie verbale et de paragrammatisme

Dans la littérature récente, les troubles aphasiques ont été classés, suivant qu'ils correspondaient aux entités sémantiques ou phonologiques, en troubles de la signification et troubles des sons. La différence fondamentale que l'on établit en linguistique entre la signification lexicale et celle grammaticale est également importante pour l'étude de l'aphasie : c'est elle qui a permis d'isoler la notion d'agrammatisme.

III-1-3 Les troubles du langage et le langage enfantin

Il y a un niveau des phénomènes aphasiques au sujet duquel les psychiatres et les linguistes qui s'y sont attaqués sont parvenus à un accord édifiant. Il s'agit de l'analyse de la désintégration de la configuration sonore. En effet, cette dissolution manifeste une succession temporelle d'une grande régularité. La régression aphasique s'est révélée le miroir de l'acquisition par l'enfant des sons du langage ; elle suit, mais à l'inverse, le développement linguistique de l'enfant. De plus, la comparaison du langage enfantin et de l'aphasie nous met à même d'établir plusieurs « lois d'implication ».

Ainsi, si l'on observe que dans le langage de l'enfant, l'acquisition d'un certain phénomène B implique celle d'un phénomène A, on découvre que la perte de A dans l'aphasie implique celle de B, tandis que le rétablissement d'un aphasique va dans le même sens que le développement de l'enfant : **la réacquisition de B implique la présence renouvelée de A.**

En d'autres termes, l'acquisition par l'enfant des consonnes postérieures présuppose celle des consonnes antérieures, c'est-à-dire des labiales et des dentales ; les occlusives orales ou nasales postérieures en particulier ne sont acquises que si les occlusives orales et nasales

antérieures le sont déjà. Parallèlement, l'acquisition des constrictives postérieures présuppose celle des constrictives antérieures et aussi celle des occlusives postérieures. L'existence de consonnes postérieures dans une langue implique donc nécessairement celle des consonnes antérieures ; k et c, notamment, sont solidaires de t et d, de même que x et s sont solidaires de f ou s et de k et c à la fois.

Cette solidarité n'est pas réversible : l'existence des consonnes antérieures n'implique en aucune manière celle des consonnes postérieures.

III-2 LA TYPOLOGIE LINGUISTIQUE DES TROUBLES DU LANGAGE

Afin d'aborder la variété des défaillances verbales observées chez les enfants du point de vue purement linguistique, nous allons nous intéresser dans une première partie aux troubles de l'encodage et du décodage ; ensuite dans une deuxième partie, nous évoquerons les troubles dynamiques et sémantiques.

III-2-1 Troubles de l'encodage et du décodage

Il y a deux opérations fondamentales, sous-jacentes au comportement verbal : la combinaison ou contiguïté et la sélection ou la similarité. Les troubles de l'encodage affectent les opérations de combinaison ou de concaténation ; les troubles du décodage affectent les opérations de sélection ou de choix.

Pour mieux spécifier, on peut parler de « prédominance du trouble d'encodage » ou « prédominance du trouble de décodage ». En effet, les détériorations de l'un des deux processus de codage affectent aussi en général le processus opposé. Ceci est particulièrement vrai du trouble du décodage, qui affecte le processus d'encodage beaucoup plus que les troubles du d'encodage n'affectent le processus du décodage.

L'aphasie motrice classique (dite de Broca) est la variété fondamentale des troubles de l'encodage. Elle se reconnaît par une réduction de l'expression à laquelle s'ajoute habituellement un trouble arthritique. La personne parle peu, lentement et cherche ses mots. Elle peut avoir des difficultés semblables lorsqu'elle essaie d'écrire. Dans ce cas d'aphasie, la compréhension est bien conservée. 16 cas ont été détectés dans notre centre d'étude.

Quant à l'aphasie sensorielle (dite de Wernicke), elle est la forme fondamentale des troubles du décodage. Elle se caractérise par des difficultés importantes à comprendre ce qui est dit et ce qui est écrit. Cet aphasique parle facilement et abondamment. Il se trompe de mot, en dit un pour un autre. Parfois même, il en invente et jargonne. A l'écrit, il rencontre le même genre de difficulté qu'à l'oral. Au début de la maladie, la plupart ne se rendent pas compte de leurs erreurs. 11 cas ont été détectés dans notre centre d'étude.

L'aphasie de Broca appelée « efférente » ou « cinétique » par Luria s'oppose de façon tangible à l'aphasie de Wernicke ; la première étant le trouble de la contiguïté le plus typique, et la seconde le trouble de la similarité le plus manifeste. La combinaison est perturbée dans l'aphasie efférente, ce qui se traduit au niveau phonématique par des difficultés dans l'usage des groupements de phonèmes et dans la construction des syllabes, et des obstacles dans la production des transitions de phonème à phonème et de syllabe à syllabe. Les traits prosodiques (l'accent, la hauteur...) sont affectés parce qu'ils font intervenir le contexte syllabique. Il y a des contraintes dans les séquences, qui se refléchissent dans l'obligation d'effectuer des assimilations phonétiques. A ce type de détérioration des ensembles phonémiques tels que des traits distinctifs particuliers, par exemple, les oppositions consonantiques graves / aiguës ([p] [b] / [i], [y], [t], [d]) ou voisées / non voisées ([p] / [b]) sont perdues.

. Dans l'aphasie sensorielle, le sujet grammatical, seule partie de la phrase à être indépendante du contexte, est susceptible d'être perdu, puisque le stimulus principal à la production du sujet se trouve plus dans la sélection que dans la combinaison. Le sujet est le terme noyau de la construction syntaxique. Il marque le plus souvent le début de la phrase, ce qui, dans certaines langues comme le français, l'anglais, le fon, etc., est même obligatoire.

Par ailleurs, la morphologie met en lumière un contraste entre les troubles efférents et sensoriels. En effet, on remarquera les mots de racine identique mais de suffixes différents sont liés par contiguïté sémantique (par exemple : éditer- éditeur- édition), tandis que les mots de racines différentes mais de suffixe identique (par exemple : éditeur – auditeur – solliciteur - , etc.) mettent en valeur la similarité sémantique. Aussi, les patients affectés d'un trouble de la similarité différencient les suffixes plutôt que les racines, alors que ceux affectés d'un trouble de la contiguïté différencient mieux les racines que les suffixes.

Bref, la dichotomie perturbation de l'encodage et du décodage trouve son expression dans les syndromes divergents des aphasies efférentes et sensorielles. Et, l'unité indissoluble de ces deux divisions demande une explication.

III-2-2 Troubles dynamiques et sémantiques

Le trouble dynamique n'affecte que les éléments de discours outrepassant les limites de la phrase, les longs énoncés et spécialement les monologues. Autrement dit, cette détérioration n'atteint que les combinaisons verbales qui excèdent les bornes du code verbal, puisque la combinaison des mots et des groupes de mots à l'intérieur de la phrase est, sous l'angle de la longueur, la dernière construction entièrement organisée sur la base de règles grammaticales contraignantes.

Une autre variante du même syndrome est écrite et définie comme « dissolution de la fonction régulatrice du discours ». Sous son aspect linguistique, ce syndrome peut s'interpréter comme incapacité à transporter un dialogue verbal en un système de signes non verbal, artificiel, ou à soutenir un dialogue combinant des énoncés verbaux transposés dans un tel autre.

De manière générale, la question de la transition de stimuli verbaux à des réponses en systèmes de signes non verbaux fait partie des plus intéressants problèmes de la linguistique et de la sémiotique.

Le discours de l'aphasique dynamique et celui de l'aphasique sémantique se caractérisent par deux traits opposés : le premier est marqué par un enchaînement excessif dans le code, l'autre par un enchâssement à filière unique dans le contexte. Le langage normal fait une distinction entre les classes de mots et les fonctions syntaxiques : une seule et même classe est susceptible de remplir dans la phrase différentes fonctions (un adjectif qualificatif peut avoir pour fonction épithète, attribut ou apposition ; un nom peut-être sujet, complément déterminatif, complément d'objet, apposé ou mis en apostrophe, etc.).

L'aphasie sémantique tend à mettre entre parenthèses ce double rapport et assigner à chaque classe de mots une seule fonction spécifique. Alors, toute classe de mots se définit par la place occupée par ses membres dans une séquence syntaxique, la variété de ces places étant sujette à des restrictions.

III-2-3 Le cerveau et le langage.

La notion du centre de langage se fonde sur deux découvertes essentielles. En 1861, BROCA met en relation le trouble de la faculté du langage articulé avec la lésion d'une zone déterminée de la corticalité cérébrale, le pied de la troisième circonvolution frontale. Il précise, en 1865, la dominance de l'hémisphère gauche pour cette fonction chez le droitier. WERNICKE, en 1874, établit que la lésion d'une aire postérieure sur le même hémisphère, la première circonvolution temporale, entraîne des troubles de la réception du langage (aphasie sensorielle ou aphasie de WERNICKE).

Se fondant sur la notion de ces deux centres, l'un antérieur moteur, l'autre postérieur sensoriel, WERNICKE propose un modèle associationniste pour rendre compte des différents aspects pathologiques des troubles du langage

Ce modèle, d'abord très simple, deviendra de plus en plus complexe. Pour tenter d'expliquer la fonction du langage, l'ensemble des perturbations du langage est identifié au fonctionnement du centre d'emménagement d'images et de voies de connexions qui relient entre eux ou à un hypothétique centre idéatoire. Enfin, il est tenu compte dans ces schémas, des voies reliant les centres d'images aux organes d'émission ou de réception.

Quels que soient les excès de cette période dite des « schémas » dans les interprétations des phénomènes pathologiques, le déchiffrement qu'a permis l'utilisation de ces modèles a abouti à l'isolement des diverses perturbations des comportements verbaux et à leur mise en relation avec des lésions déterminées (voir annexes).

La synthèse à laquelle aboutissait Déjerine marquait le terme de la période associationniste. Il décrivait la « zone du langage » comme étant constituée de trois régions :

- ✓ Une partie antérieure, région de Broca, constituée par la partie postérieure du pied de F₃, l'opercule frontal, la zone corticale immédiatement voisine (Cap de F₃ et pied de F₂), à l'exclusion de l'opercule rolandique ; elle s'étend peut-être jusqu'à la partie antérieure de l'insula ;
- ✓ Une partie inférieure ou temporale, région de Wernicke, qui correspond à la partie postérieure des premières et deuxième circonvolutions temporales (Centre des images auditives des mots) ;

- ✓ Une partie postérieure, qui correspond au pli courbe (Centre des images auditives des mots).

Cette corrélation entre le cerveau et langage explique mieux les troubles dont souffrent les enfants de notre échantillonnage puisque nous sommes dans une perspective neurolinguistique.

III-3 CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS

Dans cette partie nous présenterons les enfants suivant le type de troubles dont ils souffrent et donnerons les causes de ces troubles.

III-3-1 Répartition des enfants selon leurs caractéristiques psychophysiologiques

Tableau N°07 : Répartition des sujets malades suivant le type de troubles

Troubles du langage	Malades	Pourcentages (%)
Aphasie de Broca	16	50,00
Aphasie de Wernicke	11	34,38
Aphasie de globale	01	03,12
Aphasie de conducteur	01	03,12
dyslexie	02	06,25
dysphasie	01	03,12
Total	32	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Ce tableau nous révèle que 16 personnes soit 50% sont atteints de l'aphasie de Broca. Cela justifie la théorie des troubles qui stipule que les troubles de contiguïté (aphasie de Broca) sont plus constatés que les autres dans un échantillon donné. C'est donc de ce trouble que souffrent la majorité des enfants de notre échantillon car nous avons un pourcentage très faible pour les autres troubles. En ce qui concerne la dyslexie et la dysphasie, nous notons respectivement 02 enfants (06,25 %) et 01 enfant (03,12 %).

Tableau N°08 : Répartition des types de troubles chez les garçons malades

Troubles du langage	Garçons	Pourcentages (%)
Aphasie Broca	09	47,38
Aphasie de Wernicke	06	31,57
Aphasie Globale	01	05,26
Aphasie de conducteur	01	05,26
Dyslexie	01	05,26
Dysphasie	01	05,26
Total	19	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Il ressort de ce tableau que la majorité des garçons (09) de notre échantillon souffrent de l'aphasie de Broca soit 47,38 %. Ensuite avons-nous l'aphasie de Wernicke (31,57 %). En ce qui concerne la dyslexie et la dysphasie nous avons 01 sujet (05,26 %) dans chaque cas.

Tableau N°09 : Répartition des types de troubles chez les filles malades

Troubles du langage	Filles	Pourcentages (%)
Aphasie de Broca	07	53,85
Aphasie de Wernicke	05	38,46
Aphasie Globale	00	00,00
Aphasie de conducteur	00	00,00
dyslexie	01	07,69
dysphasie	00	00,00
Total	13	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Il ressort de ce tableau que la majorité des filles (07) de notre échantillon souffrent aussi de l'aphasie de Broca soit 53,85 %. Ensuite avons-nous l'aphasie de Wernicke (38,46 %). Nous avons enregistré un seul cas de dyslexie soit 07,69 %. Les autres troubles n'ont pas été enregistrés.

Tableau N°10 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 6 à 10 ans

Troubles du langage	Malades de 6 à 10ans	Pourcentages (%)
Aphasie de Broca	06	54,55
Aphasie de Wernicke	05	45,45
Aphasie globale	00	00,00
Aphasie de conducteur	00	00,00
dyslexie	00	00,00
dysphasie	00	00,00
Total	11	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Les données de ce tableau nous montrent que 06 enfants âgés de 06 à 10 ans souffrent de l'aphasie de Broca, soit 54,55%. Aucun enfant ne souffre des aphasies globales, de conduction, ni de la dyslexie et de la dysphasie. 05 enfants souffrent de l'aphasie de Wernicke.

Tableau N°11 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 11 à 14 ans

Troubles du langage	Malades de 11 à 14 ans	Pourcentages (%)
Aphasie de Broca	08	47,07
Aphasie de Wernicke	05	29,41
Aphasie Globale	01	05,88
Aphasie de conducteur	01	05,88
Dyslexie	01	05,88
dysphasie	01	05,88
Total	17	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Les données de ce tableau nous montrent que 08 enfants âgés de 11 à 14 ans souffrent de l'aphasie de Broca soit 47,07%. Un seul enfant souffre des aphasies globales, de

conduction, de la dyslexie et de la dysphasie. 05 enfants souffrent de l'aphasie de Wernicke. Il est à noter que l'aphasie de Broca domine dans cette tranche d'âge.

Tableau N°12 : Répartition des types de troubles suivant la tranche d'âge de 15 à 16 ans

Troubles du langage	Malades de 15 à 16 ans	Pourcentages (%)
Aphasie de Broca	02	50,00
Aphasie de Wernicke	01	25,00
Aphasie globale	00	00,00
Aphasie de conducteur	00	00,00
Dyslexie	01	25,00
dysphasie	00	00,00
Total	04	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Vu le nombre très restreint de cette tranche (04 enfants), nous constatons toujours que l'aphasie de Broca domine les autres et nous notons 02 enfants 50% souffrant de ce trouble (théorie des troubles aphasiques). Aucun enfant de 15 à 16 ans ne souffre des aphasies globales, de conduction, ni de la dysphasie. Un seul enfant souffre de la dyslexie soit 25%. Ce qui explique les sujets ayant un âge évolué abandonnent très tôt et souvent les bancs et leur réinsertion est difficile.

III-3-2 Les causes des différents troubles observés chez les enfants

Elles se répartissent en causes médicales et accidentelles, psychologiques et congénitales chez l'enfant.

- **Les causes médicales et accidentelles**

Les troubles aphasiques peuvent subvenir suite aux accidents vasculaires cérébraux (A.V.C) qui sont soit d'origine ischémique, soit d'origine hémorragique. Les accidents ont entraîné chez certains enfants en effet un dysfonctionnement des nerfs de certaines aires corticales de l'hémisphère gauche, lieu du traitement de toutes les informations linguistiques. Ainsi, lorsque cet hémisphère est atteint suivi de l'hémiplégie du côté droit du corps, on

assiste toujours à des troubles du langage (informations recueillies chez les familles lettrées de certains enfants).

Ces derniers peuvent également apparaître consécutivement aux traumatismes crâniens ou après les interventions neurochirurgicales. Les séquelles de méningite ou méningo-encéphalite peuvent également provoquer l'aphasie.

- **Les causes psychologiques**

Les soucis, le stress, la nervosité, ont provoqué chez certaines enfants la survenue des troubles langagiers dus à un dérèglement mental. Les chocs psychoaffectifs ont également engendré une dépression mentale qui a conduit certaines fois aux désordres du langage.

En effet, lorsqu'une personne tombe dans l'un de ces états dépressifs, le cerveau reçoit le coup, notamment l'hémisphère gauche, entraînant une ischémie ou une hémorragie cérébrale. Alors surgit un dysfonctionnement du système de gestion du langage.

- **Les causes congénitales**

Quelques fois, certains troubles du langage sont d'origine congénitale. En effet, ils surviennent durant la grossesse. L'enfant naît, grandit et garde les séquelles à vie. Dans ce cas, aucun traitement n'est possible. Les enfants sont marqués durant toute leur vie. Quelques uns ont été constatés aussi.

Il faut signaler qu'il existe d'autres causes : la malnutrition, les désunions, l'abandon des enfants. Ces différentes causes ne sont pas constatées dans notre centre.

Répartition de l'échantillon des sujets suivant les causes des troubles du langage

Tableau N°13 : Répartition des causes des troubles du langage des malades

Causes	Malades	Pourcentages (%)
Médicales	17	53,13
Psychologiques	10	31,25
Congénitales	05	15,62
Total	32	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

La lecture des données de ce tableau nous permet d'affirmer que 17 personnes dans l'échantillon choisi souffrent des troubles du langage pour des raisons médicales soient 53,13%. Elles représentent le pourcentage le plus élevé des causes car les causes psychologiques (31,25%) et congénitales (15,62%) sont moindres. Il est à signaler que dans cet échantillon nous avons constaté les causes essentielles des troubles dont souffrent ces enfants. Cela justifie la position prise par Tardieu-Chevrie dans leur « théorie neuropsycholinguistique » (1965). Dans leur description des causes, ils en ont trouvé quatre : congénitales, accidentelles, psychologiques et l'alcoolisme. Dans le cas d'espèce nous n'avons pas trouvé d'enfant alcoolique ou à qui la mère a transmis une dose d'alcool qui l'a mis finalement dans une déficience intellectuelle. Notons que ces étiologies selon Tardieu sont justificatives des troubles du langage.

Tableau N°14 : Répartition des causes des troubles du langage des garçons malades

Causes	Garçons	Pourcentages (%)
Médicales	11	57,89
Psychologiques	06	31,58
Congénitales	02	10,53
Total	19	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

La lecture de ce tableau nous permet d'affirmer que dans l'échantillon des garçons, 11 au total souffrent des troubles du langage pour des raisons médicales soit 57,89 %. Les causes congénitales ne sont donc pas importantes car l'effectif est moindre soit 10,53%.

Tableau N°15 : Répartition des causes des troubles du langage des filles malades

Causes	Filles	Pourcentages (%)
Médicales	06	46,15
Psychologiques	04	30,77
Congénitales	03	23,08
Total	13	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

L'observation de ce tableau nous montre que dans l'échantillon des filles, 06 au total souffrent des troubles du langage pour des raisons médicales soit 46,15 %. Les causes psychologiques et congénitales s'accompagnent respectivement avec des pourcentages de 30,77 % et 23,08.

Tableau N°16 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 6 à 10 ans

Causes	Malades de 6 à 10 ans	Pourcentages (%)
Médicales	04	36,36
Psychologiques	04	36,36
Congénitales	03	27,27
Total	11	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Des résultats de ce tableau, il ressort que 04 malades âgés de 06 à 10 ans soit 36,36 % ont souffert des troubles du langage suite à une opération chirurgicale à haut risque ou après un grave accident avec leurs parents. 04 autres ont reçu un choc psychologique lié à un état psychoaffectif soit 36,36 %.

Tableau N°17 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 11 à 14 ans

Causes	Malades de 11 à 14ans	Pourcentages (%)
Médicales	12	70,58
Psychologiques	04	23,54
Congénitales	01	05,88
Total	17	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

De l'observation de ce tableau, il ressort que 12 malades âgés de 11 à 14 ans soit 70,58 % ont souffert des troubles du langage suite à une opération chirurgicale à haut risque ou

après un grave accident avec leurs parents. Dans cette tranche d'âge, les causes médicales sont les plus élevées. Ce qui justifie qu'il y a un problème de comportement. Les malades souffrant des troubles du langage dont les causes sont congénitales sont très moindres soit 05,88 %.

Tableau N°18 : Répartition des causes des troubles suivant la tranche d'âge de 15 à 16 ans

Causes	Malades de 15 à 16ans	Pourcentages (%)
Médicales	01	25,00
Psychologiques	02	50,00
Congénitales	01	25,00
Total	04	100%

Source : examen neurologique

Interprétation

Vu leur nombre restreint, il est noter que dans cette tranche d'âge, une personne souffre des troubles du langage dont les causes sont médicales (25,00 %) et congénitales (25,00 %).

III-4 CONSEQUENCES ET ANALYSE DES TROUBLES OBSERVES

Nous dégagerons d'une part dans cette partie les conséquences des troubles sur les enfants et d'autre part nous ferons une analyse de ces troubles.

III-4-1 Conséquences des troubles sur les sujets expérimentés

Les conséquences qui surviennent des troubles liés au langage sont de divers ordres. En effet, lorsque l'hémisphère gauche et plus précisément le centre du langage est totalement lésé, le patient gardera les séquelles de cette grave lésion quels que soient le traitement et la rééducation qu'on aura effectués. Il sera alors un handicapé moteur car il éprouvera des difficultés à s'intégrer dans la société. Il n'est un secret pour personne que la communication est un facteur déterminant dans la socialisation de l'individu. Il se sentira marginalisé. Ce qui peut étouffer en lui des habiletés et compétences utiles à la communauté. Bref, la conséquence de ces troubles est l'altération profonde des rapports entre l'individu malade et la communauté dans laquelle il doit normalement s'épanouir.

Par ailleurs, dans les travaux relatifs à la guérison de l'aphasie, il ressort quelques observations générales. Les facultés de compréhension s'améliorent plus vite que celles d'expression. L'aphasie de Broca guérit mieux et plus vite que celle de Wernicke et les aphasies globales peut-être en partie du fait que les sujets atteints d'aphasie de Wernicke se révèlent le plus souvent plus âgés que les enfants présentant une aphasie de Broca. L'amélioration la plus forte survient généralement dans les 2-3 premiers mois qui suivent l'accident vasculaire cérébral ; les enfants frappés d'aphasie se remettent le plus difficilement et récupèrent surtout, comme il vient d'être dit, de leurs facultés de compréhension. Mais, contrairement aux autres groupes, leurs grands progrès ne se manifestent que 6 à 12 mois après la survenue de la lésion.

Il a été reconnu que l'aphasie de Broca a un meilleur pronostic que celle de Wernicke, le plus mauvais étant réservé aux aphasies globales. L'amélioration des facultés de compréhension a été, dans tous les groupes d'enfant malade supérieure à celle des facultés d'expression. En outre, les lésions de l'hémisphère droit aboutissent à une réduction des possibilités de manipuler des objets dans l'espace extracorporel, corporel et même controlatéral. Les malades éprouvent une incapacité notable à comparer ou dessiner des objets, reconnaître ce qu'ils voyaient ou compléter certaines images. C'est pourquoi les traumatismes céphaliques fermés se rencontrent plus souvent chez de jeunes sujets du sexe masculin, inadaptés sociaux ayant par exemple des antécédents de petite délinquance, tel le cas de nos enfants du centre Saint François d'Assise.

III-4-2 Analyse des troubles observés chez les sujets et commentaire

Au vu de nos résultats, nous constatons que les garçons malades sont plus nombreux que les filles. D'un point de vue linguistique, nous nous sommes rendu compte que la moitié de notre échantillon est locuteur fon. Mais il faut noter que la plupart d'eux pratiquent plus d'une langue nationale. La moitié avait un âge compris entre 11 et 14 ans. Il faut noter que nous n'avons pas rencontré d'enfants illettrés.

Par ailleurs, l'étiologie des troubles liés au langage nous autorise à dire que les causes médicales ou accidentelles sont les plus prépondérantes, tant chez les garçons que chez les filles. Suivent ensuite les causes psychologiques et congénitales. De même, cette prépondérance s'observe le plus chez les enfants ayant entre 11 et 14 ans.

En ce qui concerne la psychophysiologie des malades, il faut dire que la moitié des enfants enquêtés souffrent de l'aphasie de Broca. De même, elle prédomine aussi bien chez des sujets garçons que chez des sujets filles et même ayant un âge compris entre 11 et 14 ans. Elle est suivie de l'aphasie de Wernicke qui se manifeste chez 11 sujets sur 32. L'aphasie globale qui réunit les deux premières est rare. Une seule personne a été déclarée touchée par ce type de trouble de langage. Un petit commentaire se dégage de cette analyse.

Les deux types d'aphasie les plus récurrents au cours de notre enquête sont l'aphasie de Broca et celle de Wernicke. Ils méritent une attention particulière dans la mesure où ils constituent les deux formes majeures des troubles du langage liés respectivement au processus d'encodage et de décodage.

L'aphasique de Broca souffre des troubles de l'encodage qui n'est rien d'autre que l'affection des processus de combinaison. Cette étape est fondamentale pour la communication. L'enfant éprouve des difficultés dans la construction des syllabes et dans la production de transition syllabe à syllabe. Aussi, le patient adjoint-il des mots ou des syllabes de façon désordonnée.

Ainsi, tout ceci met un interlocuteur non averti dans une situation d'incompréhension totale. La sélection des éléments s'effectue normalement mais la combinaison de ces éléments devant entrer dans un contexte pose problème. Alors l'aphasique des troubles de l'encodage n'arrive plus à communiquer de façon lucide et intelligible sa pensée. Ainsi des quatre habiletés langagières que sont : la compréhension orale, la production orale, la compréhension écrite et la production écrite, c'est surtout la deuxième habileté qui est la plus atteinte. Il est à noter que la dyslexie constitue un trouble spécifique de la lecture et a pour corolaire les déficits phonologiques et surtout de la conscience phonologique et de la mémoire verbale à court terme. Mais, comment se manifeste les troubles de sélection chez les enfants aphasiques ?

Dans l'aphasie de Wernicke par exemple, c'est la réception du langage qui est la plus touchée. Les troubles de la compréhension sont importants. En effet, nous avons constaté que les enfants ont un discours abondant mais incompréhensible à cause des déformations qu'ils font subir aux mots et des substitutions qui surviennent sauf ceux qui ont un retard de parole. La compréhension de l'écrit est toujours perturbée. Parfois, c'est seulement la réception des sons du langage qui pose problème. Les enfants dans ce cas n'arrivent pas à décoder les

messages. Pour décrypter les messages, ils doivent détecter les constituants autonomes de la phrase. Or le processus conduisant à leur reconnaissance est handicapé. Ce qui brouille le contexte. Conséquence, les enfants reçoivent des informations mais demeurent incapables de les analyser et de les comprendre. Par ailleurs, lorsqu'on les soumet au test de Henri HEAD (le test main-œil-oreille) où on leur demande de toucher l'oreille droite par exemple avec la main gauche et vice versa, il résulte que le trouble essentiel de l'aphasie est un trouble, non de l'intelligence générale, mais de la formulation symbolique, de la faculté de se servir de symboles (mots, nombres, signes conventionnels) pour penser ; de là survient, la difficulté pour les malades de s'orienter dans l'espace. En un mot, l'aphasique ne sait plus se conduire dans l'espace dès qu'il est obligé de se représenter un geste de façon conventionnelle et de le traduire en langage intérieur. Ainsi, du trouble le plus moteur au trouble le plus noétique, une gamme d'états de dissolution des fonctions linguistiques se laisse appréhender. Cette désintégration semble bien suivre la « loi de dissolution » selon laquelle « l'oubli va des mots aux gestes ».

En ce qui concerne la dyslexie, il faut dire qu'avec le nombre moins important des sujets dyslexiques, nous n'avons pas pu bien dégager un commentaire au niveau de chaque type de dyslexie. Nous notons néanmoins que ces derniers ont tous des difficultés phonologiques.

Quant aux étiologies des troubles, nous notons comme Tardieu-Chevrie (1965), qu'elles sont de plusieurs ordres : psychologiques, congénitales, médicales, et d'autres liées à l'alcoolisme. Ici l'alcoolisme n'est pas trouvé comme l'une des causes fondamentales des troubles du langage car nous soulignons comme Goffman (Asiles, 1962) que : « l'alcoolique est un être faible cérébralement, capable des pires inspirations ». Il est alors très rare de trouver de tels cas dans les enfants. Mais beaucoup souffrent des troubles d'expression et de compréhension.

A présent, voyons les différentes erreurs faites par les enfants de notre échantillon en lecture de texte et en lecture de mots à haute voix.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES ERREURS DES SUJETS EN LECTURE.

Dans cette partie, nous parlerons un peu de l'enseignement de la lecture et des prérequis des enfants, des difficultés d'acquisition de la lecture et afin nous présenterons les erreurs des enfants situation d'enseignement-apprentissage de la lecture.

IV-1 L'ENSEIGNEMENT DE LA LECTURE ET LES PRE-REQUIS COGNITIFS

Nous dirons dans cette sous-partie ce que signifie la lecture et présenterons les prérequis cognitifs des enfants.

IV-1-1 La lecture, une activité complexe

Pour enseigner la lecture aux jeunes enfants, plusieurs méthodes existent. Ces méthodes se basent sur des conceptions différentes de l'acte de lire. Les pages qui suivent tentent donc d'exposer les diverses réponses qui ont pu être apportées à la question « qu'est-ce que lire ? » ou plutôt « que fait-on quand on lit ? ».

Les psycholinguistes distinguent actuellement deux composantes principales de la lecture : l'identification des mots écrits et la compréhension. La première consiste à attribuer une forme sonore à chacun des mots isolément et la deuxième à donner un sens aux mots identifiés. La lecture peut ainsi être décrite par la formule : $L = R \times C$ (Gough et Tunmer 1986. in Content, 1996).

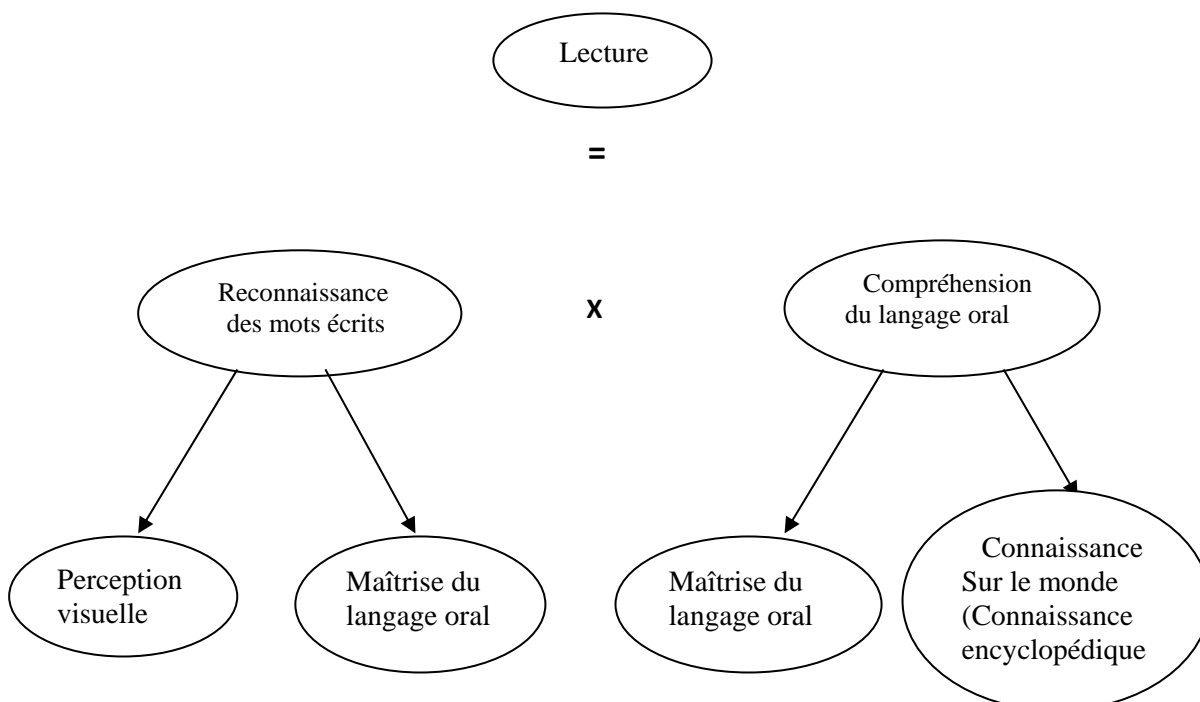


Schéma 3 : Les principales étapes de l'évolution du langage

Source : L'évolution du langage chez l'enfant, Marc DELAHAIE, p.28

Dans cette formule, **L** désigne la performance en lecture, c'est-à-dire la capacité à extraire de l'information d'un texte. **R** désigne la reconnaissance des mots isolés. **C** désigne pour sa part la compréhension orale. Ainsi, ce facteur dépend du degré de maîtrise du langage oral dans ses différentes composantes. Il dépend également des connaissances « sur le monde ». Le facteur recouvre deux processus : la perception visuelle des formes graphiques et les mécanismes d'identification des mots.

IV-1-2 Les prérequis cognitifs à l'apprentissage de la lecture

L'apprentissage de la lecture s'appuie sur diverses compétences cognitives que l'enfant a préalablement acquises. C'est ce qu'on appelle les prérequis. Ces compétences vont continuer de se développer en lien avec l'acquisition du langage écrit, c'est pourquoi on leur donne aussi parfois le nom de « corequis » à l'apprentissage de la lecture. Les auteurs ont ainsi montré que leur maîtrise avant l'apprentissage laissait présager de la réussite ultérieure en lecture et/ou que l'entraînement de ces compétences améliorait les performances en lecture. Nous présentons ici les principales compétences qui ont été étudiées. Dans notre échantillon, aucun de ces enfants ne disposait d'un prérequis en lecture. Ils avaient des dysfonctionnements physiologiques et psychopathologiques. D'autres babillaient à peine mais ils disposaient tous d'un appareil phonatoire qui soit en déficit.

- **Les capacités visuelles**

Les compétences visuo-spatiales ont longtemps été considérées comme un pré-requis au langage écrit, mais cette idée est actuellement largement contestée. Vellutino (1979) a en effet poursuivi une étude sur des enfants présentant des difficultés dans ce domaine et a montré qu'ils n'avaient pas de difficultés particulières en lecture. Bouteux (2002) trouve que l'attention visuelle ne joue aucun rôle dans la performance aux épreuves de lecture fin CP. Selon d'autres chercheurs, la discrimination visuelle ne joue pas non plus un rôle central dans l'apprentissage de la lecture. Pourtant, ces compétences peuvent être atteintes dans certains types de dyslexie.

- **Les capacités amnésiques**

L'empan amnésique est un faible prédicteur de la réussite en lecture. Pourtant, de nombreux auteurs ont montré l'existence d'une corrélation entre mémoire verbale à court terme et apprentissage de la lecture. Les difficultés de mémoire à court terme jouent en outre un rôle important chez les mauvais lecteurs. En effet, les jeunes enfants faibles en lecture ont des difficultés de mémoire verbale à court terme.

- **Les capacités langagières**

Certains chercheurs ont constaté que les mauvais lecteurs sont moins habiles en langage oral que les autres. Il convient de détailler cependant le rôle que peut jouer chacune des composantes du langage oral dans l'acquisition de la lecture (confère la clarification des concepts).

IV-2 LA PROBLEMATIQUE D'UN DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

Il faut noter que le développement du langage se fait sur plusieurs plans : celui de l'appareil phonatoire, de la cognition et le rôle de l'environnement.

IV-2-1 Le développement moteur du langage

L'activité verbale au sens strict, c'est-à-dire l'émission de la parole, l'articulation non seulement de phonèmes isolés mais de combinaisons sérielles, dépend du développement de l'appareil phonateur et des systèmes coordonnés. Lenneberg (1967) donne des indications, sur ce que représente l'émission de la parole chez l'adulte : 14 phonèmes par seconde impliquant la mise en jeu de plus de 100 muscles. De telles performances ne peuvent être atteintes qu'au terme d'un développement des coordinations neuro- et sensorimotrices. Ce développement fait partie de l'histoire que présentent toutes les activités de l'enfant (préhension, marche...) On peut donc s'attendre à un parallélisme entre le progrès des activités proprement motrices et celui de la parole. C'est ce que montrent les comparaisons globales qui portent sur les niveaux atteints aux divers âges.

Lenneberg (1967) souligne que le développement du langage n'est pas la simple conséquence du développement du contrôle moteur : il fait intervenir en effet d'autres capacités si l'on considère d'autres niveaux que la simple articulation (enrichissement du

vocabulaire, construction de phrases...). Sur le seul plan de l'articulation il considère aussi: que l'habileté atteinte par l'enfant est indépendante de celle qui se manifeste par exemple sur le plan de la dextérité manuelle. L'enfant atteint les coordinations nécessaires pour la parole à un moment où il est encore loin de la maîtrise pour cette dernière.

IV-2-2 Le développement cognitif du langage

La liaison entre le niveau intellectuel et le développement du langage est tout aussi obligatoire. C'est une liaison générale qui intervient aussi dans les cas d'enfants normaux et doués. Cette liaison est en partie l'effet d'un artefact, puisque les épreuves qui déterminent le niveau intellectuel prennent en considération les réussites verbales. Il faut noter que beaucoup de ces enfants ont des problèmes liés à la cognition donc de la pensée car faut-il constater à leur niveau une domination de l'oubli.

L'activité verbale, qu'il s'agisse de production ou de compréhension, suppose un certain développement des capacités d'ordre cognitif. On y a fait allusion à diverses reprises ci-dessus. Comprendre est d'ailleurs un acte intellectuel, comme la production d'un discours adapté aux circonstances et aux interlocuteurs. L'analyse des conditions dont dépend le langage est matière à hypothèses et reste d'ordre plutôt logique, faute de pouvoir s'appuyer sur quelque expérimentation. Les débats sur « langage et pensée », « cognition et langage » apportent des réflexions qui ne sont pas sans intérêt. Mais elles tendent à situer le problème à un niveau de généralité qui aide peu à comprendre le détail des progrès de l'enfant.

Quel que soit le rôle que le langage joue dans le développement des capacités cognitives et leur affinement, l'accès au langage et la maîtrise de telle ou telle forme particulière dépendent de l'accès aux connaissances correspondantes. Comme l'a écrit Slobin (1973, p. 180) cité par SOTON (2004): « Le langage est utilisé pour exprimer la connaissance que l'enfant a de son environnement — physique et social— et ainsi un enfant ne peut commencer à utiliser une forme linguistique en lui donnant un sens avant d'être capable de comprendre ce qu'elle signifie». Ceci implique que le progrès du langage est fonction du progrès que l'enfant réalise sur le plan cognitif. Slobin donne des exemples : précocité dans l'usage de la forme du vocatif lorsque celle-ci existe dans la langue ; la forme de l'accusatif de même est

précocement maîtrisée en corrélation avec la précocité de l'atteinte de la relation action-objet de l'action.

IV-2-3 Le développement affectif du langage

L'acquisition du langage est tributaire des relations que l'enfant établit et développe avec son entourage, de sa motivation à l'utiliser, des gratifications qu'il retire de son usage. Ce rôle n'apparaît guère dans les cas normaux où les conditions favorables sont réunies. Les études contemporaines sur l'acquisition du langage, très fortement intellectualisées et se détournant des conditions de l'apprentissage au profit du contenu et surtout de la forme de ce qui est appris, tendent à l'omettre plus ou moins complètement.

L'existence de retards ou d'arrêts dans l'acquisition du langage due à des causes affectives, bien connue des praticiens, en montre cependant l'importance. Un développement affectif équilibré apparaît comme une condition du développement de l'enfant; ceci vaut d'une manière générale sans que le langage soit spécialement concerné. Celui-ci cependant implique l'existence d'échanges avec d'autres personnes et une certaine identification avec l'adulte. Ce qui rend ces échanges et cette identification difficiles est susceptible de retentir sur les progrès du langage.

IV-3 LA DYSLEXIE : UN TROUBLE SPECIFIQUE DE LA LECTURE

La dyslexie se caractérise par une difficulté durable d'accès au langage écrit. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour recevoir le diagnostic de dyslexie, un enfant doit avoir un retard en lecture d'au moins 18 mois par rapport à son âge et le trouble doit interférer de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités quotidiennes nécessitant l'usage de la lecture (in Cheminal, 2002). Cependant cela ne suffit pas à poser le diagnostic, encore faut-il qu'aucun autre trouble ne puisse expliquer ce retard. L'enfant doit avoir de bonnes capacités intellectuelles, sensorielles, neurologiques et affectives, ainsi qu'un environnement sociologique, psychologique et éducatif apparemment normal (Plaza, 2002).

Certaines définitions mentionnent l'origine du trouble. La fédération mondiale de neurologie (FMN) (1968, in Lederle, 2004) précise qu'elle « *dépend d'une perturbation d'aptitudes cognitives fondamentales souvent d'origine constitutionnelle* ». Mais Valdois

(2002) reprend la définition et décrit la dyslexie comme un « *trouble de l'identification des mots écrits provenant d'une incapacité à acquérir certaines aptitudes cognitives propres à l'activité de lecture* ». Ce trouble cognitif serait lui-même secondaire à l'existence d'anomalies cérébrales ayant probablement une origine génétique. Dans cette optique, nous pouvons définir la dyslexie comme un trouble sévère, spécifique et durable de l'acquisition de la lecture induit par des déficits cognitifs eux-mêmes probablement d'origine cérébrale. Pour certains chercheurs, les dyslexiques représentent environ 5 pour cent d'une population, soit un enfant par classe en moyenne. La dyslexie n'est pas un syndrome homogène. Certains chercheurs comme Boder après avoir étudié une centaine d'enfants en retard d'acquisition de la lecture en a identifié trois types⁵ (voir clarification conceptuelle). Deux cas ont été constatés.

IV-3-1 Les difficultés d'apprentissage de la lecture chez le dyslexique

Les difficultés d'apprentissage de la lecture sont de plusieurs ordres. On peut noter les déficits cognitifs, les anomalies morphologiques du cerveau, et la dyssynopsie.

IV-3-1-1 Les anomalies morphologiques du cerveau

Plusieurs études sur le cerveau des dyslexiques ont mis en évidence plusieurs anomalies. Les premières recherches se sont attachées à démontrer un défaut d'asymétrie des deux hémisphères. On a également trouvé la présence d'ectopies (disposition atypique des neurones corticaux sous forme d'amas) dans le cerveau des dyslexiques (Habib, 2002) qui résulteraient d'un trouble des étapes de la maturation cérébrale. Mais, d'autres chercheurs décrivent un corps calleux plus grand chez les dyslexiques et donc un plus grand nombre de neurones. Cependant, ces anomalies ne sont pas retrouvées chez tous les dyslexiques et existent chez certaines personnes qui ne le sont pas. De plus, elles n'expliquent pas directement les troubles cliniques, mais sont plutôt le témoin d'un trouble de la maturation du cerveau en lien avec une atteinte de certaines fonctions cognitives qui entraîneraient une dyslexie.

⁵ Boder, 1973, in Gillet et coll., 2000

IV-3-1-2 Les déficits cognitifs

Différents déficits cognitifs observés chez les dyslexiques sont supposés à l'origine des difficultés de lecture de ces enfants. Ainsi, il existe plusieurs difficultés de lecture.

- **Les difficultés de traitement phonologique**

Pour certains auteurs, les dyslexiques souffriraient d'un trouble de traitement phonologique de la parole qui se manifesterait dans la lecture par des difficultés de conversion graphèmes-phonèmes⁶. Ils ont en effet des performances significatives inférieures à la plupart des épreuves impliquant des compétences phonologiques plus ou moins fines comme la répétition de mots ou les tâches de conscience phonologique. Ils présentent aussi des difficultés sur des tâches perceptives, comme le montrent les études sur l'identification et la différenciation des consonnes voisines sur le plan articulatoire.

Pour Valdois (2000), ces déficits ne seraient pas explicatifs de la dyslexie de surface car absents dans ce type de dyslexie. Selon Sprenger et Colé (2003), c'est au contraire la seule explication qui permette de rendre compte d'un maximum de cas et ce quel que soit le type de dyslexie.

- **Les difficultés de traitement visuel**

Elles ont été largement contestées malgré des études de plus en plus nombreuses. En fait, les traitements de haut niveau seraient rarement atteints dans la dyslexie, alors que la présence de déficits de bas niveau a été mise en évidence dans de nombreuses études. Par exemple, Pavlidis (1990, in Gillet et coll., 2000) a montré des anomalies du comportement oculomoteur dans des tâches non linguistiques comme une poursuite de cibles. Pour Frith (1997), seul le déficit phonologique peut avoir un impact sur la dyslexie. Le déficit visuel serait alors seulement concomitant ou serait une simple conséquence du trouble de lecture.

- **Le déficit visuo-attentionnel**

C'est un déficit qui est présent dans le cadre de la dyslexie visuelle et de la dyslexie de surface (Valdois, 2000) sans conséquence phonologiques associés. Le déficit visuo-attentionnel empêcherait le dyslexique de focaliser son attention sur les lettres centrales.

⁶ Vellutino 1979, in Gillet et coll., 2000

Même si les connaissances sur la dyslexie restent incomplètes, la littérature sur le sujet est abondante. Ce trouble ne permet pourtant pas de rendre compte de la majorité des difficultés de lecture. Les autres causes de retard ou de déviance dans l'acquisition du langage écrit sont beaucoup moins décrites.

IV-3-2 Environnement socio-éducatif

Le milieu dans lequel est élevé l'enfant peut également avoir une influence sur l'acquisition de la lecture. D'après Morton et Frith (1995, in Valdois, 2000), en l'absence de dysfonctionnement cérébral cognitif, les différents degrés de compétences observées chez les normo-lecteurs peuvent s'expliquer par des différences environnementales. Les études sociologiques montrent que la réussite du CP par exemple, et donc de l'apprentissage de la lecture, est liée à l'origine sociale. En effet, les redoublants du CP appartiennent majoritairement à des catégories socioprofessionnelles populaires. Cependant à ce niveau scolaire, le milieu culturel compte plus que les conditions matérielles. Trois quarts des enfants de milieu défavorisé dont les parents ont une conception de l'éducation en harmonie avec celle de l'école réussissent au CP. Ainsi, le bon déroulement de la scolarité primaire s'avère plus sensible au niveau d'instruction des parents de l'enfant qu'à leur profession. Il semble donc exister un lien réel entre l'environnement familial de l'enfant et l'apprentissage de la lecture. Cependant cette corrélation est à nuancer puisque la variable « *profession du père* » n'explique que 20 pourcent des acquis au CP (Mingat, 1984).

D'autres facteurs sociologiques ont une influence sur la réussite au CP. Les redoublants appartiennent souvent à une fratrie de plus de trois enfants. Les filles ont de meilleures performances en lecture que les garçons. Les enfants nés en début d'année réussissent mieux que ceux nés en fin d'année (Duthoit 1989, in Duru-Bellat 1999). En revanche, si on isole les autres variables socio-économiques, la nationalité n'a aucun effet. Ainsi, Gombert (2000) utilise le terme de « dyssynopsie » pour désigner les troubles d'origine socioculturelle. Pour lui, il s'agit d'un trouble de compréhension provenant d'un déficit de l'environnement langagier. Ce déficit est à l'origine des difficultés de lecture : il diminue l'intérêt de l'enfant pour celle-ci, tant et si bien que l'enfant lit moins souvent et n'exerce pas sa lecture. Il ne peut ainsi automatiser les procédures. Ce sont des aspects sur lesquels nous n'avons pas développé notre thématique.

IV-4 PRESENTATION DES ERREURS OBSERVEES EN LECTURE ET ANALYSE

Nous précisons que nous avons mis l'accent plus sur la lecture. Sur les 32, nous avons pu présenter les erreurs produites par 10 élèves de l'échantillon dont les 02 enfants dyslexiques et 08 souffrant des autres troubles. Les dyslexiques sont notés D⁷ et les autres L⁸. Les erreurs produites sont très nombreuses. Nous nous sommes intéressés à quelques unes parmi elles.

IV-4-1 Présentation des erreurs observées en évaluation du langage oral chez les sujets

Tableau 19 : Typologie des erreurs recensées chez les enfants en lecture

ERREURS	EXPLICATIONS	EXEMPLES	INTERPRETATIONS
<i>Ajout ou omission</i>	Ajout ou omission de mots lexicaux		Abandon de la lecture, oubli
<i>Erreur de Déchiffrage</i>	Production d'un mot qui n'existe pas	« matin » lu « natin »	Pas de recherche de sens, code méconnu
<i>Substitution Graphique</i>	Production d'un mot présentant une ressemblance graphique mais sans lien sémantique	« pain » lu « bain »	Peu de recherche de sens, code méconnu, stratégie logographique méconnue
<i>Substitution graphique cohérente</i>	Production d'un mot présentant une ressemblance graphique respectant la syntaxe et s'insérant dans le contexte	« il doit rendre le vélo » lu « il doit renter le vélo »	Pas de recherche de sens, lecture partielle et anticipation
<i>Substitution graphique non cohérente</i>	Production d'un mot visuellement proche mais rendant la phrase agrammaticale	« les fesses sur le banc » lu « les blesse sur le ban »	Code méconnu, pas de recherche de sens
<i>Substitution Sémantique</i>	Production d'un mot de même nature syntaxique et sémantiquement proche	« chemise » lu « veste »	Stratégie logographique, recherche de sens
<i>Substitution morphologique paradigmatique</i>	Production d'un mot grammatical pour un autre	« la » lu « une »	Peu de recherche de sens
<i>Substitution</i>	Ajout de mots	« il mange dans le	Recherche de sens,

⁷ Enfant dyslexique

⁸ Enfant atteint des autres troubles quelle que soit la nature.

<i>morphologique syntagmatique</i>	grammaticaux en lien avec le début de la phrase	plat » lu « il mange sur le plat »	anticipation
<i>Substitution Dérivationnelle</i>	Modification des flexions	« cueille » lu « cueillies »	Lecture partielle du mot et anticipation

Interprétation

A la lecture de ce tableau, nous pouvons constater que la majorité des enfants qu'ils soient dyslexiques ou atteint d'autres troubles du langage ont fait des erreurs d'ajout ou d'omission de mots, de déchiffrage, de substitution dérivationnelle, etc. Et, chacune de ces erreurs est liée à une mauvaise activité de la part de l'apprenant. Nous pouvons noter par exemple l'abandon, l'oubli, une lecture partielle, etc.

Tableau 20 : Erreurs de l'échantillon en lecture de texte

Dans ce cas, ce sont les différentes erreurs produites au niveau de la lecture du texte et des 32 mots qui ont été prises en compte. Nous avons décompté plusieurs erreurs. Dans ce tableau que voici, la colonne de droite donne le nombre d'enfants sur 10 à avoir commis ce type d'erreur.

	L2	L4	L6	L8	L10	L12	L14	L16	D1	D2	N
<i>Ajout ou omission</i>	12					3	6	5			4
<i>Barbarisme</i>		7	1	2	6				3	1	6
<i>Substitutions : graphique</i>			1							2	2
<i>Graphique cohérente</i>											
<i>Graphique non cohérente</i>		1		1					1	1	4
<i>Sémantique</i>					1	3					2
<i>Verbale</i>	1					3	4	5	1	2	6
<i>Morphologique paradigmatique</i>			1		1				2	3	4
<i>Morphologique syntagmatique</i>									3	1	4
<i>Dérivationnelle</i>			2					1		1	3
Nombre total d'erreurs	13	8	5	3	8	9	10	11	10	11	10

Interprétation

Il est à noter que dans ce tableau, les erreurs liées au verbe sont plus constatées ; ensuite suit le barbarisme. Les dyslexiques font aussi beaucoup d'erreurs. La moyenne des erreurs est 13 en lecture de texte.

Tableau 21 : Erreurs de l'échantillon en lecture de mots

Il faut noter qu'ici les 32 mots sont lus par tous les enfants de l'échantillon mais nous avons voulu présenter les erreurs de 10 choisis parmi eux. Dans ce tableau que voici, la colonne de droite donne le nombre d'enfants sur 10 à avoir commis ce type d'erreur.

	L1	L3	L5	L7	L9	L11	L13	L15	D1	D2	N
Voyelles	1		7	9	12	3	4	5	5	4	9
Syllabes	6	5	8	6	6	8	6	4	3	6	10
Mots grammaticaux	5	6	6	5	8	5		8	1	1	9
Mots réguliers simples	8		3	3		4	9	6	1	1	9
Mots réguliers opaques	1		5	2	4					3	5
Mots réguliers complexes	5	6	1	4	4	5	5	5	2	1	10
Mots irréguliers			1	1	3	6	5	2	4	4	8
Total des erreurs	26	17	31	30	27	31	29	30	16	18	10

Interprétation

Ce tableau des erreurs en lecture de mots nous montre que les enfants ont fait au total 7 graves erreurs. Nous notons dans ce tableau des erreurs liées aux voyelles, aux syllabes, aux mots grammaticaux, irréguliers, etc. 32 mots sont lus par ces enfants. Tous les enfants font des erreurs dépassant la moyenne.

Résultats de l'articulation de mots

Quelques mots ont été très mal lus et parfois même déformés. Nous avons recueilli mais cinq exemples seulement ont été donnés dans ce travail.

Articulation par les enfants atteints d'aphasie de Broca

Exemple 1 : Rond lu long

Exemple 2 : Table lu duple

Exemple 3 : Fin lu sain

Articulation par les enfants atteints d'aphasie de Wernicke

Exemple 4 : se promène lu cependant

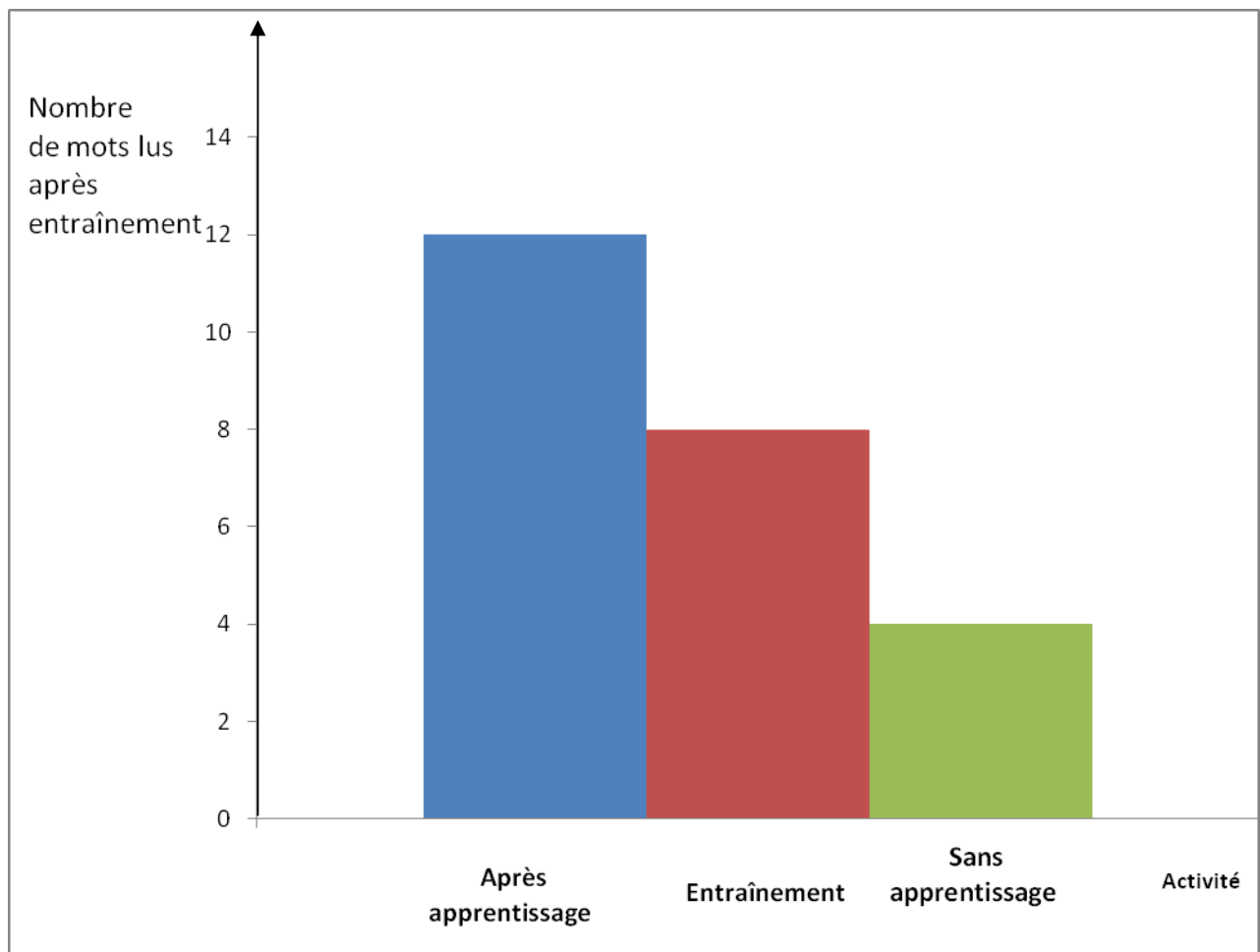
Exemple 5 : dîner lu âne

Interprétation

Nous notons que les enfants atteints d'aphasie de Broca ne font pas de différence entre les traits distinctifs. Ainsi, les consonnes qu'elles soient graves ou aiguës sont souvent confondues (p à la place de b), (d à la place de t), (s à la place de f). On constate alors que ces enfants souffrent de trouble de contiguïté.

Les enfants atteints de l'aphasie de Wernicke (trouble sensorielle) ne font lire un mot ou une expression à la place d'un ou d'une autre (dîner lu âne). Il n'existe aucun rapprochement sémantique entre ces mots. Il y a donc problème de trouble de similarité au niveau de ces enfants souffrant de l'aphasie de Wernicke.

Graphique : Evolution de la conscience phonologique et lecture chez l'enfant dyslexique (exemple de l'enfant D₁).



Interprétation

Ce diagramme à bandes présente la compétence langagière de l'enfant dyslexique D1 ; plus précisément sa compétence en lecture après des activités d'apprentissage. Le cadre en vert indique le nombre de mots lus dès notre arrivée dans le centre (sans apprentissage), le rouge vif indique le nombre de mots lus lors de l'entraînement de la conscience phonologique (lecture des 32 mots) et le bleu olive représente le nombre de mots lus après apprentissage. Le temps mis pour lire les 32 mots est 2 minutes.

IV-4-2 Défaillance et conséquences de la pédagogie de l'Institut à l'apprentissage

La méthode utilisée par l'Institut est la méthode globale aux enfants handicapés. Cette méthode n'est pas la meilleure en ce sens qu'elle ne permet pas un enseignement des outils de la langue mais plutôt une entrée dans le lexique de la langue qu'est le français dans le cas d'espèce. Or cette méthode d'enseignement aux enfants même s'ils sont normaux a plusieurs conséquences sur ces derniers. Nous notons par exemple :

- Les fautes de prononciations même après une rééducation chez l'enfant D1. Ainsi, les apprenants auront une lecture hésitante qui ne respecte ni la ponctuation ni les accents de la phrase. Ils prononcent mal certains mots et ne se rendent pas compte des fautes de syntaxe qu'ils font.
- L'enfant peut être victime de la **dyspraxie** ; l'alphabétisation est tronquée et débute l'apprentissage sans enseigner la langue à l'apprenant.
- **La dysgraphie** par défaut d'apprentissage : ici l'enfant acquiert et garde les mauvaises habitudes en écriture, il forme mal les lettres.
- **La dysorthographe** : puisque la méthode globale empêche la lecture et surtout chez l'enfant en difficultés ces derniers ne savent plus écrire les mots, ils n'ont plus le réflexe orthographique.

IV-4-3 Analyse de la pédagogie d'enseignement de la lecture appliquée par l'Institut et commentaire

Dans cet institut, malgré les efforts déployés par les autorités et le personnel, nous constatons une insuffisance dans la méthode d'acquisition de la lecture à ces enfants en difficultés. Ainsi, la méthode globale utilisée par cet institut pour faire acquérir la lecture à ces enfants à risque constitue-t-il un danger en ce sens qu'elle abandonne l'enfant à lui-même et

sans partir de la combinaison alphabétique, l'enfant doit émettre seul des hypothèses pour pouvoir lire. Cette méthode produit des perturbations psychologiques et des complexes chez l'enfant. Or l'enfant a déjà des problèmes pathologiques ou physiologiques l'empêchant de lire un texte. Ceci exprime encore la gravité de la difficulté d'atteindre le but attendu (réussir à faire acquérir à l'enfant la lecture d'un mot, d'un texte).

Les progrès de la physiologie permettent aujourd'hui de savoir ce qui se passe exactement dans le cerveau au cours de la lecture. Grâce à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la tomographie par émission de positrons (PET), le Prix Nobel Médecine 1981, R. W. Sperry explique le mécanisme de la lecture en montrant que le cerveau droit s'occupe des images avec l'évolution du graphisme, mais il ne s'occupe pas de son et des problèmes linguistiques, il travaille de manière analogique. Quant au cerveau gauche, c'est lui qui s'occupe des sons et des problèmes linguistiques, il travaille de manière analytique. Bien qu'il n'y ait pas de dissociation entre les fonctions de toutes les parties du cerveau, c'est le cerveau gauche qui s'occupe de la correspondance des sons et des lettres. Avec l'aide de la mémoire, il opère des assemblages qui prennent du sens en aboutissant aux mots et aux phrases. C'est la raison pour laquelle en partant de ces résultats, Ghislaine Wettstein décrit la procédure de la lecture qui est considérée comme le cheminement d'apprentissage de la lecture : « Lire, c'est réussir à faire correspondre des signes graphiques avec des sons de la langue, donner un sens à ces assemblages à partir des éléments mis en mémoire et les intégrer dans les ensembles sémantiques de plus en plus complexes que constituent les mots, les groupes de mots, les phrases et les textes. »⁹. Elle insiste sur le fait que « jamais la lecture ne s'opère de manière globale ». Pour soutenir leur vision globale, les champions de la gestalt théorie ont associé l'image aux lettres. Ceci a pour effet de bloquer le traitement des signes graphiques au niveau du cerveau droit et empêche leur traitement phonologique. L'enfant est alors embrouillé, il n'arrive pas à bien lire. Face à ses camarades à qui les parents se rangent pour apprendre à lire par la méthode syllabique (synthétique), il développe un complexe d'infériorité. Comme il est sincère dans ses efforts pour lire en appliquant la méthode globale, ne sachant plus ce qu'on veut de lui, il devient agressif. Il manifeste surtout cette agressivité face à ses camarades qui lui font remarquer qu'il ne sait pas lire. Il se prive ainsi de leur aide de lecture, sa situation devient compliquée. C'est la preuve que cette méthode n'est pas opportune pour les enfants de notre échantillonnage. Elle ne

⁹ Ghislaine Wettstein, Badour, 2000 page 29 cité par GBENOU Céphas

devrait pas être utilisée puisque les enfants sont en difficultés et souffrent de troubles du langage.

IV-4-4 Analyse des erreurs recueillies lors de la lecture à haute voix et commentaire

La typologie des erreurs nous a permis de constater que les enfants de notre échantillonnage ont vraiment de sérieuses difficultés d'acquisition de la lecture. A l'épreuve de lecture de mots nous avons observé sur quels types d'items portaient les erreurs. Nous remarquons que 10 enfants sur 10 ont fait des erreurs sur les syllabes et les mots irréguliers complexes. 9 sur 10 ont respectivement confondu les mots grammaticaux et les mots réguliers simples et les voyelles. En ce qui concerne les deux enfants dyslexiques que nous avons détectés, nous avons constaté qu'ils ont fait plus d'erreurs au niveau des voyelles et au niveau des syllabes.

Quant à la lecture de texte, la moitié des enfants sur 10 a fait des erreurs de barbarisme et des erreurs liées à la construction du verbe. 4 sur 10 de ces enfants ont fait des erreurs liées à la morphologie (paradigmatique et syntagmatique) et à l'omission de mots ; le graphisme est aussi incorrecte.

Nous constatons la présence de nombreuses substitutions, qui étaient souvent incohérentes avec le contexte. Les substitutions de mots grammaticaux (substitutions morphologiques paradigmatiques) étaient présentes chez les enfants. Tous ces enfants produisent alors des erreurs sur le texte. Beaucoup de ces enfants que nous avons rencontrés ont tous des compétences très limitées en lecture. Un enfant parmi eux pouvait lire des voyelles simples mais pas de syllabes. Il pouvait lire quelques mots outils (« un », « une », « il ») mais de fréquentes confusions. Certains mots comme « papa » appris avec la méthode globale n'étaient pas reconnus. Certains enfants après l'apprentissage n'arrivent pas à lire les graphies simples et complexes ce qui ne leur donnait pas un score élevé après la lecture. Ils font beaucoup d'erreurs de décodage. Ils confondaient deux mots présentant des similitudes visuelles (« diner » lu « âne ») et difficilement, soit, ils devinaient un mot à partir d'indices partiels comme le début du mot (« se promène » a été lu « cependant ». Les mots outils étaient également fréquemment confondus (« ce / cette », « tout / toute », « son / se »). Chez ces enfants la lecture était très lente rendant la compréhension difficile et mauvaise.

IV-4-5 Analyse du graphique

Quant au graphe présentant l'évolution de la conscience phonologique et de la lecture chez l'enfant dyslexique D1, nous pouvons déduire l'entraînement par la méthode synthétique par exemple a fait avancer le niveau de lecture de cet enfant en difficulté. C'est la preuve que lors de l'apprentissage en 2 minutes il a pu lire 8 mots et après l'entraînement il a pu lire 12. Il a donc pu garder dans sa mémoire la morphologie de 12 mots sur 32 qui pouvaient être lus en 2 minutes.

CHAPITRE V : SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES ET PEDAGOGIQUES

Les suggestions sont à la fois thérapeutiques et pédagogiques.

V-1 SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES : Le diagnostic des troubles du langage

Les recommandations iront dans le sens d'une rééducation. Nous mettrons en relief la mission de l'orthophoniste, du neurolinguiste, de la communauté et de l'environnement familial.

V-1-1 Rôle des orthophonistes et des neurolinguistes dans la prévention

L'importance de l'Orthophoniste n'est plus à démontrer. En effet, il est habilité à prévenir, à dépister, à évaluer et à rééduquer les troubles liés à la parole et au langage oral et écrit. Il pratique les bilans de prévention pour préciser une pathologie. Il envisage avec les parents du sujet une réponse efficiente qui va endiguer une éventuelle aggravation ou récurrence. De même, il convient de mentionner qu'il est l'agent central dans le domaine de l'information et de l'éducation sanitaires pour l'éradication de ces maux qui prennent de l'ampleur dans notre pays.

Par ailleurs, l'apport du Neurolinguiste s'avère indispensable pour mieux situer le mal. En effet, il pourra, avec ses compétences, intervenir de façon plus pointue sur les déformations langagières, phoniques et phonématiques.

Pour conclure, il faut dire que l'Orthophoniste et le Neurolinguiste se complètent. Et, cette complémentarité est plus que nécessaire dans le cadre de toutes les opérations d'information et de formation.

V-1-2 La technique de rééducation : la sémiophonie

La méthode est originale car elle fait appel à des processus de traitement cognitif qui impliquent que le patient fasse lui-même son rétablissement à travers l'écoute de messages linguistiques où sont mises en relief les marques prosodiques et suprasegmentales de la parole, à la façon dont le petit enfant s'y prend au tout début du langage. La rééducation sémiophonique s'adresse souvent aux troubles développementaux du langage. Elle utilise un appareil audio-phonatoire nommé lexiphone qui agit sur la boucle audio-phonatoire. Muni d'un micro-casque, il permet de restituer au sujet ce qu'il émet dans son micro ou de lui faire

entendre des messages préenregistrés sur cassettes. Le rééducateur peut écouter son patient avec son propre micro-casque, et, le cas échéant intervenir dans la boucle.

Le lexiphone permet d'agir directement sur les automatismes élémentaires du langage. Plusieurs « artifices » sont utilisés notamment le son dit « paramétrique » produit par le lexiphone. C'est un son électronique artificiel, nettement différencié de la voix. Le son agit comme un sifflement mélodieux qui accompagne la phrase, l'attention du patient est peu à peu captivée par la forme mélodique de la phrase et non plus par sa signification, dans la mesure où le son paramétrique a pour effet de souligner cette forme mélodique.

Le deuxième élément paramétrique utilisé s'appelle l'alternance, qui permet de travailler la capacité de hacher le langage en éléments fondamentaux désignés par « segmentation syllabique ». La rééducation se déroule en séances divisées dont la durée varie selon chaque patient.

L'enfant malade va passer de l'audio-phonatoire à l'audio-verbal, autrement dit des automatismes de l'audio-phonatoire au phonétique, phonémique, syllabique, etc. Dans une progression, l'aphasique répète ainsi des mots, des double-mots, des phrases coupées, enregistrées coupées, par un travail lexical et syntaxique, jusqu'au stade ultime où il faut de la répétition écrite des phrases orthographiques. Mais cela n'est pas suffisant. L'une des inquiétudes des orthophonistes à propos de la méthode sémiophonique est celle de l'interaction du malade avec une machine. Toutefois, l'orthophoniste a toujours la possibilité d'intervenir dans le cycle de la rééducation quand il juge l'opportunité.

V-1-3 L'activité de rééducation

L'attitude qu'il faut adopter afin d'aider les enfants à surmonter leurs problèmes de communication consiste à avoir de fréquentes conversations amicales avec eux. Ces conversations ne doivent pas être particulièrement longues. Le but principal de ces échanges est de mettre les enfants en interaction avec des personnes qui utilisent n'importe quels mots qu'ils veulent. Ce qui signifie que l'interlocuteur ne doit pas proposer des mots aux enfants pendant la communication. De même, l'on doit aider les enfants à s'intégrer ou du moins à avoir un contact social facile. Les interlocuteurs doivent se mettre à l'idée qu'ils sont en communication d'égal à égal. Alors, ils ne doivent pas chercher à dominer la conversation. De plus, il serait normal de laisser les enfants dans un monologue continu. Il faut alors intervenir afin qu'ils aient vraiment l'assurance qu'ils sont écoutés et qu'ils communiquent à travers le

dialogue. Les interlocuteurs devraient se garder de répéter les mots mal prononcés. Dans leur effort de rééducation et de réacquisition du versant du langage en cause, les enfants doivent être encouragés. Ce qui pourra accroître la confiance de soi et la volonté de réaliser des progrès dans le sens de l'amélioration de leur possibilité de communication.

D'un point de vue pédagogique, il est nécessaire de rappeler dans l'interaction enseignant-apprenant, que le premier a le devoir de se montrer patient devant le second qui souffre d'un trouble du langage. Aussi, s'abstiendra-t-il de finir la phrase de l'aphasique ou d'autoriser d'autres apprenants à le faire. L'enseignant doit éviter de mettre l'apprenant en situation qu'il l'obligerait à répondre oralement de façon rapide. Pour cela, nous suggérons que des formations et recyclages soient organisés au profit du personnel soignant aussi bien en psycholinguistique qu'en neurolinguistique afin que les diagnostics soient bien posés. Cela leur permettra aussi d'être plus performants et plus efficaces dans l'accomplissement quotidien de leur tâche.

L'implication des linguistes dans la rééducation des enfants malades est indispensable. La collaboration entre neurologues, spécialistes en rééducation et ceux des sciences du langage est nécessaire car la prévention et le traitement des troubles liés au langage devraient se réaliser dans une approche pluridisciplinaire.

V-1-4 Rôle des parents et de l'entourage familial

Les spécialistes que nous avons cités plus haut ne sont pas les seuls à intervenir dans la prévention et le traitement des enfants souffrant des troubles du langage. Les parents de l'entourage familial ont eux aussi un rôle prépondérant à jouer. En effet, ils doivent assumer la continuité des soins et des exercices de rééducation fonctionnelle avec les patients car c'est avec ceux-ci qu'ils vont passer la majeure partie de leur temps. Ils doivent créer un cadre stimulant qui inciterait ces malades dans leur exercice quotidien de rétablissement. Ils doivent les accompagner sans énervement et sans découragement même si l'incompréhension perdure. Autrement dit, les aphasiques doivent bénéficier d'une attention particulière, être soutenus par l'entourage en vue d'une réinsertion familiale, sociale et même professionnelle. Il y va de l'intérêt de tous.

V-1-5 Rôle de la communauté

Le rôle de la communauté est d'organiser des séances d'information, d'éducation et de communication (I.E.C) de façon régulière pour sensibiliser les populations sur les troubles du langage, leurs causes, leurs manifestations et sur les possibilités de traitement. Ceci pour éviter toutes les confusions qui règnent au sein de la population car certains aphasiques sont considérés comme atteints de la démence ou simplement envoutés. Ainsi, ils sont victimes de marginalisation ou de discrimination de la part des membres de leur communauté ; ou bien encore si ce n'est pas le cas, les malades sont amenés dans les lieux inappropriés pour leur traitement. Ce qui peut aggraver le mal.

V-2 SUGGESTIONS PEDAGOGIQUES : le traitement de la dyslexie et l'apprentissage de la lecture

Nous pensons que pour une bonne acquisition de la lecture chez l'enfant dyslexique de notre échantillon par exemple, il faut d'abord en premier passer au traitement du trouble au niveau de l'enfant avant de lui faire acquérir la lecture. C'est pourquoi, cette section mettra à nu les différentes méthodes de traitement de la dyslexie et d'enseignement-apprentissage de la lecture.

V-2-1 Les traitements de la dyslexie et l'entraînement à la lecture

Il existe une grande diversité de méthodes de rééducation et d'entraînement de la lecture chez l'enfant dyslexique.

- **La rééducation de type orthophonique**

L'orthophonie est traditionnellement la rééducation par défaut préconisée pour la dyslexie. Les caractéristiques principales de la rééducation orthophonique de la dyslexie sont :

- L'entraînement des capacités phonologiques de l'enfant,
- La rééducation de la lecture avec des méthodes souvent différentes de celles possibles en classe,
- La mise en place des stratégies de compensation pour permettre à l'enfant de contourner les déficits identifiés.

-Le programme de rééducation est individualisé, fondé sur un bilan précis des compétences et des faiblesses de l'enfant, et exécuté en individuel permettant une interactivité optimale et une adoption en temps réel aux besoins de l'enfant.

La rééducation orthophonique repose sur des principes généraux issus des connaissances scientifiques acquises et validées des dernières années (Frith, 1986).

- **Entraînement audio-visuel à l'identification des syllabes orales et écrites**

Cet entraînement informatisé et administré en classe se base sur un logiciel «Play One » de discrimination auditive et visuelle de paires minimales comme par exemple « ba » et « pa ». Pour exercer l'enfant, il va falloir le faire durant 10 heures réparties sur 5 semaines, deux fois 15 minutes par jour, 4 jours par semaine ; ce qui donne 2 heures par semaine.

- **Entraînement de la morphologie**

L'utilisation de la morphologie pour aider l'enfant dyslexique en fin de primaire par exemple à compenser ses difficultés phonologiques semble très prometteuse. En effet, l'extrême difficulté pour le dyslexique à utiliser le code graphophonologique en lecture (compétences phonologiques déficitaires) invite à l'aider, à utiliser le code graphosémantique, c'est-à-dire les unités de sens que sont les morphèmes qu'il a encodés. Or, la majorité des mots que nous utilisons sont pluri-morphémiques. Il faut noter que l'apprenti-lecteur dès le début de la lecture utilise des unités morphémiques pour lire.

Une étude par exemple a montré qu'un entraînement de 12 heures, par petits groupes, de 60 collégiens dyslexiques sur l'extraction des unités morphémiques, bases, préfixes, suffixes à l'oral et à l'écrit, améliore significativement le déchiffrage et la compréhension.

Ces deux types de traitements représentent déjà des outils que les orthophonistes ont à leur disposition pour leur pratique. Selon certains chercheurs, ces méthodes sont très efficaces pour corriger le déficit de lecture chez l'enfant dyslexique. Cet entraînement consiste à mettre l'accent sur la conscience phonologique. D'où le schéma suivant :

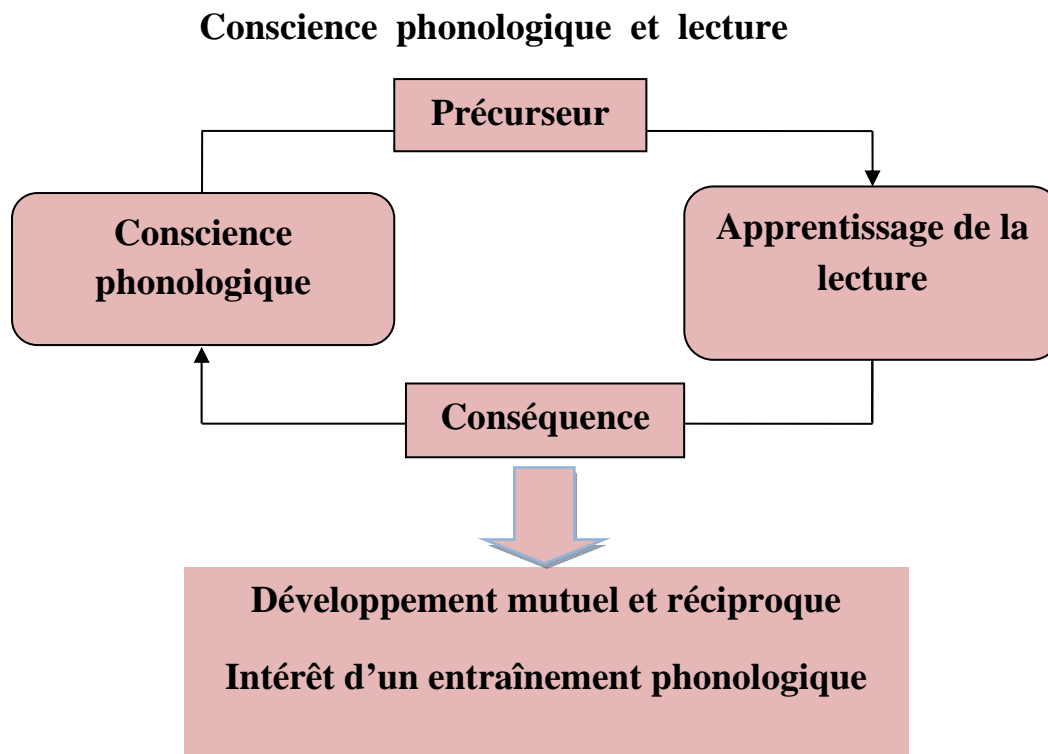


Schéma 4 : Entraînement phonologique au cours de la lecture

Source : DEMONT E. « La problématique de l'apprentissage de la lecture », Séminaire Inspection du Bas-Rhin 9 octobre 2003.

Le développement mutuel et réciproque n'est rien d'autre que l'intérêt d'un entraînement phonologique. C'est d'ailleurs la conséquence de l'activité de lecture. Ainsi, le précurseur c'est-à-dire celui qui ouvre la voie, qui annonce le message (l'enseignant) lors de l'apprentissage développe la conscience phonologique de l'enfant et tire son attention sur les unités phonologiques à partir d'épreuves exigeant des opérations explicites de segmentation ou de manipulation.

L'enseignant, pour un entraînement de la conscience phonologique chez l'enfant dyslexique peut par exemple utiliser :

- **Une épreuve de détection de l'intrus phonologique.** Il peut agir sur :
 La rime : bec- port- sec
 L'attaque : nord- note- vol
 Le dernier phonème : lac-bec-pur
- **Une épreuve de dénombrement phonologique.** Il peut s'agir de :

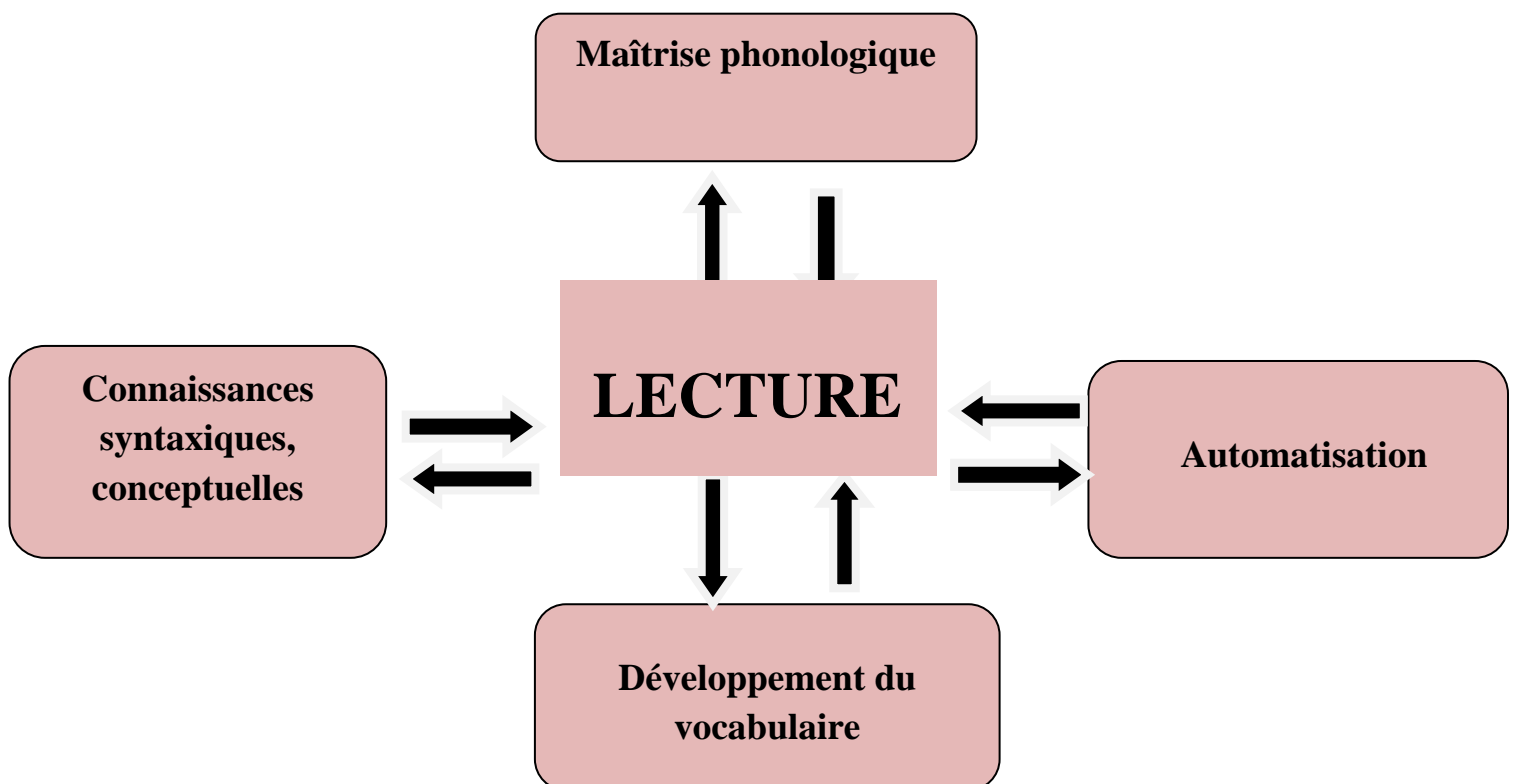
Dénombrément syllabique : la (1) – poupée (2) – chocolat (3)

Dénombrément phonémique : pain (2) – clou (3) – matin (4)

V-2-2 Pour quelle méthode d'enseignement-apprentissage de la lecture aux enfants handicapés ?

Nous convenons avec Frith que la méthode synthétique de l'apprentissage de la lecture reste la plus efficace pour faire acquérir la lecture aux enfants en difficultés. Egalement appelée méthode phonético-syllabique, elle est utilisée auprès des enfants en difficultés d'acquisition de la lecture. Accompagnée de gestes, cette méthode permet aux enfants d'acquérir des compétences lexicales malgré leurs déficiences. Selon certains chercheurs, c'est le seul type de méthode avec lequel les enfants dysphasiques et dyslexiques peuvent apprendre à lire dans les limites de leurs possibilités. Ainsi, l'ensemble des éléments (le développement du vocabulaire, la maîtrise phonologique, les connaissances syntaxiques et conceptuelles et l'automatisation) forme le processus d'acquisition de la lecture. La lecture devient donc le résultat de toutes ces différentes phases d'entraînement. D'où le schéma suivant :

Interaction entre processus et lecture



CONCLUSION

Nous voici donc arrivé au terme de notre vaste exploration de la question de l'acquisition de la lecture chez les enfants handicapés ou des enfants présentant des troubles du langage. Il faut d'abord noter que nous avons constaté que la lecture est une activité très complexe qui fait intervenir des compétences de reconnaissance des mots et donc de la conscience phonologique en général et de sa compréhension. Ceci est particulièrement délicat pour des apprentis lecteurs de textes chez qui les traitements ne sont pas encore automatisés du fait des troubles qu'ils présentent. C'est pourquoi pour la réussite de ce travail, nous avons eu à critiquer des modèles développementaux de Frith et de Seymour par exemple et les théories telles que : celle de neuropsycholinguistique de Tardieu-Chevrie (1979), des troubles de communication verbale de JACKSON (1915) et des écoles des behavioristes et des générativistes sur l'acquisition du langage. Ces différents modèles et théories nous ont permis d'avoir plus de précision sur l'acquisition du langage, plus précisément sur celle de la lecture par les apprenants enfants en difficultés. Afin de décrire la lecture et son apprentissage, nous nous sommes tourné vers les disciplines qui abordent la question : la linguistique, car elle permet de décrire la langue et ses unités ; la psycholinguistique, car elle a proposé des modèles pour l'apprentissage de la lecture et l'accès à l'écrit et également pour le développement des habiletés de compréhension ; la pédagogie, car elle fournit des méthodes pour enseigner/apprendre à lire. Ainsi, l'acquisition de la lecture est conditionnée par plusieurs facteurs : la langue dans laquelle il a lieu, le développement cognitif et physiologique de l'enfant.

L'apprentissage de la lecture reste alors une tâche cognitive complexe comme nous l'avons dit plus haut, dont l'objectif est l'acquisition et la maîtrise d'un objet défini culturellement. Il n'est pas étonnant que cet apprentissage puisse être entravé par de nombreux facteurs différents : l'absence ou l'inadéquation de l'enseignement de la lecture, les désavantages sociaux et culturels, les troubles du langage, les déficits intellectuels, les troubles d'attention, les troubles du comportement, les déficits sensoriels non corrigés (malvoyance, malentendance). Ainsi, de nombreux facteurs à la fois environnementaux et biologiques peuvent-ils sous-tendre des difficultés d'apprentissage de la lecture qui n'est pas naturel. Selon Marc DELAHAIE, l'apprentissage de la lecture est le résultat d'actions

pédagogiques mobilisant des habiletés qui ne sont que très partiellement développées chez l'enfant pré-lecteur¹⁰. Il retient :

- La conscience phonologique permet à l'enfant d'isoler et de manipuler les segments sonores de la parole¹¹ ;
- La mémoire verbale à court terme permet la rétention momentanée d'informations verbales le temps de leur traitement¹².

Le travail présenté dans ce mémoire s'inscrit, comme nous l'avons mentionné, dans une perspective psycholinguistique cognitive. Les résultats que nous obtenons nous ont permis de formuler quelques propositions neurolinguistiques et pédagogiques car les deux disciplines ont en commun un champ de travail qu'est les stratégies d'acquisition du langage. L'intérêt de ce travail réside également dans les perspectives qu'il ouvre pour nos recherches dans un futur proche. Il paraît nécessaire de poursuivre les investigations que nous avons commencées avec ce travail et avec des protocoles plus contrôlés. Les nouveaux résultats pourraient ainsi éclairer ceux déjà obtenus et être comparés à ceux issus des études menées dans ce champ d'investigations car nous avons constatées que les enfants présentant des troubles du langage sont en situation d'acquisition de la lecture. Plusieurs déficits ont été observés : phonologiques (perte de parole, incohérence dans la lecture, etc.), sémantique, orthographique.

Il faut continuer à signaler que l'expression verbale de nos pensées est articulée à travers le langage oral et que la psycholinguistique étudie les comportements humains en relation avec cet objet « langage ». Ces comportements définissent différents domaines: l'acquisition et le développement des activités langagières orales et écrites, la lecture, la compréhension, la production des textes, ainsi que les pathologies ou les dysfonctionnements d'acquisition, de perception et de production. Ainsi, le système cognitif plus vaste auquel appartient le langage traite tout un ensemble d'activités mentales et permet de mettre en œuvre et de gérer des processus mentaux tels que la perception, la hiérarchisation des informations, l'inférence, la mémorisation, la catégorisation, ainsi que l'ensemble des connaissances sur lesquelles ces processus opèrent. Ces processus, qui permettent de construire les aptitudes cognitives, sont marqués et influencés par le langage et par les usagers de la langue. De même, le langage et la

¹⁰ Marc DELAHAIE, L'évolution du langage de l'enfant : de la difficulté au trouble, p.40

¹¹Marc DELAHAIE, L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble.

¹² Idem.

langue sont à la base de ces activités. Ces processus sont les constituants des différentes compétences langagières qui ne peuvent donc se comprendre et se travailler efficacement qu'en référence à ces processus.

L'objectif de ce travail est d'attirer l'attention des maitres, des linguistes, des psycholinguistes, des psychologues et des pédagogues et didacticiens de la lecture sur les difficultés d'acquisition du langage ; bref sur l'acquisition de la lecture par les enfants. Sur le plan sanitaire, ce travail relève d'une préoccupation de santé publique que pourraient effectuer les psycholinguistes généticiens, les médecins praticiens des pathologies cliniques, les psychiatres. Ceci permettra de cerner le problème et son ampleur afin de prendre des dispositions opportunes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**MEMOIRES ET THESES**

- 1- BERNARD E. (2005), L'apprentissage de la lecture au CP : entre méthode synthétique et méthode mixte, Académie D'ORLEANS-TOURS, Certificat d'orthophonie, 101p.
- 2- BOUTREUX J. (2009), Contribution à l'étude du rôle du langage oral dans l'apprentissage de la lecture, Mémoire d'orthophonie de Tours, 98p.
- 3- GBAGUIDI J. (2009), Taxinomie et analyse des erreurs linguistiques des élèves fonphones en apprentissage du français : pour une approche linguistique et pragmatique en didactique des langues, Thèse de Doctorat, 385p.
- 4- GBENOU C. (2011), Les déviations sémantiques au cours de la lecture, Mémoire de DEA, 224p.
- 5- Lavielle M. (2001), Troubles du langage chez l'enfant autiste : lexique, morphosyntaxe et/ou pragmatique, Mémoire de DEA, 135p.
- 6- SOTON A. (2004), Les troubles du langage au Bénin : le cas des adultes au centre national hospitalier universitaire Hubert K. MAGA de Cotonou, Mémoire de maîtrise, 65p.
- 7- VIALETTES L. (2012), Apprentissage de la lecture : étude longitudinale à partir de tâche de lecture à voix haute d'enfants anglophones scolarisés en école d'immersion française, Thèse de Doctorat, 436p.
- 8- ZOUNON R. (2001), Le rôle du syndrome aphasique dans le développement du langage chez l'enfant (le cas des enfants de 0 à 12 ans en pays XWELA), Mémoire de maîtrise de linguistique, 81p.

OUVRAGES SPECIFIQUES ET COURS.

9- Baddeley, A.D. (1993), la mémoire humaine : théorie et pratique. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 226p.

10- BARRE-DE MINIAC, C. (2008), Le rapport à l'écriture : une notion à valeur euristique, 198p.

11- BERNICOT, J. et BERT- Erboul, A. (2009), L'acquisition du langage par l'enfant. Paris : In press, 224p.

12- Billières, M. (1988), Crible phonétique, crible psychologique et intégration phonétique en langue seconde. Travaux de didactique du français langue étrangère, 19, 5-29.

13- Billières, M. (2005), Codage phonologique et boucle articulatoire en mémoire de travail : Un support pour la facilitation de l'accès à l'oral et à la lecture pour des publics débutants en FLE. Corela, Colloque AFLS / Numéro thématique.

14- CHEMINAL R. (2002), Les dyslexies : aspects cliniques In : Cheminal R. & Brun V. Les dyslexies, chapitre 5. Masson ? Paris, pp 42-48

15- CHEVRIE-MULLER C, Apprentissage gnoso-praxique et troubles moteurs en orthophonie : de l'organisation neurologique à la réalisation du langage, cahiers du Cercle de Documentation et d'Information pour l'IMC, 19, 1979, p 5-18.

16- CHEVRIE-MULLER C., BALLAN B. & SIMON (A.M.), Epreuves testant les gnoses auditivo-phonétiques : étalonnage chez l'enfant de 4 à 5ans, EAP, Issy-les-Marlineaux, Editions Scientifiques et psychologiques, 1979, 349p.

17- CROSSON B. Subcortical functions in language: a working model, Brain and Language, 25, p 257-292.

- 18- Foucambert J. (1999), La manière d'être lecteur, Paris : Hatier, 126p.
- 19- GRATIOT-ALPHANDERY H. & ZAZZO R. Traité de psychologie de l'enfant : les six modes d'expression, Presses Universitaires, Paris, 1976, 212p.
- 20- HECAEN, H, DUBOIS, J, Essai d'analyse neurolinguistique des aphasies » in Livre d'hommage au Pr. Roman JAKOBSON, Paris, La Haye, 1968, 198p.
- 21- IVANOV, V. V. Linguistics and investigation of aphasia, Moscou, Akad, Nauk, 1962.
- 22- JAKOBSON, R. Langage enfantin et aphasie, Paris, Flammarion, 1980, 187 p.
- 23- JAKSON H. (1915) On Aphasia and Kindred Affections of speech, Brain, p 1 et 11, vol. 38, July.
- 24- MARIE, Pierre ; FOIX, C., Les aphasies de guerre, Revue Neurologique, Paris, 1917, p 53-87.
- 25- MORAIS J. (1999), L'art de lire, Paris, Odile Jacob, 205p.
- 26- OMBREDANE, A., L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite, Paris, PUF, 1951, 195p.

OUVRAGES ET PUBLICATIONS DE REFERENCE

- 27- Annicet Piolat, Approche cognitive de l'activité rédactionnelle et de son acquisition. Le rôle de la mémoire de travail. , Article, Pre-print revue LINX.
- 28- BLOOMFIELD, Leonard, Le langage, Paris, Payot, 1970, 524 p.

- 29- CHEVRIE-MULLER, C. (1982), Modèles psycholinguistiques et évaluation chez l'enfant des aptitudes pour le langage , article, INSERM-Paris, Sémiotiques, 24p.
- 30- CHOMSKY N., Le langage et la pensée, Trad. L-J.CALVET, Paris, Payot, 1970, 144 p.
- 31- CHOMSKY N., Réflexions sur le langage, Paris, Flammarion, 1981, 283 p.
- 32- DELAHAIE M., L'évolution du langage de l'enfant : de la difficulté au trouble, Ed, Dossiers VARIA, 2009, Livre, 90p.
- 33- GARCIA-DEBANC C.et FAYOL M., Apports et limites des modèles du processus rédactionnel pour la didactique de la production écrite. Dialogue entre psycholinguistes et didacticiens, Article, Pratiques, n°115/116, Décembre 2002.
- 34- Habib M. Dyslexie : Le cerveau singulier, Solal, Marseille, 1997.
- 35- HEAD, H., Aphasia and Kindred Disorders of Speech, Cambridge, I, II, 1926.
- 36- Le nouveau Petit Robert (édition 2010), Sous la direction de Rey- Debove, J., Rey, A., Dictionnaire Le Robert, Paris
- 37- MEHLER J. & NOIZET G., Textes pour une psycholinguistique, Paris, Mouton, 1974, 677 p.
- 38- PIAGET J., Le langage et la pensée chez l'enfant, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1930
- 39- PLAZA M. (2000), Influence des compétences phonologiques mnésiques et syntaxiques sur l'apprentissage de la lecture et son dysfonctionnement », Rééducation orthophonique, 204p.
- 40- Roman, JAKOBSON, Essais de linguistique générale, Trad. N. Ruwert, Paris, Minuit, 1963.

- 41- Tardif, J., (1997), Pour un enseignement stratégique, l'apport de la psychologie cognitive, Montréal : logiques, Coll. Théories et pratiques de l'enseignement, 110p.
- 42- Tardieu G. L'aphasie relative de l'enfant infirme moteur cérébral, Revue de neuropsycholinguistique, 13, 8, 1965, p548-562.
- 43- Tardieu G. De quelques facteurs à évaluer dans les troubles du langage de l'enfant infirme cérébral : gnosies auditives, faciales et linguales, praxies linguales », Revue Neurologique, 12, 1971, p316-319.
- 44- Tunmer, W. E. (1989). « Conscience phonologique et acquisition de la langue écrite. In L. Rieben, et C.A. Perfetti (Eds.), L'apprenti lecteur. Recherches empiriques et implications pédagogiques (pp197-220). Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.
- 45- OSGOOD CE. A behaviorist Analysis, Contemporary Approach to cognition, Cambridge (Mass), Havard University Press, 122p.
- 46- Vygotsky L. S. (1997), Pensée et langage, (F. Sève, Trad.). Paris : La dispute. Œuvre origine publiée en 1934, 226p.

SITOGRAPHIE

- 1- <http://atilf.atilf.fr/>, site Internet du Trésor Informatisé de la langue française. Dernière consultation : 16/04/2014.
- 2- <http://www.uac.fr>, site de l'Université d'Abomey-calavi. Ce site nous a permis de consulter les articles des chercheurs sur l'enseignement-apprentissage de la lecture. Dernière consultation : 20/06/2014.

3- CASTEL R. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Asiles d'Erwinq GOFFMAN, 1962, [http:// WWW.academon.fr/ goffman](http://WWW.academon.fr/goffman), lé 10 janvier 2014.

5- GOFFMAN E., Asiles, 1962, [http:// WWW.academon.fr/goffman](http://WWW.academon.fr/goffman), le 16 février 2014.

6- PELLAT, J. L'aphasie in Consultation du corps médical, Neurologie, 1995, 4 p. <file:///A:L'aphasie 2. Htm>, le 21 mars 2014.

TABLE DES MATIERES

Titres	Pages
SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUE.....	vii
RESUME.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE L'ETUDE.....	4
I-1 PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	4
I-1-1 Hypothèses de l'étude.....	6
I-1-2 Objectifs de l'étude.....	6
I-1-2-1 Objectif général.....	6
I-1-2-2 Objectifs spécifiques.....	6
I-1-3 Clarification des concepts.....	7
I-1-4 Raisons du choix du thème.....	13
I-2 MODELE THEORIQUE D'ANALYSE.....	15
I-2-1 La théorie neuropsycholinguistique de Tardieu-Chevrie (1979).....	15
I-2-2 Les théories des troubles de communication verbale.....	17
I-2-3 Les théories Béhavioriste et Générativiste : Quelle position sur l'acquisition du langage ?.....	18
I-2-4 Les modèles d'explication du fonctionnement et du développement de la lecture.....	20

I-2-4-1	Le	modèle	développemental	de	
Frith.....					20
I-2-4-2	Le modèle « double fondation » de Seymour.....				21
I-3	REVUE LITTERAIRE.....				22
I-3-1	Les travaux sur les troubles du langage de façon générale.....				22
I-3-2	Les travaux sur les études comparatives des méthodes d'apprentissage de la lecture.....				23
CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....					27
II-1	CADRE DE L'ETUDE.....				27
II-2	STRATEGIES DE COMMUNICATION DE L'IME St François d'Assise.....				28
II-3	METHODOLOGIQUE DE RECHERCHE.....				28
II-3-1	Nature de l'étude.....				28
II-3-2	Etude documentaire.....				28
II-3-3	Population d'étude.....				29
II-3-4	Milieu de l'étude.....				30
II-3-5	Echantillonnage.....				30
II-3-6	Techniques de collectes des données.....				33
II-3-7	Les difficultés rencontrées lors de l'expérimentation.....				35
II-4	PRESENTATION DU PROTOCOLE DE L'ETUDE.....				35
II-4-1	Condition d'examen.....				35
II-4-2	Protocole proprement dit.....				35
CHAPITRE III : CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS.....					37
III-1	TROUBLES DU LANGAGE : UN PROBLEME LINGUISTIQUE.....				37
III-1-1	Détérioration du système phonématique.....				37

III-1-2 Troubles du son et du sens.....	38
III-1-3 Troubles du langage et le langage infantin.....	40
III-2 TYPOLOGIE LINGUISTIQUE DES TROUBLES DU LANGAGE.....	41
III-2-1 Troubles de l'encodage et du décodage.....	41
III-2-2 Troubles dynamiques et sémantiques	44
III-2-3 Le cerveau et le langage : pour quelle corrélation ?.....	45
III-3 CARACTERISTIQUES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES DES SUJETS.....	45
III-3-1 Répartition des sujets selon leurs caractéristiques psychophysiologiques.....	46
III-3-2 Causes des différents troubles observés chez les enfants.....	49
III-4 CONSEQUENCES ET ANALYSE DES TROUBLES.....	52
III-4-1 Conséquences des troubles sur les sujets expérimentés.....	53
III-4-2 Analyse des troubles observés chez les sujets et commentaire.....	54
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES ERREURS DES SUJETS EN LECTURE.....	56
IV-1 L'ENSEIGNEMENT DE LA LECTURE ET LES PREREQUIS COGNITIFS.....	56
IV-1-1 La lecture, une activité complexe.....	57
IV-1-2 Les prérequis cognitifs à l'apprentissage de la lecture.....	58
IV-2 LA PROBLEMATIQUE D'UN DEVELOPPEMENT DU LANGAGE.....	58
IV-2-1 Le développement moteur du langage	59
IV-2-2 Le développement cognitif du langage.....	60
IV-2-3 Le développement affectif du langage.....	61
IV-3 LA DYSLEXIE : UN TROUBLE SPECIFIQUE DE LA LECTURE.....	62
IV-3-1 Les difficultés d'apprentissage de la lecture chez l'enfant dyslexique.....	62
IV-3-1-1 Les anomalies morphologiques du cerveau.....	63

IV-3-1-2 Les déficits cognitifs.....	64
IV-3-2 L'environnement socio-affectif.....	65
IV-4 PRESENTATION DES ERREURS OBSERVEES EN LECTURE ET ANALYSE.....	65
IV-4-1 Présentation des erreurs observées en évaluation du langage oral chez les sujets.....	69
IV-4-2 Défaillance et conséquences de la pédagogie de l'Institut à l'apprentissage...	69
IV-4-3 Analyse de la pédagogie d'enseignement de la lecture et commentaire.....	71
IV-4-4 Analyse des erreurs recueillies lors de la lecture à haute voix et commentaire.....	72
CHAPITRE V : QUELQUES SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES ET PEDAGOGIQUES...	72
V-1 SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES : Le diagnostic des troubles du langage.....	72
V-1-1 Rôle des Orthophonistes et Neurolinguistes dans la prévention.....	73
V-1-2 La technique de rééducation : la sémiophonie.....	73
V-1-3 L'activité de rééducation.....	73
V-1-4 Rôle des parents et de l'entourage familial.....	74
V-1-5 Rôle de la communauté.....	75
V-2 SUGGESTIONS PEDAGOGIQUES : le traitement de la dyslexie et l'apprentissage de la lecture.....	75
V-2-1 Les traitements de la dyslexie et l'entraînement de la lecture.....	76
V-2-2 Pour quelle méthode d'enseignement-apprentissage aux enfants handicapés ?...	76
CONCLUSION.....	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82
ANNEXES	